

Es handelt sich um einen Rundstab, der an seinen Enden rechts und links eine Gabel trägt. In diese Gabel wird ein zweiter Rundstab hineingelegt und mit diesem verbunden ist eine Gewichtsplatte. Zwischen den beiden Rundstäben wird nun der Darm, der vorher nach Virchow am Mesenterialansatz (möglichst genau!) abgetrennt und am gegenüberliegenden Ende aufgeschnitten worden ist, vom Duodenum an fortlaufend durchgezogen, so daß durch den oberen Rundstab mit seiner Schutzplatte der Darminhalt abgestreift wird, während der Darm glatt zwischen den Rundstäben durchgezogen entfaltet werden kann.

Wenn man die Virchowsche Darmsektionsmethode anwendet, was ja Geschmackssache ist, dann vermag die beschriebene Vorrichtung die Durchsicht des Darmes wohl wesentlich zu erleichtern und zu beschleunigen. Da man beim Durchziehen vom Darminhalt selbst nichts mehr zu sehen bekommt — er wird hinter der Platte abgestreift und fällt ins Becken —, so muß, wenn dem Inhalt Wichtigkeit beikommt, beim Aufschneiden schon eine genaue Besichtigung desselben stattgefunden haben.

Merkel (München).

Versicherungsrechtliche Medizin.

● **Sammlung ärztlicher Gutachten aus der Reichsversorgung über die Bedeutung äußerer Einflüsse für Entstehung und Verlauf chronischer Krankheiten. Ein sozialmedizinischer Beitrag zur Klinik dieser Krankheiten. Zusammengestellt im Reichsarbeitsministerium. (Arbeit u. Gesundheit. Hrsg. v. Martineck. H. 17.) Berlin: Reimar Hobbing 1931. 295 S. RM. 6.—.**

Mustergutachten sind für den ärztlichen Sachverständigen insofern erwünscht, als sie ihm Anhaltspunkte für die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen äußeren Einflüssen und einzelnen Krankheiten zu geben vermögen. Sie überheben ihn freilich nicht der Mühe, sich im konkreten Fall selbständig ein Urteil zu bilden. Die Sachlage ist im Einzelfall nicht immer die gleiche, die im Mustergutachten gegebene Beurteilung läßt sich daher nicht ohne weiteres verallgemeinern; für die rechtliche Entscheidung kann auch nicht die Autorität des Gutachters, sondern nur die Schlüssigkeit des Gutachtens maßgebend sein. Das Reichsarbeitsministerium hat in dem vorliegenden Heft eine solche Sammlung von Mustergutachten veröffentlicht ähnlich der Sammlung ärztlicher Obergutachten, die das R.V.A. bereits früher zur Nutzbarmachung für die Rechtsprechung und die fachwissenschaftliche Begutachtung herausgegeben hat. In dieser Sammlung werden 47 Gutachten bekannter medizinischer Wissenschaftler und Praktiker aus dem Bereich des Versorgungswesens im Wortlaut wiedergegeben; sie behandeln Gesundheitsstörungen, die im Versorgungswesen eine größere Rolle spielen, wie z. B. Leistenbruch, Plattfuß, chronischer Muskel- und Gelenkrheumatismus, oder seltenerer Erkrankungen, deren wissenschaftliche Erkenntnis sich in neuerer Zeit geändert oder gefestigt hat, wie z. B. chronische Infektionskrankheiten, Lungen- und Knochentuberkulose, Darmtuberkulose, Ruhr, Malaria, Encephalitis, Diabetes, Skorbut, Ekzem, Blutkrankheiten, Erkrankungen von Auge und Ohr, Arthritis deformans nach gelenknahen Verletzungen, Thromboangiitis obliterans, Herzneurose, juvenile Muskelatrophie, progressive Muskeldystrophie, Polymyelitis, multiple Sklerose, Syringomyelie, Chorea Huntington, Halsmuskelkrämpfe, bösartige Geschwülste, Magen- und Darmkrebs, branchiogenes Carcinom, Schrumpfiere und Bleivergiftung, Nierenerkrankung, Selbstmord. In den Gutachten wird die Entstehungsweise, die Entstehungsursache, die Differentialdiagnose und die Symptomatologie der behandelten Krankheiten näher erörtert und so ein lehrreicher Einblick in die anamnestisch und klinisch gut durchuntersuchten Krankheitsfälle gegeben, die zugleich einen Beitrag für die sozialmedizinische Beurteilung des Krankheitsgeschehens der behandelten Krankheiten bilden. Für den ärztlichen Sachverständigen, für den beamteten und den praktischen Arzt und ebenso für die Versicherungsträger und Gerichte bedeutet diese Gutachtensammlung eine erwünschte Ergänzung der sozialmedizinischen Literatur.

Ziemke (Kiel).

● **Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes über den Zusammenhang zwischen Unfall und Erkrankungen. Hrsg. v. Paul Rostock. Stuttgart: Ferdinand Enke 1931. VIII 196 S. RM. 7.—.**

Wenn man von einem Buch sagen kann, daß es einem Bedürfnis entspricht, so ist es dieses. Wer häufiger als Gutachter in der Unfallversicherung tätig ist, weiß, wie schwierig und zeitraubend es ist, sich die im Einzelfall in Betracht kommenden Entscheidungen des R.V.A. zugänglich zu machen und herauszusuchen. Die Kenntnis dieser Entscheidungen ist aber sehr wichtig für die richtige Beurteilung eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Unfällen und den verschiedenen Erkrankungen. Denn diese Entscheidungen stützen sich auf das Urteil besonders erfahrener Gutachter in der Unfallversicherung, das sich die obersten Spruchinstanzen zu eigen gemacht haben; sie geben die Erfahrungen wieder, die sich auf Grund der natur-

wissenschaftlichen Erkenntnis über Zusammenhängefragen in der Unfallmedizin gebildet haben. Die Krankheitszustände sind in alphabetischer Reihenfolge angeordnet, so daß es schnell und leicht gelingt, sich über eine gewünschte Frage zu unterrichten. Die Entscheidungen werden meist wörtlich wiedergegeben, nur Stellen, die kein allgemeines Interesse haben, sind fortgelassen. Sehr dankenswert wäre es, wenn später in regelmäßiger Folge eine Ergänzung erscheinen und auf diese Weise eine für den Unfallgutachter brauchbare Sammlung der für ihn wichtigen Entscheidungen des RVA. geschaffen würde. Sie wäre gewiß jedem in der Unfallbegutachtung tätigen Arzt ebenso, wie den Spruchbehörden sehr willkommen. *Ziemke* (Kiel).

Burekhardt, Hans: Was hat man unter Unfall zu verstehen? Dtsch. med. Wschr. 1931 II, 1188—1191.

Sehr bemerkenswerte Ausführungen über den Begriff Unfall, Unfallereignis, Trauma, über den Begriff des „Auslösens“ eines Unfalls, die Beziehung des alltäglichen oder gewollten Vorgangs zum Unfall usw. An der Hand von Beispielen werden abstrakte Regeln abgeleitet, besonders wird auf die Gelenkbinnenstörungen eingegangen. Aus den Ausführungen ergibt sich im besonderen, daß jeder Unfall individuell behandelt und beurteilt werden muß.

Goebel (Breslau).

Adler, Alexandra, Ernst Brezina und Josef Wastl: Über die Bedingtheit der Häufung gewerblicher Unfälle. (*Psychiatr.-Neurol. Klin., Univ., Volksgesundheitsamt u. Museum f. Völkerkunde, Wien.*) Arch. Gewerbepath. 2, 359—384 (1931).

Untersuchungen an wiederholt Verunfallten ließ die Aufstellung gewisser Charaktergruppen zu, während anthropologische Messungen keine Unterschiede ergaben.

Engelhardt (Berlin).

● **Baader, Ernst W.:** Gewerbekrankheiten. Klinische Grundlagen der 22 meldepflichtigen Berufskrankheiten. Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1931. 144 S., 8 Taf. u. 21 Abb. RM. 9.—.

Das handliche Buch über Gewerbekrankheiten und die klinischen Grundlagen der 22 meldepflichtigen Berufskrankheiten des Verf. füllt eine bisher bestehende Lücke aus. In klarer übersichtlicher Weise mit ausgezeichneten Abbildungen versehen, werden die einzelnen Berufskrankheiten besprochen und insbesondere Wert auf die Darstellung einer Differentialdiagnose gelegt. Man merkt beim Durchlesen des Buches, daß es sich auf eine große praktische Erfahrung gründet, so ist es sicherlich richtig, wenn man sich bei der Bleivergiftung nicht auf das Auszählen der getüpfelten roten Blutkörperchen verläßt, sondern sich lediglich einen Überblick über die Anzahl der getüpfelten roten Blutkörperchen im Gesichtsfeld verschafft und genauere Untersuchung der Klinik überläßt. Bei der Quecksilbervergiftung werden die hierbei auftretenden psychischen Abartigkeiten und emotionellen Abschwächungen ausgezeichnet dargestellt, ebenso die Zitterschrift. Für die bildliche Darstellung der chronischen Kohlenoxydvergiftung wird eine kleine Filmserie geboten, die charakteristisch den Drehschwindel und den zum Ausgleich benutzten breitbeinigen Gang und das Ausspreizen der Arme zeigt. Bei der Schädigung des Menschen durch Lärmarbeiten wird darauf hingewiesen, daß die Gefahren schon bei 10—11 Phon., gemessen mit dem Geräuschmesser nach Barkhausen, lägen. Nach den eigenen Erfahrungen des Ref. liegt die Grenze der Gesundheitsschädlichkeit für Geräusche über 9 Phon. Das Polizeipräsidium Altona genehmigt sogar neuerdings auf unser Anraten Lautsprecheranlagen, die zu Werbezwecken nach der Straße gehen, nur bei einer Grenze von 8 Phon. Hier wäre vielleicht später eine Korrektur notwendig. Sonst werden alle Berufskrankheiten anschaulich dargestellt, auch Röntgenverbrennung im Dienst und Infektionskrankheiten bei Schwestern berücksichtigt. Das Buch ist allen praktischen und besonders gutachtlich tätigen Ärzten zum Studium weitgehendst zu empfehlen.

Trendtel (Altona).

Wachtel, Curt: Grenzen der Begutachtung von Berufskrankheiten. Zbl. Gewerbehyg., N. F. 8, 40—43 (1931).

Die steigende Bedeutung der gutachtlichen ärztlichen Tätigkeit veranlaßt den Verf., bestimmte Richtlinien für die Ausarbeitung der Gutachten und für die Auswahl der mit einer solchen Tätigkeit zu betrauenden Persönlichkeiten anzugeben. Es wird u. a. die Notwendigkeit einer besonders eingehenden, sachgemäßen Begutachtung im Beginn der Erkrankung betont, in Zweifelsfällen sollen die Grenzen der ärztlichen Erkenntnis deutlich präzisiert werden. Schwierigkeiten machen zur Zeit besonders bestimmte noch nicht eindeutig definierte Begriffe, wie „chronische und chronisch rezidivierende Krankheitszustände“, „Wahrscheinlichkeit“ u. ä. In der Schlußbeurteilung sollte

nach Ansicht des Verf. nur das Ergebnis objektiver Überlegungen ohne Einschaltung subjektiver Auffassungen zum Ausdruck kommen. *Curt Heidepreim* (Berlin).

Bellucci, Oreste: La soluzione delle controversie mediche nelle assicurazioni contro le malattie. (Die Lösung von ärztlichen Rechtsstreitfragen in der Krankenversicherung.) (*4. Congr. dell' Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.*) Arch. di Antrop. crimin. **50**, 1341—1346 (1930.)

Verf. berichtet — vorbehaltlich eingehenderer Bearbeitung — in allgemeinen Umrissen die infolge der Krankenversicherung zu erwartenden Rechtstreitsachen und den Anteil der Ärzte, hauptsächlich der gerichtlichen Mediziner, bei Schlichtung derselben, bespricht die aus dem Begriff des „gedeckten Risiko“, aus dem Anwendungsgebiet der Krankenversicherung, den Leistungen der Krankenkassen zu erwartenden der ärztlichen Beihilfe benötigenden Streitsachen, und wirft die Frage der Art der Rechtsprechung auf, wobei er auf die mustergültigen deutschen Verhältnisse verweist. *Kornfeld* (Zagreb).

Baisi, Vincenzo: Primo saggio di biotipologia costituzionale professionale. (Ein erster Versuch zur Aufstellung einer Konstitutionslehre bei Berufstätigen.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Siena.*) (*4. Congr. dell' Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.*) Arch. di Antrop. crimin. **50**, 1419—1422 (1930.)

Von 30 untersuchten Buchdruckern zeigten 19 Brachytypus, davon 12 „Brachytypus deficiente“ (nach der Klassifikation von Barbara), charakterisiert durch relatives Überwiegen des Rumpfes über die Glieder. Dieser Typus entspricht der alten Bezeichnung „Lymphaticus“ und würde nach der Klassifikation von Pende zu den Asthenischen zu zählen sein. Die Einteilungen werden hauptsächlich nach dem Verhältnis Rumpf : Glieder und den absoluten Größen beider ausgeführt.

Heinz Kockel (Frankfurt a. M.).

Betocchi, Giorgio: Una nuova formula per il calcolo delle incapacità concorrenti in infortunistica del lavoro. Nota prev. (Eine neue Formel zur Berechnung der Addition von Erwerbsminderungen bei Betriebsunfällen. Vorläufige Mitteilung.) (*4. Congr. dell' Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.*) Arch. di Antrop. crimin. **50**, 1353—1358 (1930.)

Die Entschädigung beträgt bei Addition von gleichnamigen einseitigen Schädigungen $y\%$ von S , wobei $S = \frac{100 S_1}{100 - x}$ ($S_1 =$ tatsächlicher Gehalt des Arbeiters im Augenblick des neuen Unfalls; $x =$ Wert der ersten Schädigung; $y =$ Wert der neuen Schädigung). Bei Addition von sich überkreuzenden einseitigen Schädigungen lautet die Formel, wenn $V > 50$, wie z. B. bei Gliedern, $y\%$ von S , wobei $S = \frac{100 S_1}{100 - \frac{x(100 - V)}{100 - V_2}}$ ($V =$ Wert des durch die neue Erwerbsschädigung betroffenen

Gliedes; $V_2 =$ Wert des bereits geschädigten Gliedes). Wenn jedoch $V < 20$, wie z. B. bei Augen, ist die Entschädigung $= \frac{y(100 - V)}{V} \%$, wobei $S = \frac{100 S_1}{100 - x} \cdot x$ und y sind vom Arzt zu bestimmend als Prozente Erwerbsschädigung. *Heinz Kockel.*

Prosperi, Gino: Alcuni rilievi sulla legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali. (Einige Bemerkungen über das Gesetz über Zwangsversicherung gegen Berufskrankheiten.) (*4. Congr. dell' Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.*) Arch. di Antrop. crimin. **50**, 1602—1617 (1930.)

Verf. begrüßt die in dem Gesetz vom 13. V. 1929 vorgesehene Angleichung der Bestimmungen über Berufskrankheiten an das ältere Unfallgesetz, weist jedoch auf den schwierigen Grenzfall solcher Krankheiten hin, die ihrer Erscheinungsform nach als Berufskrankheiten, ihrer Ätiologie nach als Unfälle anzusprechen sind, wie z. B. die Ankylostomiasis. Um auch diejenigen Fälle in die Versicherung einzubeziehen, in denen die Arbeit in einem bestimmten Betrieb nicht ausschließliche Ursache, wohl aber entscheidende Nebenursache der Erkrankung darstellt, schlägt Verf. eine Texterweiterung von Art. 1 des Gesetzes nach dem Muster des Schweizerischen Gesetzes, Art. 68, vor. Für Fälle von Hyperästhesie gegen bestimmte Gifte empfiehlt Verf. zwangsweisen Berufswechsel, andererseits Entschädigung für den dadurch verursachten Einkommensrückgang. Gleichzeitig müßten auch die Bestimmungen über dauernde Arbeitsunfähigkeit, die ja immer nur in bezug auf eine bestimmte Arbeit gilt, ge-

ändert werden. Für „Rückfall“ und „Revision der Entschädigung“ wünscht Verf. eine Verlängerung der jetzt auf 3 Jahre festgesetzten Frist nach der ersten Erkrankung, auch scheint es ihm empfehlenswert, auch den Arbeitgeber auf seine Verpflichtung zur Prophylaxe gegen Berufskrankheiten hinzuweisen.
Heinz Kockel (Frankfurt a. M.).

Simon, Alfred: Zur Frage des Selbstmordes bei Körpereschäden. (*Versorgungsärztl. Untersuchungsstelle, Heidelberg.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* 37, 85—90 (1931).

Selbstmorde sind bei Krüppeln ziemlich selten, „die Fähigkeit, das Leben zu ertragen“ (Verf. nennt sie „Vivazität“), ist unendlich groß. Nur wenn sie — wie bei Belasteten und bei den endogen Verstimmten — gemindert ist, kommt es zum Selbstmord, der auch dann erfolgt, wenn die äußeren Umstände ins Untragbare wachsen. Für die sich oft einstellende Schwierigkeit der Unterscheidung von endogenen und exogenen Momenten bringt Verf. dann einen Fall.

Verlust des linken Unterarmes durch Amputation nach Handgranatenverletzung; Kunstarm (der später übrigens nicht getragen wird), Arbeitshand und 65% Rente. 1921 Schmerzen, die sich auf operative Entfernung eines Knochenstückes und eines Neuroms bessern; 1927 wieder viel Schmerzen, Schlaflosigkeit und „depressiver Zustand“, Klagen über Angst und Unsicherheit, auch Selbstmordversuche; da keine eigentliche Hemmung besteht, wird der depressive Zustand als „psychopathisch“ und reaktiv angesehen, der früher erfolgte Selbstmord einer Schwester mangels der Kenntnis der näheren Umstände nicht bewertet und D.B. abgelehnt. Im November 1927 dann Selbstmord durch Erhängen.

Verf. führt nun aus, daß die gelegentlich zu Selbstmorden führenden Verstimmungen nicht notwendig dem manisch-depressiven Formenkreise angehören müßten, sondern auch den Verstimmungen der Dipsomanen, der Angst- und Zwangszustände, der Epileptiker nahestehen könnten und dann auch als endogen angesehen werden müßten; zudem sei die erbliche Belastung im gegebenen Falle doch nicht abzustreiten. Gewöhnliche Amputationen führten gewöhnlich nicht zu Selbstmorden. — Die versorgungsrechtlichen Normen für die Selbstmordbeurteilung (Reichsversicherung: Der Selbstmord muß in einem durch den Unfall hervorgerufenen Zustand der Unzurechnungsfähigkeit begangen sein; Reichsversorgung: Es müssen die „natürlichen Hemmungsvorstellungen“ infolge des durch D. B. krankhaft veränderten Gemütszustandes beseitigt sein) werden angeführt.
Donalies (Berlin).^{oo}

Fehre, Karl: Zur Rechtsprechung in der Reichsversorgung bei Selbstmord. (*Versorgungsamt, Chemnitz.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* 37, 198—200 (1931).

Verf. tritt der Auffassung Simons entgegen, daß die oberste Rechtsprechung der Reichsversorgung von der des Reichsversicherungsamtes in der Beurteilung des Selbstmordes bei Körperschädigungen insofern abweiche, als sie nicht verlange, daß der krankhafte Zustand infolge von Dienstbeschädigung bis zur Unzurechnungsfähigkeit gesteigert sein müsse. Das RVA. lehnt in ständiger Rechtsprechung bei Unfällen den ursächlichen Zusammenhang des Selbstmordes mit einem Betriebsunfall ab, wenn der Selbstmord nur auf den Mangel bestimmter geistiger und moralischer Eigenschaften, wie Ausdauer, Standhaftigkeit, Selbstüberwindung, die unglücklichen Folgen des Unfalls auf sich zu nehmen, zurückzuführen ist. Der Zustand seelischer Niedergeschlagenheit finde seine Ursache dann nicht in dem Körperschaden, sondern in dem Mangel moralischer Fähigkeit, welch letztere mit der Eigenart des Charakters wechsele. Der Selbstmord könne nur unter der doppelten Voraussetzung als Unfallfolge angesehen werden, daß er einmal in Geistesstörung verübt, der Selbstmörder also für seine Tat nicht zurechnungsfähig ist, und daß ferner die Geistesstörung selbst durch den Unfall verursacht ist. Das RVG. führt aus, daß eine vorsätzlich bei klarem Verstande und auf Grund freier Willensbestimmung herbeigeführte Gesundheitsstörung (Selbstmord) nicht als DB. gilt und sagt dann weiter: „Ist der Selbstmord im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit (Geisteskrankheit, Geistesgestörtheit) begangen, so liegt DB. vor, wenn die sich in Unzurechnungsfähigkeit äußernde Geistesstörung auf eine der § 3, Abs. des MVG. erwähnten Tatbestände zurückzuführen ist.“ Diese 3 Tatbestände sind Dienstverrichtung, Unfall während des Dienstes und die dem Militärdienst eigen-tümlichen Verhältnisse. Die Auffassung des RVG. deckt sich nach Ansicht des Verf.s

mit der des RVA. Ein infolge eines unerträglichen Leidenszustandes durch Körperschäden verursachter Selbstmord ist auch dann Grund einer Versorgung, wenn der Tod in Geistesstörung veranlaßt ist und wenn ferner die Geistesstörung durch DB. verursacht ist. Wenn von dieser Auffassung vielfach abgewichen werde, so sei dies nur dadurch zu erklären, daß die Entscheidung des RVG. nicht richtig verstanden werde, was bei schnellem Durchlesen insbesondere durch die in Fettdruck gegebene irreführende Überschrift erklärlich sei. Die Entscheidung sage ausdrücklich, daß eine zur Versorgung berechtigende DB. auch für den Fall angenommen werde, daß die Tat zwar nicht im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit begangen ist, sich aber infolge der dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse bei einer Person des Soldatenstandes (d. h. also während der Dienstzeit) ein derartig krankhafter Gemütszustand entwickelt hat, daß hierdurch die natürlichen Hemmungsvorstellungen gegen den Selbstmord zurückgedrängt werden. Das RVG. hat gar nicht nach der Meinung des Verf. die Rechtsprechung des RVA. umwerfen wollen, sondern hat nur ausdrücklich festgestellt, daß auch in der Reichsversorgung für den Selbstmord nur dann DB. anzunehmen ist, wenn er im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit (Geisteskrankheit) begangen und wenn ferner die sich in Unzurechnungsfähigkeit äußernde Gesundheitsstörung auf eine DB. zurückzuführen ist. Wenn jetzt viele Jahre nach dem Kriege bei einem Kriegsbeschädigten der Tod als Folge einer DB. geltend gemacht werde, weil ein durch seine Kriegsbeschädigung verursachter, ihm unerträglicher Körperschaden ihn zum Selbstmord getrieben habe, dann ist zunächst der Beweis zu erbringen, ob dies tatsächlich zutrifft. In der Mehrzahl der Fälle lassen sich aber ganz andere Ursachen als die oft belanglosen Körperbeschädigungen als anlaßgebend nachweisen. Ist jedoch erwiesen, daß der Selbstmord durch einen Leidenszustand infolge DB. veranlaßt wurde, dann ist es zunächst Sache der ärztlichen Beurteilung, festzustellen, ob der Selbstmord in geistiger Gestörtheit im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit begangen wurde und ob ferner diese Geistesstörung durch DB. verursacht wurde. Nur wenn beides zu bejahen ist, darf der Tod als Folge von DB. angesehen werden. *Ziemke (Kiel).*

Simon, Alfred: Nochmals zur Frage der Rechtsprechung bei Selbstmord. Ärztl. Sachverst.ztg 37, 200—204 (1931).

Die Rechtsprechung bei Selbstmord ist im Versorgungswesen nicht nur für die Kriegsbeschädigten, sondern auch für die Angehörigen der Sicherheitspolizei und der Reichswehr bedeutungsvoll. Verf. tritt den Ausführungen Fehres über diesen Gegenstand bei und betont, daß sich weniger die Rechtsprechung als die Rechtspraxis im Versorgungswesen von der im Reichsversicherungswesen unterscheidet, die sich überhaupt nur auf jene bekannte grundsätzliche Entscheidung des RVG. zu stützen scheine. Andere Entscheidungen, etwa aus dem Reichsversicherungswesen, werden kaum herangezogen, weil mit dieser Entscheidung erfahrungsgemäß immer der gewünschte Erfolg erreicht werde. Und dabei handelt es sich häufig um ganz banale Erkrankungen und Körperschäden, z. B. Bronchitis, kompensierte Herzfehler, Schwerhörigkeit, Ischias u. ä., Gebrechen, die, wie die Erfahrung lehrt, niemals allein zum Selbstmord führen. Von den Versorgungsgerichten würden diese meist geringen Körperschäden häufig als Ursache für krankhafte Gemütsverstellungen, nicht etwa für Geistesstörungen angesehen, bei denen der freie Wille ausgeschaltet ist. Fehre weist mit Recht darauf hin, daß die Entscheidung des RVG. für die Mehrzahl der Fälle gar nicht paßt, daß sie sich auf den Selbstmord einer Person des Soldatenstandes während der Dienstzeit bezieht, und daß DB. nur angenommen werden könne, wenn der Selbstmord im Zustand der Unzurechnungsfähigkeit ausgeführt wurde, und wenn die unzurechnungsfähigkeitbedingende Geisteskrankheit selbst durch DB. verursacht ist. An 2 angeführten Fällen aus der Praxis werden die ergangenen Urteile kritisiert und gezeigt, daß es sich um Fehlurteile handelt, zumal im 2. Fall, wo bei einem ganz leicht Geschädigten weder Unzurechnungsfähigkeit, noch Geisteskrankheit, noch überhaupt eine wesentliche geistige Änderung bei der Begehung der Tat vorgelegen hat und

wo das RVG. dem Geschädigten sogar „klaren Verstand und Willensfreiheit“ bestätigt hat. Den Grund für diese abwegigen Urteile sieht Verf. in der mangelhaften Kenntnis des ganzen Komplexes des Selbstmordes bei den Richtern, die ja Laien sind, und in ihrem Sichsperrern gegen die Aufklärung durch den Fachgutachter, daneben in der das ganze Rechtsleben durchziehenden Neigung, Tatbestände nicht nach den geltenden Normen und Gesetzen aufzuklären, sondern sich statt dessen mit dem Verstehen der psychologischen Zusammenhänge zu begnügen, d. h. mit einer Erklärung des Endeffektes aus den gleichwertigen Vorbedingungen, aus denen dann nach Interesse oder aus emotiven Momenten heraus die eine zur subjektiv-adäquaten erhoben wird, nämlich dann, wenn eine Entscheidung in einer Rechtsfrage getroffen werden muß. Diese Auffassung bedeute im Versorgungsrecht praktisch eine Belastung der Allgemeinheit mit lebenslänglichen Renten für die Antragsteller, für die nach ärztlich-wissenschaftlicher Auffassung keine Berechtigung vorliege. *Ziemke* (Kiel).

Riese, Walther, und Otto Rothbarth: Bemerkungen zu den Ausführungen von Knoll in der Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin, 37, Nr 3, 1930. Mschr. Unfallheilk. 38, 119—122 (1931).

Knolls Auffassung (vgl. diese Z. 15, 73; 16, 188), daß die abweichende Beurteilung des Reichsgerichts in der Unfallneurosenfrage auf mangelnder Kenntnis der ärztlichen Tatsachen und der herrschenden Lehrmeinung beruhe, ist nach der Verf. Ansicht falsch, weil das Reichsgericht betont, „daß die Frage des ursächlichen Zusammenhangs keineswegs auf rein tatsächlichem Gebiet liegt und nicht allein nach medizinisch-wissenschaftlichen Grundsätzen zu beantworten ist; von einem Wandel in den Anschauungen der ärztlichen Wissenschaft wird der Rechtsbegriff nicht betroffen“. Damit lehnt das Reichsgericht eine Bindung an eine herrschende Lehrmeinung ab und setzt sich insofern in einen bewußten Gegensatz zu der grundsätzlichen Entscheidung des RVA. Im einzelnen widersprechen die Verf. den Knollschen Ausführungen über die Stellungnahme des Reichsgerichts zur Lehre von der *conditio sine qua non*, die zwar im Kommentar als unbrauchbarer uferloser Ursachenbegriff bezeichnet sei, nicht aber in einer Entscheidung selbst. Wenn auch die grundsätzlichen Formulierungen des Ursachenbegriffs in der Rechtsprechung des RVA. und R.G. ähnlich seien, sei doch die Anwendung des Begriffs des ursächlichen Zusammenhangs das Entscheidende. Daß das R.G., wie Knoll meint, Neurosen, die lediglich auf Vorstellungen und Wünschen beruhen, als Unfallfolgen ablehnt, sei in keiner Entscheidung ausgesprochen. Der Kommentar fügt seiner Anschauung darüber die Worte hinzu: Ob dies oder jenes anzunehmen ist, ist Sache der Entscheidung im Einzelfalle. Auch ob Aufregungen der Prozeßführung als Unfallfolgen anzusehen seien, sei Frage des Einzelfalles. Die Annahme der Möglichkeit, daß ein psychischer Shock bei einem Unfall eine nervöse Störung hervorrufen oder eine krankhafte Anlage verstärken kann, durch das R.G. in der Entscheidung vom 12. XI. 1928, möge in Widerspruch zur herrschenden Lehre stehen, nicht aber zu den Ergebnissen der neuzeitlichen medizinischen Psychologie.

K. Löwenstein (Berlin).

Knoll, E.: Erwiderung zu den Ausführungen von Dr. W. Riese und Rechtsanwalt O. Rothbarth. Mschr. Unfallheilk. 38, 122—128 (1931).

Knoll führt eingehend aus, daß die im obigen Referat referierten Ausführungen von Riese und Rothbarth gegen seine Darstellung in allen Punkten unzutreffend seien. Im einzelnen weist er nach, daß auch das R.V.A. sich in seiner Entscheidung nicht an die ärztlichen Anschauungen bindet. Das R.V.A. führe aus, in der Beurteilung der widerstreitenden medizinischen Ansichten ist jede Spruchstelle frei und nicht an die in anderen Entscheidungen eingenommene Stellung anderer Spruchstellen gebunden. Die Rechtsgrundsätze des R.V.A. sind nicht durch die herrschende medizinische Lehre berührt worden, trotzdem beruht der Inhalt, das Ergebnis der Rechtsprechung auf der durch Änderung der ärztlichen Anschauungen gegebenen, anderweitigen medizinisch-tatsächlichen Beurteilung des medizinischen Tatbestandes. Die mangelnde Kenntnis der ärzt-

lichen Lehrmeinung durch das R.G. gehe daraus hervor, daß es sich des Widerspruchs seiner Auffassung dazu nicht bewußt sei. K. betont weiter, daß beide Gerichte die Anerkennung aller *conditio sine qua non* ablehnen und eine Einschränkung verlangen, das R.V.A. den wesentlichen, das R.G. den adäquaten Zusammenhang, letzteres setzt seine Ursachenlehre ausdrücklich in Gegensatz zu der Lehre von der *conditio sine qua non*. K. führt weiter an Hand von Äußerungen des R.G. eingehend aus, weswegen seine früheren Darlegungen zu Recht bestehen, insbesondere ergibt sich der Grundsatz, daß das R.G. Neurosen, die lediglich auf Vorstellungen und Wünschen beruhen, als Unfallfolgen ablehnt, eindeutig aus der Rechtsprechung des R.G. und ist zum Teil auch von diesem ausdrücklich als Grundsatz ausgesprochen worden. Auch der Rechtsgrundsatz, daß die Aufregungen der Prozeßführung nicht als Unfallfolge anzusprechen sind, ist nicht nur Inhalt der ständigen Rechtsprechung des R.G., sondern von ihm nahezu wörtlich so ausgesprochen. K. betont noch, daß er dem R.G. nicht den Widerspruch zu der herrschenden ärztlichen Lehrmeinung vorgeworfen habe, sondern daß es zu dem Streit der ärztlichen Meinungen Stellung nahm, ohne es selbst zu merken, ja eine Auseinandersetzung mit der ärztlichen Wissenschaft ablehne, weil es sich nur um rechtliche Erwägungen handele, während tatsächlich ein Glied seiner Schlußkette eine bestrittene ärztliche Feststellung war. *K. Löwenstein* (Charlottenburg).

Estapé, José María: Beitrag zum gerichtlich-medizinischen Studium der Unfallneurose. Arch. brasil. Neurol. 13, 24—41 (1930) [Spanisch].

Die traumatische Neurose ist nicht durch eine organische Verletzung bedingt, sondern beruht auf einer dynamischen oder funktionellen Störung des Nervensystems. Diese launenhafte und rezidivierende Erkrankung kann unbestimmt lange dauern, aber auch plötzlich wieder verschwinden. Das aus dem Jahre 1920 stammende Unfallversicherungsgesetz des Staates Uruguay enthält auch Bestimmungen über die Entschädigung bei dieser Neurose. *Ganter* (Wormditt).

Rossi, Maria: Sulla patogenesi della nevrosi traumatica in rapporto soprattutto con la forma vertiginosa. (Über die Pathogenese der traumatischen Neurose mit besonderer Berücksichtigung der vertiginösen Form.) Atti Clin. oto- ecc. iatr. Univ. Roma 28, 195—218 (1930).

Verf. bespricht die geläufigen Ansichten über die traumatische Neurose in kritischer Weise. Besonders hervorzuheben ist der Hinweis auf die Verschlechterungen als Reaktion auf die Nichtanerkennung der Krankheit als solcher und darauf, daß eine Besserung nach Zuerkennung der Rente auch als psychogene günstige Einwirkung auf eine mehr organisch bedingte Affektion auftreten kann. Im übrigen setzt sich Verf. für eine stärkere Differenzierung der einzelnen voneinander so verschiedenen Formen ein. Verf. beschreibt als besondere Gruppe die „vertiginöse“ Form, welche sie folgendermaßen charakterisiert: leichter Kopfschmerz, Parästhesien, besonders am Kopf, Asthenie. Besonders hervortretend Dauerschwindel, besonders bei Lagewechsel, kein Drehschwindel, Gefühl nach vorn oder hinten zu fallen, Vernebelung des Bewußtseins, wirkliches Fallen selten, Gehstörungen, besondres Platzangst, kein Brechreiz oder Erbrechen, oft Verdunkelungen des Gesichtsfeldes, oft Parakusien, oft Hörstörungen. Die objektive Untersuchung ergibt meist Mittel- oder Innenohraffektionen, besonders aber Untererregbarkeit des Vestibularis beiderseits oder einseitig. *Josef Wilder*.

Schultze, Friedrich: Noch einmal über Neurosen und Psychosen nach Unfällen nebst Bemerkungen über Neurosen überhaupt. Dtsch. Z. Nervenheilk. 117/119, Nonne-Festschr., 593—603 (1931).

In der vorliegenden Abhandlung nimmt der Veteran der Neurologie historisch und kritisch Stellung zu den schwebenden Fragen. Es ist erfreulich, daß auch er sich gegen die von Stier, Reichardt usw. vertretene Meinung wendet, die in schematischer Weise die zulässige Dauer nervöser Folgen nach Hirnerschütterung festsetzen will. Er wendet sich weiterhin gegen die verschwommene Anwendung der Bezeichnung „Neurose“ an Stelle der früheren klinischen Einzelbezeichnungen. *A. Hoche*.

Brandis, W.: Traumatische oder konstitutionelle Neurose? Med. Klin. 1931 I, 514—516.

28jähriger, sehr kräftig gebauter Schlosser, der ausglitt, rückwärts auf den Kopf fiel, angeblich einen Schädelbruch mit Gehirnerschütterung und Facialislähmung erlitt. Untersuchung in der Chirurgischen Universitätsklinik 4 Monate später: Keine Anzeichen für Schädelbruch. Die Erwerbsbeschränkung wurde wegen der subjektiven Beschwerden auf 40, von dem Vertrauensarzt des Oberversicherungsamts auf 50% geschätzt, demgemäß eine Rente von 50% gewährt. 2 $\frac{1}{2}$ Jahre später wurde internistisch eine Unfallneurose diagnostiziert, der „Rentenneurotiker“ als arbeitsfähig erklärt. Nachuntersuchung in der Psychiatrisch-Neurolog. Univers.Klinik ergab eine gewisse hypochondrische Einstellung; die subjektiven Beschwerden wurden in ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall gebracht, die Erwerbsbeschränkung auf 15% geschätzt, Abfindung auf 20% vorgeschlagen, um der Gefahr einer weiteren Neurosebildung entgegenzutreten. Die Berufsgenossenschaft setzte die Rente auf 20% herab. Ein Jahr danach Untersuchung in einer anderen Universitäts-Nervenklinik, in der die Diagnose „konstitutionelle Nervosität“ gestellt, die seelische Unfallreaktion als nicht mehr vorhanden erachtet wurde. Daraufhin wurde vom Reichsversicherungsamt der Rekurs des Verletzten gegen die Rentenherabsetzung von 50 auf 20% abgewiesen, der Antrag der Berufsgenossenschaft auf Einstellung der Rente aus prozessualen Gründen abgelehnt, die sachliche Entscheidung vorbehalten. *Klieneberger (Königsberg, Pr.).*

Klieneberger, C.: „Unfallneurose“ 1904 (Schreckneurose nach Eisenbahnunfall, Rentenkampf), Erhöhungsantrag 1930 (auf Grund Verschlimmerung der nervösen Unfallfolgen), individuelle Beurteilung nach Maßgabe höchster Entscheidungen. (Stadt-krankenh., Zittau.) Med. Klin. 1931 I, 627—629.

Mitteilung eines Obergutachtens. Es handelt sich um einen Betriebsunfall bei der Eisenbahn mit Rippen- und Unterschenkelbruch ohne Kopf- und Rückenverletzung. Entwicklung typischer Unfallhysterie, der Verletzte erhält jetzt eine Rente von 180 M. monatlich, stellt Rentenerhöhungsantrag. Die Fehlurteile, die zur Bildung eines „Rentenfossils“ geführt haben, werden auseinandergesetzt. Andererseits wird eine Rentenentziehung jetzt abgelehnt. Im Sinne des geltenden Rechts ist nur eine Änderung der Auffassung, nicht des anerkannten Zustandes eingetreten. Dazu ist der Verletzte über 26 Jahre älter geworden. Menschen, die, wenn auch fälschlich, jahrzehntelang Rente bezogen haben, sind nicht mehr in den normalen Arbeitsprozeß einzubeziehen, da sie rentenfixiert sind. *F. Stern (Kassel).*

● **Flatau, Georg: Unfälle — Neurosen. (Abh. Psychother. Hrsg. v. Albert Moll u. Paul Plaut. H. 15.) Stuttgart: Ferdinand Enke 1931. 48 S. R.M. 3.90.**

Krankheit ist ein Leidenserlebnis, das sich in regelwidrigen Funktionen oder abnormen seelischen Abläufen kundtut. In diesem Sinne sind auch die traumatischen Neurosen eine Krankheit. Entschädigungen und Abfindungen führen nicht immer zur Heilung, wie behauptet wird. Das Anschuldigen konstitutioneller Momente bei psychopathischen Krankheitsreaktionen verlangt seinen Nachweis. Selbst wenn eine Neurose festgestellt wird, hat der Gutachter noch die Frage zu klären, wieweit das vorliegende Leiden Unfallsfolge ist. Man darf nicht die Erfahrungen aus Kriegsschädigungen ohne weiteres auf das Friedensleben übertragen. Die Rentenbemessung der traumatischen Neurose war früher zu hoch, die Prognose wurde zu schlecht gestellt. In Begutachtung und Therapie muß man dem Unfallkranken unbefangenen gegenüberstehen, man darf die Unfallneurosen nicht als Krankheit niederen Rechtes ansehen. Wenn Kranke ihre Gesundheit statt der Rente verlangen, so darf man das nicht immer als Phrase nehmen. Während der Behandlungszeit muß der Kranke vor Existenz- und Schicksalsorgen geschützt sein. Pessimistische Prognose und Hindeutung auf die Schwere des Unfalls müssen vermieden werden. Aufklärende Vorträge in Versichertenkreisen werden für nötig gehalten. Anstaltsbehandlung wird befürwortet. Wiedereinordnung in den Arbeitsprozeß ist notwendig. In simulationsverdächtigen Fällen ist stationäre Beobachtung diagnostisch wichtig. Geschickte Beobachtungen und Recherchen im häuslichen Milieu werden sich nicht immer vermeiden lassen. Ein Heft, das nachdenklich und abwägend in den Meinungskampf über die traumatische Neurose eingreift, affektiv bedingte Vorurteile richtigstellt und sowohl in Begutachtungsfragen wie bei therapeutischen Versuchen berücksichtigt werden muß.

Adolf Friedemann (Berlin-Buch).

Gehirnerschütterung oder Rentenbegehren? Z. Bahnärzte 26, 250—255 (1931).

Nach einem anscheinend belanglosen Unfall eines Mannes, dem ein Koffer aus dem Gepäcknetz auf den Kopf gefallen war, ohne daß Bewußtlosigkeit, Erbrechen, Erinnerungslücken eingetreten waren, entwickelten sich nervöse Störungen, die vom Bahnarzt als psychogen angesehen wurde. Eine Universitätsklinik billigte aber Entschädigungspflicht in der Annahme, daß eine leichte Hirnerschütterung stattgefunden hatte, zu, und der anonyme Verf. regt eine Aussprache darüber an, ob diese Ansicht Berechtigung hat. *F. Stern* (Kassel).

Szekely, Karl: Die Diagnose der Gehirnerschütterung vor Gericht. (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Wien.*) Beitr. gerichtl. Med. 11, 190—197 (1931).

Verf. weist mit Recht darauf hin, daß die Diagnose der Hirnerschütterung zu häufig gestellt wird und Verwechslungen nicht nur mit Schreckreaktionen, sondern auch anderen Zuständen vorkommen; z. B. wird ein Erbrechen im Rausch nach einer Verletzung öfters für das Zeichen einer Hirnerschütterung gehalten und dann zu Unrecht eine schwere Körperverletzung angenommen. Durch ärztliche Untersuchung oder einwandfreie Zeugenaussagen muß erwiesen sein, daß nach dem Unfall die charakteristischen Komotionssymptome, Bewußtlosigkeit, Pulsverlangsamung, Erbrechen, retrograde Amnesie bestanden; diese Erscheinungen müssen der Gewaltwirkung unmittelbar gefolgt sein; sonst darf in foro eine Komotion nicht diagnostiziert werden. Im übrigen enthält die Arbeit nichts Neues. *F. Stern* (Kassel).

Harbitz, Francis: Über traumatische Hirnblutungen. Posttraumatische „Spätblutungen“. Norsk Mag. Laegevidensk. 92, 501—514 (1931) [Norwegisch].

Kleine tödlich verlaufende multiple Blutungen, wie die posttraumatischen Duret'schen Spätblutungen besonders in der Umgegend des 4. Ventrikels, die auch nach geringen Schädeltraumen unter dem Bilde der Commotio auftreten, sind jetzt vielfach Gegenstand der Bearbeitung geworden. Sie spielen auch in der gerichtlichen Medizin als Todesursachen und Unfallfolgen eine große Rolle. Doch hat es den Anschein, als ob die posttraumatischen Spätapoplexien nichts mit den Duret'schen Blutungen gemein haben. Von zahlreichen zu beurteilenden Fällen konnte der Verf. nur zwei, bei einem 52- und 55-jährigen Manne als traumatische Spätblutungen anerkennen; bei diesen muß ein vorangegangenes Schädeltrauma sicher nachgewiesen werden; es muß ein normales Blutgefäßsystem vorliegen, weder Lues noch Arteriosklerose; es müssen jüngere Individuen sein mit Übergangssymptomen von der Zeit des Traumas bis zur Spätblutung; das Intervall soll nicht mehr als 3—4 Monate groß sein; die Lokalisation der Blutung liegt auch oft außerhalb der Wände des 3. und 4. Ventrikels. Auch wenn diese Bedingungen vorliegen, soll man strenge Kritik üben. Wie Schwartz betont, beruhen spontane Hirnblutungen meist auf funktionellen Zirkulationsstörungen, wie Hypertonie. Es handelt sich weniger um Ruptur der Gefäße als Diapedese der roten Blutkörperchen; die kleinen Blutherde beruhen auf multiplen dissezierenden Aneurysmenbildungen, die konfluieren. Diese multiplen hypertensiven Blutungen sitzen oft in den Zentralganglien, doch auch im Pons und um die Ventrikel herum, wo sie gelegentlich auch durchbrechen. Sie können also auch gelegentlich bei ihrem multiplen Auftreten den gleichen Sitz haben wie die Duret'schen posttraumatischen Spätblutungen. (Schwartz, vgl. diese Z. 16, 70.) *S. Kalischer* (Charlottenburg).^{oo}

Berner, O.: Über kleine, tödlich verlaufende traumatische Hirnblutungen. Diskussion. Verh. norweg. med. Ges. 1930, 174—187, Norsk. Mag. Laegevidensk. 92, (1931) [Norwegisch].

Die Besprechung der sog. Duret'schen Blutungen von Berner (vgl. diese Z. 16, 215) hat in der norwegischen Ärztesgesellschaft eine lebhafte Diskussion bewirkt. Dabei ist von mehreren Seiten hervorgehoben worden, daß die Entstehungsweise dieser Blutungen und deren Bedeutung immerhin als unsicher anzusehen ist. In dieser Hinsicht sei vornehmlich folgendes erwähnt: Saethre weist darauf hin, daß die Liquodynamiktheorie von Duret mit der Auffassung von Ricker und Schwartz nicht übereinstimmt, insofern als Hirnblutungen durch Funktionsstörung mit Diapedese und nicht (oder selten) durch Gefäßruptur verursacht werden. Was hier bemerkt werden muß, sind die hämodynamischen Veränderungen und dazu die spezielle Reaktion der Hypertoniker auf diese. Es ist ferner auffallend, wie groß die morphologische Übereinstimmung ist zwischen den von B. als traumatisch aufgefaßten

Blutungen und den von Schwartz als hypertonisch gedeuteten. Der Tod ist hier die Folge einer akuten schweren Zirkulationsstörung, mehr oder weniger unabhängig davon, ob gleichzeitig kleine Blutungen vorhanden sind. In einem der von B. beobachteten Fälle lag wahrscheinlich eine Hypertonie vor, in einem anderen handelte es sich um eine starke Alkoholbeeinflussung, also in beiden Fällen um Personen mit „sensiblen“ Gefäßen. — Harbitz (Norsk Mag. Laegevidensk. 92, 501—514) hebt unter Hinweis auf seine 30jährige Erfahrung hervor, daß er auch bei wiederholter schwerer Gewalteinwirkung auf den Schädel mit schweren Veränderungen des knöchernen Schädels und der Gehirnoberfläche Blutungen am Boden des 4. Ventrikels fast stets vermißt habe. Weiter hat er bei geringerer Gewalteinwirkung auf den Schädel mit Gehirnerschütterung als Todesursache gelegentlich — wenn auch selten — Blutungen in den inneren Teilen des Gehirns (auch in der Brücke) gefunden. Dabei ergaben sich auch Kontusionen der Hirnrinde, meningeale Blutungen und Fissuren der Schädelknochen; niemals hat er aber in derartigen Fällen Blutungen in der Wand des 3. oder 4. Ventrikels oder in deren Höhlen als einzigen oder hauptsächlichsten Befund gesehen. Mehrere von den B.schen Fällen wiesen andere schwerere Gehirnschädigungen auf; in einem Falle konnte durch eine schwere Darmblutung und in einem anderen durch die hochgradige Alkoholbeeinflussung eine Neigung zu Spontanblutung (Schwartz findet Spontanblutungen in der Wand des 3. und 4. Ventrikels) erklärt werden. Es bleibe unbewiesen, inwiefern beobachtete kleine Blutungen im 4. Ventrikel überhaupt zu dem Tode beigetragen haben. (Vgl. vorstehendes Referat.)
Sjövall (Lund).

Musumarra, Nicolò: Importanza clinica e medico-legale dell'epilessia tardiva nei craniolesi di guerra. (Klinische und gerichtsärztliche Bedeutung der Spätepilepsie bei den Schädelverletzten des Krieges.) (*Istit. Neurol. Vittorio Emanuele III pro Feriti Cerebrali Clin. Malatt. Nerv. e Ment., Univ., Milano.*) Giorn. Med. mil. 79, 129—160 (1931).

Untersuchung von 100 nicht belasteten, nicht psychopathischen Kopfverletzten führte zu folgenden Ergebnissen: Anfälle treten Monate, auch Jahre (14!) nach der Verletzung auf nach zwischenliegendem Wohlbefinden. Bei einer Gruppe der Kranken sind sie das hervorstechendste Merkmal und wiederholen sich; in einer anderen sind sie selten, häufig sind hier Kopfschmerzen nach Anstrengungen, Schwindelgefühl, Charakterveränderungen. Liquordruck und -eiweiß ist erhöht. Anfälle sind bei oberflächlichen Rindenverletzungen häufiger als bei tiefen, bei Stirnhirnschüssen häufiger als bei Verletzungen hinterer Hirnteile (je weiter hinten die Verletzung, desto seltener sind Anfälle). Symptome sind: bei Stirnhirnverletzungen plötzliche Bewußtlosigkeit, allgemeine Krämpfe, Schlaf, psychische Störungen, bei Scheitellappenverletzung Unfähigkeit, willkürliche Haltungen einzunehmen, bei Verletzungen der Hör- oder Seh-sphäre entsprechende sensorische Anfälle (tagelange Blindheit, homonyme Hemianopsie, negative Skotome, konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung (? Ref.); leichte Parese, Hemihypästhesie der Gegenseite bei Scheitellappenschüssen, bei Stirnlappenschüssen erhöhte Labyrinthregbarkeit der gleichen, bei Scheitel-Hinterlappenschüssen der Gegenseite. Änderung der Konturen der Ventrikel im Röntgenbild sind diagnostisch bedeutungsvoll.
Kastan (Hamburg).

Nippe: Über die Beschäftigung von Epileptikern in Maschinenbetrieben. (*Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Königsberg i. Pr.*) Arch. f. Psychiatr. 94, Festschr. Meyer, 234—236 (1931).

Unter Ablehnung einer generellen Entscheidung und Betonung der Notwendigkeit, daß nur nach dem Einzelfall jeweils entschieden werden könne, hat Nippe sein Gutachten dahin abgegeben, daß im vorliegenden Fall (41jähriger Epileptiker mit etwa allmonatlichen Anfällen ohne Vorboten, die medikamentös nicht beeinflussbar waren) ein Verbleiben des Patienten im Maschinenbetriebe untunlich sei.

Krambach (Berlin).

Gordon, Alfred: Delayed organic diseases of the nervous system following traumatism and the question of appraisal of disability for compensation. (Verspätet auftretende organische Erkrankungen des Nervensystems nach Traumen und die Einschätzung der Erwerbsunfähigkeit.) Ann. int. Med. 4, 1313—1318 (1931).

Verf. knüpft an 10 Fälle von Erkrankungen an, die das einermal 6 Tage bis 5 Wochen in einer 2. Serie 6—11 Monate nach einem verschiedenen schweren Kopf- bzw. Rücken-trauma einsetzten. Den Zusammenhang zwischen Trauma und Schädigung des Zentral-

nervensystems hält er in allen Fällen für erwiesen; in 2 Fällen handelte es sich mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit um einen Hirntumor. Lues wurde in allen Fällen durch Punktion usw. ausgeschlossen. Die Späterkrankungen hängen nach Ansicht des Verf. mit der vom 3. Tage nach Trauma an beginnenden reaktiven Tätigkeit der Glia zusammen, zum Teil sind sie darauf zurückzuführen, daß auch die Komotionen (Konkussion) mit kleineren miliaren Blutungen verbunden sind. Kopftraumen sind danach immer als ernste Traumen anzusehen, und vor allem ist auch in den anscheinenden Spätfällen auf die „kleinen neurologischen Zeichen“ im Intervallstadium Gewicht zu legen, die so häufig übersehen werden. Solche Späterkrankungen sind, wie gerade wissenschaftliche Feststellungen zeigen, zu entschädigen. *Stern* (Kassel).

Almqvist, Ruben: Ein Fall von „Intentionstremor“ nach intrakraniellm Trauma. (*Nervenklm., Serafimerlaz., Stockholm.*) *Z. Neur.* **133**, 137—146 (1931).

Eine Heuforker drang Patient in das linke Nasenloch. Zunächst Allgemeinsymptome, Schielen des rechten Auges nach außen, herabgesetztes Sehvermögen rechts, Babinski links, Parese, Adiadocho, Vorbeizeigen des linken Armes. Bei der Untersuchung 7 Jahre später: Atrophie n. opt. rechts, beim Blick nach rechts Zuckungen des rechten Auges, nach links nystagmiforme Zuckungen beider Augen; leichte Parese des linken Arms, beim Heben des linken Arms Zuckungen intentioneller Art, aber auch in der Ruhe des gestreckten Arms auftretend; Haltungsanomalien der Finger links (Dorsaltension der Finger und Abduction von Daumen und Minimus) bei Anspannung der Muskeln; zentrale Schmerzen der linken Seite in Intervallen besonders am linken Daumen; Hypaesthesia der linken Schulter und Dorsalseite der Finger links; links stumme Zehe; Schwankungen in der Intensität des Tremors. — Die Rekonstruktion des Stichtkanals durch das Trauma läßt (neben einer Sehnervenquetschung eine Läsion von Putamen und Globus pallidus annehmen. Im Anschluß wird die Einteilung der Tremorformen kritisiert. *Krambach* (Berlin).

Winkelman, N. W.: Cerebral trauma and its relation to mental deficiency. (Hirnverletzung und ihre Beziehungen zur Geistesschwäche.) (*Laborat. of Neuropath., Gen. Hosp., Philadelphia a. D. J. McCarthy Found. of Temple Univ. Philadelphia.*) *Amer. J. Psychiatry* **10**, 611—621 (1931).

Verf. glaubt, daß manche sog. traumatische Neurose organisch bedingt ist. Auf encephalographischem Wegeließ sich in vielen Fällen eine einseitige Ventrikelerweiterung Deviation usw. feststellen, oder aber eine charakteristische Atrophie des Gehirns. Zu den Traumen rechnet er auch die Schädigungen, die durch eine Erhöhung des Liquordruckes — gleichgültig, auf welchem Wege diese entstanden ist — hervorgerufen wird. Er kommt zu dem Schluß, daß die Hirnverletzung eine bedeutsame Rolle bei den psychischen Schwächeständen „neurotischer“ Erwachsener und bei der „geistigen Entwicklungsverzögerung“ mancher Kinder spiele. Subarachnoidale Blutungen bedürfen wiederholter Drainage. Die Encephalographie gewährt eine sichere Diagnose gewisser posttraumatischer Atrophien im frontoparietalen Gebiet.

Villinger (Hamburg).

Gioia, Terencio: Schädelgehirntrauma als Betriebsunfall. (*Hosp. Rawson, Buenos Aires.*) *Semana méd.* **1931 I**, 444—446 [Spanisch].

Gutachten über einen Arbeiter, der vor $5\frac{1}{2}$ Monaten aus 8 m Höhe auf den Boden stürzte, eine Zerreißung des vorderen Astes der A. meningea med. mit folgendem subduralem Hämatom erlitt und trepaniert wurde. Anfangs Wohlbefinden; nach 3 Monaten Auftreten von ständig zunehmenden Schwindelanfällen. Die Untersuchung ergibt als einzigen objektiven Befund einen in der ersten präauricularen Schläfengegend gelegenen Knochendefekt von $6 : 1\frac{1}{2}$ cm. Subjektive Beschwerden werden, abgesehen von den Klagen über Schwindel, nicht geäußert. Verf. schätzt die gegenwärtige Verminderung der Arbeitsfähigkeit auf 10%, meint aber, daß es richtiger wäre, die Abschätzung auch mit Berücksichtigung der den Patienten noch bedrohenden Gefahren vorzunehmen. In diesem, nach dem in Spanien geltenden Gesetze über Betriebsunfälle nicht zulässigen Falle müßte eine Verminderung von 80% angenommen werden. *Reich* (Breslau).

Gerhartz, Heinrich: Chronische traumatische Gehirnschädigung. *Dtsch. Z. Nervenheilk.* **120**, 8—37 (1931).

Auf Grund zahlreicher, sehr genau untersuchter Fälle, die zum Teil angeführt werden, tritt Verf. dafür ein, daß bei Kopfverletzten neben den neurologischen Symptomen auch die Feinreaktionen cerebrospinaler Schädigung herangezogen werden.

Als solche hat er die Liquoruntersuchung mit Druckmessung, den Adrenalin-Sondenversuch und die psychologische Untersuchung erprobt. Auch bei umschriebenen Hirnläsionen genügt eines der genannten Symptome, um bei vagen, oft durch psychogene Begleiterscheinungen verwischten Fällen die organische Schädigung aufzudecken. Das Fehlen eines klinisch-neurologischen Befundes berechtigt nicht zur Ablehnung einer solchen, auch nicht, wenn gleichzeitig psychogene und hysterische Zeichen vorliegen, wozu ja die *Commotio* in besonderem Maße disponiert. Die traumatische Gehirnschädigung dauert länger an, als allgemein angenommen wird. Es gibt wahrscheinlich auch *commotionelle* organische Prozesse, die lediglich mit Erscheinungen einer Änderung der Psyche, wie Störungen der Merkfähigkeit, des Gedankenablaufes, des Affektlebens und des ganzen Charakters einhergehen.

W. Alexander (Berlin).^o

Soto, Mario, Benjamín B. Spota und Jorge L. Saecón: Gehirntumor nach Schädeltrauma. *Prensa méd. argent.* 17, 1113—1117 (1931) [Spanisch].

Gutachten über den kausalen Zusammenhang zwischen einer vor 10 Jahren erlittenen, nicht näher geschilderten Kopfverletzung und einer durch die Sektion genauer festgestellten, diffus gliomatösen Großhirninfiltration, Ependinom mit Kleinhirnmastase. Verff. betrachten den Unfall wenigstens als Mitursache.

Pfister (Bad Sulza).^o

Nussbaum, Rudolf: Hirntumor und Trauma. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Begutachtung. (*Univ.-Ohren-Hals-Nasen-Klin., Frankfurt a. M.*) *Arch. Ohr- usw. Heilk.* 128, 129—140 (1931).

Verf. gibt eine Übersicht über die bisherige Literatur, weist auf die Differenzen der Anschauungen hin, fordert, daß die Gewalteinwirkung um ein Erhebliches stärker gewesen sein muß als man sie im täglichen Leben und in Betrieben mit ihren unendlich häufigen kleinen Unfällen erlebt. In diesem Zusammenhang wird auch betont, daß man dem Grundsatz „in dubio pro reo“ (1) weitgehendst Rechnung trage. Im allgemeinen ist den Bedingungen von Lubarsch und Thiem zu folgen. Doch folgt meist ein Latenzstadium von meist sehr erheblicher Dauer; Bau, Art und Größe des Tumors brauchen nicht im Verhältnis zum Trauma zu stehen. Ein Fall wird mitgeteilt, in dem der Zusammenhang abgelehnt wird, die angeschuldigten Traumen sind schon Initialsymptome des Tumors, Kopfschmerzen bestanden schon $\frac{1}{2}$ Jahr lang vor einem Kopfunfall, dessen Existenz überhaupt zweifelhaft war.

F. Stern (Kassel).^o

Åkerman, J.: Spätergebnisse der Schädelverletzungen nach den Erfahrungen der Reichsversicherungsanstalt. *Sv. Läkartidn.* 1931 I, 513—522 [Schwedisch].

Die Erfahrungen des Verf. zugleich mit statistischen Aufzeichnungen des schwedischen Reichsgesundheitsamtes lehren uns, daß von 1511 Schädelverletzungen etwa die Hälfte (56%) eine *Commotio cerebri* darstellen. In 44% der Fälle war eine *Fractura cranii* vorhanden, 18% der Fälle starben im Anschluß an den Unglücksfall, und zwar 5% mit Hirnverletzung, 35% mit Schädelbruch. $\frac{2}{3}$ der gesamten Fälle waren milde und wurden nach 1—2 Monaten teils arbeitsfähig, teils ganz geheilt. 15% waren mittelschwer, von denen 9% eine *Commotio*, 23% eine Schädelfraktur hatten. Von den Kranken mit *Commotio cerebri* erhielten $\frac{2}{3}$ als anerkannte Invaliditätentschädigung eine lebenslängliche Rente; von den Kranken mit Schädelbruch erreichten $\frac{3}{4}$ das gleiche Ziel und gar bei Basisfrakturen erhielten 83% und mehr eine definitive Lebensrente. Die Hälfte, die Lebensrente erhielten, bekam bis und unter 25%. 8 von den 1238 überlebenden Kranken waren untauglich zur Arbeit jeder Art und erhielten 100%, das sind nur 0,6% der gesamten Verletzten und von den 166 mit definitiver Lebensrente waren nur 8 völlig unfähig zu jeder Arbeit, das sind 5%. Die Untersuchungen lehren, daß die Folgen der Schädelverletzungen viel weniger deletär sind, als man bisher annahm und erwarten sollte, da nur 6,4% der Überlebenden mit *Commotio cerebri* und nur 26% derjenigen mit Schädelfraktur einen dauernden Schadenersatz erhielten.

S. Kalischer (Charlottenburg).^{oo}

Macaggi, Domenico: Sulla encefalite letargica infortunio del lavoro. (Über die lethargische Encephalitis als Arbeitsunfall.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Genova.*)

(*Budapest*, 2.—8. IX. 1928.) Contrib. dell'Italia al V. Congr. internaz. med. per gli infortuni del lavoro ecc. 2, 545—554 (1929).

Anlässlich einer Entscheidung des Römischen obersten Kassationsgerichtes zugunsten der Anerkennung der epidemischen Encephalitis als Arbeitsunfall (es handelte sich um einen Matrosen, welcher auf einer Dienstreise in einem Hafen des Schwarzen Meeres an der dort gerade epidemisch herrschenden Encephalitis erkrankte) sucht Verf. entgegen Raneletti zu begründen, daß die epidemische Encephalitis unter gewissen Umständen tatsächlich die Ursache eines Arbeitsunfalles im Sinne des italienischen Gesetzes werden kann. *Imber.*°°

Petrò, Francesco: Parkinsonismo post-encefalico tardivo e suoi rapporti col trauma cranico. (Postencephalitischer Spätparkinsonismus und seine Beziehungen zur Schädelverletzung.) (*Osp. Prov. Psichiatr., Brescia.*) *Minerva med.* (Torino) 1931 I, 800—804.

Schädelverletzungen können parkinsonistische Bilder verursachen: 1. durch Blutungen in die Stammganglien, 2. durch Virulenzsteigerung der Erreger einer vorangegangenen Enc. lethargica, die im ausgetretenen Blut und im allergisch umgestimmten Nervengewebe einen geeigneten Nährboden finden. Ein ursächlicher Zusammenhang von Trauma und Parkinsonismus ist nur anzunehmen, wenn andere ätiologische Momente auszuschließen, das Trauma schwer, Brückensymptome nachweisbar und die Zeit zwischen Unfall und Beginn des Syndroms nicht zu lang und nicht zu kurz waren. Für die lange Latenzperiode des immer noch pathogenen Enc. lethargica-Virus spricht ein Fall des Verf., der 9 Jahre lang von seiner Encephalitis geheilt schien und dann nach einem röntgenologisch nachweisbaren Hinterhauptsbruch gleichseitige labyrinthäre Taubheit, die für extrapyramidale Erkrankungen charakteristischen Störungen der Pupillen, des Tonus, der Motilität der Sprache, zunächst auch Zeichen des Meningismus und erhöhten Hirndrucks mit deliröser Verwirrtheit zeigte, während später eine Charakterveränderung (mißtrauisch, drohend) sich ausbildete. *Kastan* (Hamburg).

Pommé, B., et R. Liégeois: Au sujet de l'étiologie traumatique du syndrome parkinsonien. (Zur traumatischen Ätiologie des Parkinsonsyndroms.) (*Soc. de Neurol., Paris*, 5. II. 1931.) *Revue neur.* 38, I, 224—229 (1931).

Ein 46jähriger Mann erlitt im Kriege in seinem 33. Lebensjahre eine Schädelverletzung mit einem 2:2 cm messenden Defekt im Schläfenbein; 2 Monate danach bemerkte er Zittern in den Händen, im Laufe der Jahre bildete sich eine vorwiegend linksseitige Paralysis agitans aus. Bei einem 36jährigen Infanteristen entstand ein ähnliches Krankheitsbild nach einem im Kriege erworbenen Schädeldefekt des rechten Hinterhauptbeines im 22. Lebensjahre. Da sich eine Infektion ausschließen ließ, auch die vegetativen Symptome des postencephalischen Parkinsonismus fehlten, wird die Ursache des Parkinsonsyndroms in der Schädelverletzung gesehen, welche möglicherweise zu feinen Hämorrhagien in den Linsenkernen geführt haben könnte.

Hallervorden (Landsberg a. d. Warthe).

Lemierre, A., E. Boltanski et L. Justin-Besançon: Les polynévrites alcoolo-tuberculeuses. (Die alkohol-tuberkulösen Polyneuritiden.) *Rev. Méd.* 48, 343—371 (1931).

Bei Individuen, die sicher Alkoholisten und daneben offenkundig tuberkulös sind, sind Polyneuritiden häufig. Es existiert ein klinischer Symptomenkomplex, welcher den Namen Polyneuritis alcoholo-tuberculosa verdient. Verff. fanden dies Syndrom fast ausschließlich bei Frauen, und zwar unter 40 Jahren. Verff. unterscheiden folgende Gruppen: 1. Primäre Alkoholneuritis, späteres Auftreten der Tuberkulose (2 Fälle werden mitgeteilt); 2. gleichzeitiges Auftreten der Polyneuritis und der Tuberkulose (9 Fälle); 3. primäre Tuberkulose, späteres Auftreten der Polyneuritis (7 Fälle). Die alkohol-tuberkulöse Polyneuritis fand sich fast immer bei Plätterinnen, Köchinnen, Arbeiterinnen in Hüttenwerken, Kellnerinnen, Weinverkäuferinnen, Taucherinnen, d. h. also bei Frauen, bei deren Beruf Alkoholgenuß gewöhnlich übermäßig ist. Sie stellt also eine Berufskrankheit dar. Der Allgemeinzustand ändert sich stark: es tritt Abmagerung, allgemeiner Muskelschwund, starke Müdigkeit, Fieber, profuser Schweiß auf. Dazu: intellektuelle Schwäche, ausgesprochene psychische Störungen, Korsakoff, nächtliches Aufschrecken, Zoopsie, Träume, Wadenkrämpfe, Händezittern, Verschleimung, Lebercirrhose, Lebervergrößerung, Ikterus, Urobilinurie. Der Liquor zeigte sich normal. Gewöhnlich handelte es sich bei der Tuberkulose um eine solche der Lungen (ulcero-käsige Form). Nicht selten fanden sich bei der Autopsie Miliar-

tuberkel in den Nieren oder in der Leber, zuweilen tuberkulöse Granulationen nur in den Lungen, seltener zeigte sich eine Pleuritis, Peritonitis, Pleuroperitonitis, die zum Exitus führten. Zuweilen bleiben die tuberkulösen Erscheinungen lange Zeit latent. Dauerndes Fieber bei einer Frau mit Alkoholneuritis legt aber immer den Verdacht auf begleitende Tuberkulose nahe; in solchen Fällen ist immer die Lunge zu röntgen. Die Prognose der alkohol-tuberkulösen Polyneuritis ist ernst, meist tritt nach wenigen Wochen der Tod an Marasmus und schwerster Kachexie auf, vorher beherrschten psychische Störungen das Krankheitsbild. Nur bei 2 Frauen trat Besserung ein, alle anderen kamen zum Exitus. Die Tuberkulose spielt eine sehr wichtige Rolle bei der Auslösung der Alkoholneuritis. Andererseits lösen bei Tuberkulosekranken die verschiedensten Intoxikationen (Kreosot, Arsen, Alkohol) Neuritiden aus. Auch Traumata (künstlicher Pneumothorax z. B.) kommen ätiologisch in Betracht. Bei den alkohol-tuberkulösen Polyneuritiden spielt der chronische Alkoholismus die erste Rolle. Polyneuritiden von rein tuberkulösem Ursprung sahen die Verf. nicht, Fälle aber, wo Tuberkulose und Alkohol zusammen die Neuritis verursachen, häufig.

Kurt Mendel (Berlin).^o

Perrando, Gian Giacomo: Alcool e tabacco in relazione alle assicurazioni sociali. (Alkohol und Tabak in Beziehungen zur sozialen Versicherung.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Genova.*) (*4. congr. dell' Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.*) Arch. di Antrop. crimin. **50**, 1599—1602 (1930).

In Italien ist die Invalidität zu etwa 50% auf Erkrankungen des Gefäßapparates zu beziehen. Besonders hoch ist die vorzeitige Invalidität in jenen Provinzen, in denen viel geraucht und getrunken wird, wie in Ligurien, Piemont und Venetien. Als Vorbeugungsmittel sollten daher den Industriearbeitern in den Fabriken reichlich alkoholfreie Getränke zur Verfügung gestellt werden.

Gg. Strassmann (Breslau).

Wiegand: Versicherter Entnahme von Rückenmarkflüssigkeit nicht zu dulden. Z. ärztl. Fortbildg **28**, 232 (1931).

Das RVA. hat im Gegensatz zu den Vorinstanzen (dem Versicherungsamt und dem Oberversicherungsamt) entschieden, daß die Entnahme von Rückenmarksflüssigkeit nicht zu den Eingriffen gehört, die das Krankenkassenmitglied zu dulden hat. Die Krankenkasse hat deshalb nicht das Recht, dem verweigernden Kassenmitglied die Krankenhilfe zu versagen. Der § 1306 der RVO. kommt nicht zur Anwendung. Das RVA. hat diese Entscheidung getroffen mit Rücksicht auf die grundsätzlich festgestellte Tatsache, daß Rentempfänger die Vornahme der Lumbalpunktion nicht zu dulden brauchen (Amtl. Nach. d. RVA. **24**, 215, Nr 89).

Heller (Charlottenburg).^o

Leu, A.: Vortäuschung eines Krankheitsbildes durch Medikamentenmißbrauch. (*Heil- u. Pflegeanst., Sachsenberg.*) Allg. Z. Psychiatr. **95**, 45—47 (1931).

Kasuistik. Fall von encephalitisverdächtigem Syndrom in der Anamnese eines Mannes, der einen Tag nach Aufnahme zur Begutachtung plötzlich benommen ist. Bewegungen schlaff. Gesicht bleich, Gang taumelnd. Pupillen reagieren kaum auf Lichteinfall und Nahblick. Patellarklonus beidseits. Puls 120—140. Angeblich große Schmerzen bei passiven Bewegungsversuchen im Hüftgelenk, dabei war Sitzen und Aufstehen ohne Hilfe möglich. 8000 Leukozyten. Bei Durchsuchung der Kleider fanden sich zwei angebrochene Rollen Veramon, zwei angebrochene Rollen Coffetylen, eine Rolle Phanodorm. 5 Tage später keine Anhaltspunkte mehr für organisches Nervenleiden. Seit 1928 hatte dieser Simulant (1921—1928 D.B. wegen Tbc., die inzwischen ausgeheilt war) den Rentenkampf geführt. Im Winter 1930 stellte ein Nervenarzt die Diagnose Encephalitis mit 100% Erwerbsminderung auf Grund ähnlicher Symptome, die sich nach mehrwöchentlicher Krankenhausbehandlung besserte. Hinweis auf Wichtigkeit genauer Kontrolle in Begutachtungsfällen.

A. Friedemann (Weil a. Rh.).

Brandis, W.: Entlarvung einer durch falsche Diagnose bestärkten Simulantin. Med. Klin. **1931 I**, 22—24.

Kasuistische Mitteilung, die keine neuen Gesichtspunkte bringt. Verf., der Jurist ist, gibt Auszüge aus den verschiedenen, im Verfahren entstandenen Gutachten wieder. Der ursprünglich dem Rentenverfahren zugrunde liegende vermeintliche Schädelbruch ist sehr wahrscheinlich auch schon vorgetäuscht gewesen.

Panse (Berlin).^o

● **Schibler, W.: Über Selbstverletzungen und künstliche Wundunterhaltung zur illegitimen Obtention von Versicherungsleistungen.** (Fälle der Schweizerischen staat-

lichen und privaten Unfallversicherungen.) (H. Unfallheilk. Hrsg. v. M. zur Verth. H. 9.) Berlin: F. C. W. Vogel 1931. 77 S. RM. 4.80.

Die Fülle der Versicherungsbetrüge, die zweifellos eine Folge der sozialen Notlage ist, lenkt immer mehr das Interesse der Kriminalisten und Ärzte auf dieses Problem. Daß auch die von der Wirtschaftskrise anscheinend weniger betroffenen Länder mit dem Faktor des Versicherungsbetruges erheblich zu rechnen haben, beweist diese schweizer kasuistische Arbeit. Im ersten Teil wird die historische Entwicklung beschrieben, eine größere Kasuistik fällt der Kriegsteilnehmerverstümmlung zu; die einzelnen Arten der betrügerischen Verletzungen werden differentialdiagnostisch erörtert (Ätzungen, Amputationen, Klopfödem, Wundschädigungen, Ohrenschädigungen, Strangulationsödem, Harnröhrenschädigungen und Schußverletzungen). Auch die Psychologie und die der Psychiatrie angrenzenden Möglichkeiten werden gestreift; gerade hier scheint noch Neuland zu liegen. Jedenfalls geht aus der Arbeit hervor, daß das Wesen des Versicherungsbetruges jedem Arzt, insbesondere aber dem Psychiater und Gerichtsarzt vertrauter werden muß als es bis jetzt der Fall war.

Leibbrand (Berlin).

● **Kurzes Handbuch der Ophthalmologie.** Hrsg. v. F. Schieck u. A. Brückner. Bd. 4. **Conjunctiva. Cornea. Sklera. Verletzungen. Berufskrankheiten. Sympathische Erkrankung. Augendruck. Glaukom.** Berlin: Julius Springer 1931. XII, 874 S. u. 463 Abb. RM. 165.—

Cramer, E.: Die Verletzungen und Berufskrankheiten des Auges einschließlich ihrer Entschädigungen. S. 434—589 u. 29 Abb.

Der in dem Titel bezeichnete Wissensstoff ist an Hand eines noch von Cramer geschaffenen Manuskriptes bearbeitet worden. Die Darstellung ist kurz aber vollständig und besonders übersichtlich. Schöne Abbildungen beleben den Text. Eingehenderes Studium wird durch genügende Literaturhinweise am Schlusse der einzelnen Kapitel erleichtert.

F. Jendralski (Gleiwitz).

Riechi, Gino: Piccole perdite di visus in occhi ambliopici. (Geringfügige Einbußen des Sehvermögens in amblyopischen Augen.) (*4. congr. dell' Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.*) Arch. di Antrop. crimin. 50, 1617—1620 (1930).

19jähriger Arbeiter, der vor einigen Jahren nach einer Staroperation am rechten Auge mit einer Sehleistung von 1,5/10 (unkorrigiert) entlassen worden war, wurde an demselben Auge durch einen Eisensplitter verletzt. Am linken Auge normaler Visus. Im Anschluß an die Verletzung hatte sich eine Iridocyclitis entwickelt, die das Sehvermögen auf 0,2/10 reduzierte. Nach Diskussion der verschiedenen Möglichkeiten der Begutachtung billigt Verf. dem Verletzten eine Unfallrente von 13,33% zu, und zwar auf Grund folgender Erwägung: Der Arbeiter hatte vor der Verletzung — das rechte Auge als Reserve gerechnet — eine Erwerbsfähigkeit von 70, nach der Verletzung verblieben ihm 65. Der Verlust beträgt demnach 5/70, er muß daher im Verhältnis von 13,33% seines Arbeitslohnes entschädigt werden.

Horniker (Triest).

Satanowsky, Paulina: Zwei Fälle von hysterischer Amaurose bei Männern mit Heilung durch Suggestion und ein Fall von unbeeinflusst bleibender simulierter Amblyopie. Arch. Oftalm. Buenos Aires 6, 245—249 (1931) [Spanisch].

Unter den hysterischen Störungen des Sehorgans sind häufiger die motorischer Ordnung (Spasmen, Paralysen) und die sensitiver (Anästhesie, Hyperästhesie), als diejenigen sekretorischer und sensorischer. Die sensorischen Störungen betreffen die verschiedenen Arten des Sehens (Amblyopie, Amaurose, zentrale Skotome, konzentrische homonyme Hemianopsien, Ermüdungskurven nach Wilbrand usw.). Die Amblyopien sind häufiger als die Amaurosen. Sind diese hysterischen Störungen der zentralen Sehschärfe beiderseitig, so kann nur die Beobachtung von kleinen Einzelheiten des psychischen Verhaltens des Erkrankten zur Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Simulation führen. Während der Hysteriker seine Heilung sucht und den Arzt hierbei zu unterstützen strebt, zeigt der Simulant das geringste Interesse, verwickelt sich oft in Widersprüche und erzählt immer wieder von dem angeblichen Unfall, der zur Erblindung geführt haben soll. Schwieriger wird die Differentialdiagnose bei Hysterie und Trauma. Die Hysterie ist nach Ansicht der Verf. vom Willen unabhängig, durch einen Nervenschock entstanden und bedarf zur Heilung eines Nervenschocks (Suggestion). Es werden 2 Fälle von Hysterie gebracht.

Im Fall 1 verliert ein 22jähriger Patient nach dem Tode seines Vaters plötzlich das Sehvermögen völlig. Objektiver Augenbefund normal. Nach Atropineinträufelung steigt das Sehvermögen auf $\frac{2}{3}$ resp. $\frac{1}{3}$. — Im Fall 2 will ein 17jähriger Patient infolge einer Diskussion

bei der Arbeit nach 20 Stunden erblindet sein. Amaurose. Augen normal. Nach Zinkeinträufelung (1%) schließlich Visus 1,0 beiderseits. — Bei einem 3. Fall handelt es sich um simulierte beiderseitige Amblyopie. Ein 26-jähriger Arbeiter behauptet, seit ca. 3 Monaten nichts mehr zu sehen. Wie er angibt, sei ihm bei der Arbeit etwas ins Auge geflogen. Doch konnte weder ein Fremdkörper noch eine Verletzung nachgewiesen werden. Augenärztlicherseits wurde die Diagnose auf hysterische Amblyopie gestellt, da Patient Licht wahrnehmen soll. Patient zeigt sich mißtrauisch und antwortet sehr ungern. Die Augen sind äußerlich und innerlich normal. Die Pupillen reagieren prompt. Visus: Nur Lichtwahrnehmung. Nach verschiedenen Untersuchungen, wie versuchte Anwendung von Hochfrequenzstrom im Dunkelzimmer, gelingt es, den Patienten so weit zu entlarven, daß er Licht in 5 m Entfernung wahrnimmt und sich allein im Zimmer zurechtfindet. Da die Suggestionstherapie hier keinen Erfolg zeitigte, betrachtet Verf. diesen Patienten als einen wirklichen Simulanten. *Kassner* (Gelsenkirchen).

Antonini, Augusto: Sopra un caso di sindrome di Bernard-Horner da infortunio del lavoro. (Über einen Fall von Bernard-Hornerschem Syndrom nach Betriebsunfall.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Firenze.*) (4. *congr. dell'Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna*, 2.—4. VI. 1930.) *Arch. di Antrop. crimin.* 50, 1399—1415 (1930).

Eine 19-jährige Arbeiterin verletzte sich mit einer Glasflasche in der Gegend der linken Carotis. Nach 6 Tagen wurde eine Nervennaht des linken Hals-sympathicus ausgeführt, der am unteren Rande des ganglion cerv. med. vollständig abgeschnitten war. In der Folgezeit bildete sich mehr und mehr ein vollständiges Syndrom der linken Gesichtshälfte heraus mit deutlicher Asymmetrie der Gesichtshälften, indem die rechte weiterwuchs, die linke in der Entwicklung zurückblieb. Da über Beeinträchtigung des Visus des linken Auges erst 2 Jahre nach dem Unfall Klage erhoben wurde, kam eine Entschädigung dafür nicht mehr in Frage, für die übrigen durch das Syndrom bedingten Schädigungen war eine Entschädigung von 8% bewilligt worden.

Heinz Kockel (Frankfurt a. M.).

Zur Nedden: Netzhautablösung als Unfallfolge. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 86, 496 bis 505 (1931).

Die Frage, inwieweit indirekte Verletzungen des Auges (Erschütterung des Kopfes, des Körpers) zur Netzhautablösung Anlaß geben können, ist noch umstritten. Leber war der Ansicht, daß nur sehr starke Erschütterungen diese Wirkung haben könnten, während in neuerer Zeit manche Augenärzte, gestützt auf die Untersuchungen von Hanssen und Vogt (Entartung und Cystenbildung der Netzhautperipherie bei Kurzsichtigkeit, im Alter) glauben, daß schon geringfügige Erschütterungen (Stolpern, Autofahren) zu Einrissen und zur Ablösung der Netzhaut führen können. zur Nedden teilt nicht die Ansicht von Vogt und Gonin über die ursächliche Bedeutung der Netzhautrisse für die Netzhautablösung und hält die Risse für Folgeerscheinungen der Abhebung. Auch der therapeutische Erfolg der Goninschen Kaustik scheint ihm nicht von ausschlaggebender Beweiskraft. Man sollte für die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhanges vielmehr auf die klinische Erfahrung zurückgreifen. zur Nedden weist auf das Ergebnis eines einfachen Versuches hin: In einem geschlossenen, mit Wasser gefülltem Gefäß, geraten spezifisch schwerere Teilchen (z. B. an einem Faden aufgehängte Netzhaut) nicht in Bewegung bei Erschütterung, sofort aber bei Neigung des Gefäßes. Da Fernschädigungen der Netzhaut bei schweren Gehirnerschütterungen beschrieben worden sind, so wird man bei wirklich schweren Erschütterungen des Kopfes auch den Zusammenhang zwischen Unfall und Netzhautablösung nicht ablehnen können. Körperliche Anstrengungen kommen nur dann als Ursache für eine Netzhautablösung vielleicht in Frage, wenn wirklich eine über das gewöhnliche Maß hinausgehende Kraftentfaltung besonders in gebückter Stellung stattgefunden hat. An 4 kurz berichteten Fällen zeigt zur Nedden, wie erhebliche Quetschung auch das disponente, kurzsichtige Auge erleiden kann, ohne an Netzhautablösung zu erkranken. Wesentliche Beachtung verdient auch der Nachweis zeitlichen Zusammenhanges zwischen indirekter Verletzung des Auges und Netzhautablösung. Wenn ein solcher Zusammenhang anerkannt werden soll, dürfen höchstens Tage verstrichen sein, bis die ersten Zeichen sich bemerkbar machen. Die Angaben der Erkrankten und der Zeugen sind oft ganz unzuverlässig. — Im ganzen werden die Fälle selten sein, in welchen der ursächliche Zusammenhang zwischen indirekter Verletzung des Auges und Netzhautablösung als wahrscheinlich bezeichnet werden kann. Das Reichsversicherungsamt hat

aber schon in einigen Fällen eine belanglose Erschütterung des Kopfes bei Kurzsichtigkeit als Ursache der Netzhautablösung anerkannt auf Grund von ärztlichen Gutachten, die sich auf die Arbeiten von Gonin, Hanssen, Vogt stützten. Diese Entscheidung hält zur Nedden für ein Fehlurteil, das nun aber immer wieder zur Begründung in ähnlichen Fällen wird herangezogen werden. Man sei verpflichtet, gegen irrige ärztliche Auffassungen, welche die Grundlage solcher Entscheidungen bilden, anzukämpfen. (Vgl. a. diese Z. 14, 61 [Vogt].) *Jendralski* (Gleiwitz).

Mayer, Karl: Die Beurteilung der Fahrdienstfähigkeit bei isolierten Pupillenstörungen (Spätneurosyphilis.) (*Abt. u. Poliklin. f. Nervenkrankte, Städt. Krankenh. [Sandhof], Frankfurt a. M.*) Dtsch. med. Wschr. 1931 I, 547—549.

Jede Pupillenstörung ist auf Neurosyphilis in hohem Maße verdächtig. Zu unterscheiden ist, ob es sich nun um einen alten, abgeschlossenen hirsyphilitischen Prozeß, eine Narbe, handelt, oder ob noch ein floride Hirnsyphilis bzw. ob eine Paralyse oder Tabes im Anzug ist. Die Liquoruntersuchung wird hierauf die Antwort geben. Verweigert Patient die Lumbalpunktion, so haben wir keine Möglichkeit, bei isolierter Pupillenstörung mit oder ohne positiven Blut-Wassermann einen fortschreitenden cerebralen syphilitischen Prozeß mit Sicherheit auszuschließen. In einem solchen Falle können wir nicht die Verantwortung übernehmen, den Betroffenen im Fahrdienst zu belassen oder ihn neu zuzulassen. Bei negativem Liquor können wir dies tun, bei positivem liegt ein aktiver Prozeß vor und wir müssen die Weiterverwendung bzw. Anstellung im Fahrdienst ablehnen. Nur „geheilte“ liquorsanierte Spätsyphilitiker sind evtl. zum Fahrdienst wieder zuzulassen. „Es kann auch neurologischerseits nur dringend der von anderer Seite (Mühsam, Birkholz, Lustig) erhobenen Forderung nach regelmäßiger Nachuntersuchung der Kraftwagenführer beigetreten werden. Sie sollte sich nicht nur auf die Sehschärfe, das Farbenunterscheidungs- und Hörvermögen erstrecken, sondern es muß eine vollständige Allgemeinuntersuchung verlangt werden.“

Kurt Mendel (Berlin).

Nager, F. R., und L. Rüedi: Zur Kenntnis des elektrischen Ohrunfalles. (*Otolaryngol. Klin., Univ. Zürich.*) Schweiz. Z. Unfallmed. 25, 162—171 (1931).

Kurzen Auszügen aus 10 Fällen der Literatur fügt Nager eine eigene neue Beobachtung hinzu: Es handelt sich um eine langsam zunehmende Schwerhörigkeit von nervösem Charakter. N. unterscheidet die Gruppen direkter und indirekter Ohrverletzung durch den Strom. Neben den Schädigungen durch Blitzschlag stehen die durch Industriestrom, die wohl im Prinzip gleicher Natur seien; beide Entladungsformen haben nur selten Ohrschädigungen — soweit bekannt, Ref. — herbeigeführt; ein etwa durch akustische oder mechanische Wirkung hervorgebrachter Anteil muß abgegrenzt werden — unbeschadet auch seines Zusammenhanges mit dem Unfall. Zur Anerkennung des elektrischen Traumas fordert N., daß nachweislich vorher keine Schwerhörigkeit bestanden habe, daß diese Innenohrcharakter trage und jede andere Ursache ausgeschlossen werden kann. Unter diesen Bedingungen könne auch das späte Eintreten der Schädigung als Folge des Elektrounfalles anerkannt werden. Man müsse diese indirekten Folgen auffassen als vasomotorisch bedingte Veränderungen in der Nervensubstanz, wie sie Jellinek nachgewiesen habe und sie in den spinal-atrophischen sekundären Schädigungen von Panse angenommen wurden. Sie unterscheiden sich von den direkten Stromverletzungen, bei denen sich durch die Nekrosen auch Eiterungen im Mittelohr oder am Felsenbein mit schwersten Komplikationen entwickeln können. Die Prognose ist speziell bei den „Fernwirkungen“ äußerst vorsichtig zu stellen.

Klestadt (Magdeburg).

Goerke, Max: Zur Pathogenese und Klinik der traumatischen Innenohrschädigungen. (*Abt. f. Ohren-, Nasen- u. Halskrankte, Allerheiligen-Hosp., Breslau.*) Z. Laryng. usw. 20, 363—374 (1931).

Verf. weist darauf hin, daß die erste Begutachtung durch den Ohrenarzt noch oft genug unterschätzt wird. Zum Teil trägt dazu der Umstand bei, daß die Ohrenerschei-

nungen zunächst von anderen Krankheitserscheinungen in den Hintergrund gedrängt werden, zum Teil ihre häufig scheinbare Latenz an sich. Bei den Brüchen muß die Eigentümlichkeit beachtet werden, daß der Felsenbein genannte Knochen gerade schwache Stellen, z. B. am Tegmen besitzt, die leichte, unter Umständen nur isoliert springen und daselbst die Labyrinthkapsel spröde ist. Eine mikroskopische Prüfung darf eigentlich nicht bei Vorhandensein einer schwachen Labyrinthschädigung ausgeschlossen werden. Er weist darauf hin, daß entsprechend Brunners Tierversuchen auch an Menschen anscheinend durch verhältnismäßig geringgradige Verletzungen, von denen man kaum eine *Commotio cerebri* erwarten könne, anatomisch und auch klinisch nachweisbare feine Veränderungen hervorgerufen werden können, die ihren Sitz nicht in den Sinneszellen haben zu brauchen, sondern im zentralen Nervensystem oder an den Gefäßen. Von derartigen „akuten“ Traumen glaubt Verf. „chronische“ aus praktischen Gründen unterscheiden zu müssen. Zu ihr gehören die bekannten Berufsschädigungen. Verf. ist der Ansicht, daß nach den Erfahrungen in Versuch und Klinik bei einigermaßen groben Traumen eine vestibulare Schädigung nicht ausbleibe; man müsse nur eingehend danach forschen. Das Gemeinsame für die schädliche Einwirkung bei Cochlearis und Vestibularis liegt in dem Faktor der Endolymphe. Diese reagieren nämlich bei hörbaren oder nichthörbaren Luftbewegungen, als die unter allen Sinnesorganen allein dazu geeigneten Organe. Man muß daher die rein molekular wirksame Erschütterung ebenfalls als adäquaten Reiz ansehen. Danach ist ihre Wirkung auch für die Auffassung der Berufs- und Gewebekrankheiten des Organes mit zu berücksichtigen. Von kurzdauernden Einwirkungen können sich sowohl Cochlearis wie Vestibularis wieder vollständig erholen. Es ist von dispositioneller Bedeutung für die Einwirkung der Traumen, ob Innen- bzw. Mittelohr sich im normalen oder in einem pathologischen Zustand befinden; vermutlich bedeutet die Norm einen Schutz. *Klestadt* (Magdeburg).

Wedard, Vittorio Martin: Morte asfittica tardiva in individuo gassato di guerra. (Asphyktischer Spätod eines während des Krieges Gasbeschädigten.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Roma.*) *Zacchia* 9, 85—91 u. 95 (1930).

Bericht über den im Februar 1930 erhobenen Obduktionsbefund eines 30jährigen unter Asphyxieerscheinungen plötzlich verstorbenen Bauern, welcher im Jahre 1917 eine Kriegsgasvergiftung (vermutlich durch Phosgen) erlitten hatte. Gefunden wurde ein stark erweiterter Thorax in Inspirationstellung mit Tiefstand des Zwerchfelles, besonders rechts; beiderseitige mittelmäßige Pleuraverwachungen, mäßige Dilatation und Hypertrophie des rechten Herzens; in den Herzhöhlen wenig, vorwiegend flüssiges Blut. Lungen voluminös stark vergrößert, Lungen, besonders die rechte, stark gebläht, blaß, von federkissenartiger Konsistenz. Unter dem Lungenfell rechts hinten linsengroße Ekchymosen. Passive Hyperämie von Leber und Nieren. Mikroskopisch: Teils unregelmäßige erweiterte Alveolen mit verdünnten Septen, teils Ektasien der feinen Bronchien mit Verdünnung der Wandungen, jedoch infiltrierter Mucosa und Submucosa, teils wieder Vermehrung des Bindegewebes und Verdickung der Gefäße, hauptsächlich deren Adventitia. Capillaren stellenweise geschlängelt, bluterfüllt. Vorgeschichte: Nach der Gasvergiftung Krankenhausbehandlung, welche wegen schwerer Respirationsstörungen öfters wiederholt werden mußte und stets von längerdauernden Remissionen gefolgt war. Nach Kriegsschluß Zuerkennung einer Invalidenpension, die später aber entzogen wurde. Vollständig arbeitsunfähig wollte er persönlich im Kriegsministerium Schritte zur Erlangung einer Unterstützung vornehmen, wurde beim Verlassen des Eisenbahnwagens von heftigem Unwohlsein ergriffen und verschied während des Transportes ins Krankenhaus unter Erstickungserscheinungen. Sich auf die Literaturangaben bezüglich Früh- und Spätfolgen der Gasvergiftung stützend, nimmt Verf. das Bestehen eines ursächlichen Zusammenhanges von Kriegsbeschädigung und erfolgtem Tode an, findet, daß die Verleihung der Invaliden- und später Witwenpension angebracht war. Die Entziehung der Invalidenpension sei vielleicht auf einen Trugschluß während einer längerdauernden Remission zurückzuführen, daher wird statt einer summarischen Invalidenuntersuchung eine „gewissenhafte und intelligente“ Beobachtung empfohlen. *Kornfeld* (Novi Sad).

Stocké, Achilles: Gewerbemedizinische Erfahrungen mit dem Anstrichmittel „Inertol“ 49. (*Abt. f. Gewerbekrankh., Kaiserin Auguste Viktoria-Krankenh., Berlin-Lichtenberg.*) *Arch. Gewerbepath.* 2, 99—104 (1931).

„Inertol“ ist ein Schutzanstrich für Gegenstände, die mit Wasser in Berührung kommen (Wasserbehälter, Wasserleitungsrohre u. a.). Es sind zahlreiche Fälle von

Vergiftung durch Einatmung von Inertoldämpfen vorgekommen, von denen einige tödlich verliefen. Das Mittel reizt stark und ruft daher lokal Conjunctivitis und Augentränen, Hustenreiz, Lungenstiche und in schwereren Fällen bzw. bei vorhandener Disposition Ekzem hervor; wichtiger sind die allgemeinen Vergiftungserscheinungen, besonders die starke narkotische Wirkung (Kopfschmerz, Übelkeit, Erbrechen, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, rauschartige Zustände, Bewußtlosigkeit mit tödlicher Lähmung des Atemzentrums). Ferner beobachtete Verf. schwere Nierenschädigung (kaffeebraune bzw. blutige Verfärbung des Harns, Schmerzen in der Nierengegend, erschwertes Harnlassen), die auf das im Inertol vorhandene Xylol und Toluol zurückzuführen sind. Verf. tritt für allgemeine Deklarationspflicht von Giften ein. *Kurt Steindorff.*

Baecchi, Brunetto: Di un caso singolare di morte improvvisa sul lavoro. (Über einen sonderbaren Fall von plötzlichem Tod bei der Arbeit.) (*4. Congr. dell' Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.*) Arch. di Antrop. crimin. 50, 1329—1338 (1930).

Ein 43jähriger Tischler wurde neben der von ihm bedienten, mechanisch betriebenen Hobelbank am Boden liegend bewußtlos aufgefunden und starb nach wenigen Augenblicken. Verf. vermutet als Todesursache reflektorischer Herzstillstand durch Shockwirkung, der durch Anprallen eines von der Maschine weggeschleuderten Stückes Holz gegen den Unterleib hervorgerufen wurde. Spuren eines solchen Stoßes waren nicht feststellbar. Bei der Sektion fand sich das Herz leicht hypertrophisch, nirgends arteriosklerotische Veränderungen. Andere Todesursachen waren nicht ersichtlich. *Heinz Kockel (Frankfurt a. M.).*

Schatz, Wilh.: Fahrlässigkeit, Sabotage oder Unglücksfall? Durch chemische Analyse aufgeklärt. Arch. Kriminol. 89, 52—56 (1931).

Die Mitteilung bringt einen gewerbepathologisch sehr bemerkenswerten Vergiftungsvorgang.

In einer chemischen Fabrik waren 2 Arbeiter in kesselartigen Behältern tot aufgefunden, in denen mit elektrischer Hochspannung Phosphordämpfe (die durch Reduktion von P-haltigem Rohmaterial mit Kohle erzeugt sind) von Kohlenstaub und anderen mechanischen Beimengungen gereinigt werden. Dieser Staub lagert sich auf Bleiplatten, Drähten und Gestänge ab und muß des öfteren durch Ausbürsten entfernt werden. Hiermit waren die beiden Arbeiter an einem sehr kalten Wintertage 1928/29 bei -28° beschäftigt gewesen. Für die Reinigungsarbeiten werden diese Kessel, sog. Cottrels, deren mehrere an einem Reduktionsofen angeschlossen sind, vereinzelt stillgelegt, durch Schieber abgeschlossen und die giftigen Gase, von denen CO vorherrscht, durch sog. Verdrängungsgase, Luftpülungen und eintägiges Offenstehenlassen befreit. Bei dieser Handhabung waren bis dahin keine gesundheitlichen Schädigungen bei den Reinigungsarbeiten entstanden. Der Tod dieser Arbeiter, in deren Blut CO nachgewiesen war, erweckte den Verdacht auf Fahrlässigkeit (bei der Handhabung des Abschlusses nach den noch in Betrieb stehenden Nachbarcottrels) bzw. auf einen Sabotageakt. Diese Vermutungen konnten ausgeschlossen werden, da einmal die Arbeiter bereits $1\frac{1}{2}$ Stunden die Reinigungstätigkeit verrichtet hatten, die Gase also nicht von vornherein im Cottrel gewesen sein konnten und da ferner das Öffnen der Schieber aus Sabotagegründen wegen der damit verbundenen erheblichen Geräusche rechtzeitig die Arbeiter gewarnt hätte. Durch chemische Analyse ließ sich nachweisen, daß der Cottrelstaub bei leichtem Erwärmen erhebliche Mengen CO und bei leichtem Anfeuchten Phosphorwasserstoff abgab. Daraus wurde geschlossen, daß die in den Cottrelstaub mitgerissene aktive Kohle infolge der außerordentlichen niedrigen Außentemperatur erhöhte Absorptionskraft gegenüber dem auftretenden CO besaß. Dieses wurde dann infolge der langsamen Temperatursteigerung durch die Körperwärme und die Wärme der elektrischen Lampen freigemacht. Außerdem konnte sich unter den gleichen Temperaturbedingungen durch die Atemfeuchtigkeit giftiger PH_3 aus dem im Staub enthaltenen Phosphorcalcium entwickeln. Beides wirkte tödlich und erklärte diesen bemerkenswerten Vergiftungsvorgang als Unglücksfall durch ein außergewöhnliches Zusammenwirken verschiedener Momente. *Schrader (Bonn).*

Buresch, Annemarie: Pneumonokoniose, Berufskrankheit und Entschädigungspflicht. I. Klinischer Teil. (*Med. Abt., Städt. Krankenanst., Mannheim.*) Dtsch. med. Wschr. 1931 I, 1100—1102.

Ausführliche Mitteilung (Klinik, Sektionsbefund) eines Falles von Asbestlunge. Es wird die Forderung erhoben, für die Beurteilung der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bei Silikosen vor allem den klinischen Befund heranzuziehen, da das Röntgenbild mehr ein Maß für die Stärke der Reaktion des Lungengewebes als für die Schwere der Staubkrankheit darstelle. *Krause (Rosbach-Sieg).*

● **Reichmann, V.:** Über die Diagnose und Begutachtung der Silicose. (H. Unfallheilk. Hrsrg. v. M. zur Verth. H. 10.) Berlin: F. C. W. Vogel 1931. 38 S. u. 27 Abb. R.M. 4.80.

Auf Grund eines wohl nur wenigen Ärzten zugänglichen Erfahrungsmaterials von über 6000 Fällen berichtet Reichmann, der Chefarzt der Inneren Abteilung des Krankenhauses Bergmannsheil I, Bochum, über die großen Schwierigkeiten, welche sich bei der Begutachtung der Silikose der Lungen im Sinne der Verordnung v. 11. II. 1929 bzw. der Entschädigung als Berufskrankheit ergeben. Der 1., diagnostische Teil weist auf die symmetrische Lagerung der Veränderungen in beiden Lungen (im Röntgenbilde), auf die großen flächenhaften oder geschwulstförmigen Verschattungen hin, welche das 2. (nach den Autoren das 3.) Stadium als schwere Silicosis charakterisieren. Ferner erörtert er den Zusammenhang zwischen Silikose und Tuberkulose, das Verhalten der Lymphdrüsen, schließlich die auffallend geringen klinischen Symptome, welche oft bei überraschend ausgedehntem röntgenologischem Befund erhoben werden können. Der zweite, der Begutachtung gewidmete Teil betont die großen Schwierigkeiten, welche sich bei der Beurteilung der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit ergeben. Am allergrößten sind sie dort, wo die Frage beurteilt werden soll, ob die Krankheit „wesentlich durch berufliche Beschäftigung nach dem 31. XII. 1919 verursacht ist, wie dies die Rückwirkung der Verordnung vom Jahre 1929 verlangt. Trotzdem bieten die Ausführungen und die beigegebenen Röntgenbildreproduktionen Reichmanns sehr wertvolle Fingerzeige, wie diesen großen Schwierigkeiten beizukommen wäre, wobei allerdings auch von den Juristen verlangt wird, daß sie dem gewissenhaften Arzte diese unbefriedigende Arbeit erleichtern bzw. ihm einen Teil der Verantwortung abnehmen. *Kalmus (Prag).*

● **Husten, K.:** Die Staublungerkrankung der Bergleute im Ruhrkohlenbezirk. (Ergebnisse pathologisch-anatomischer Untersuchungen.) (Prosektur, Knappschaftskrankenh., Essen-Steele.) (Veröff. Gewerbe- u. Konstit.path. Hrsrg. v. L. Aschoff, M. Borst, M. B. Schmidt u. L. Pick. Geleitet v. W. Koch. Bd. 7. H. 2.) Jena: Gustav Fischer 1931. 54 S. u. 4 Abb. R.M. 3.—.

Hustens Erfahrungen bauen sich auf das Ergebnis von 246 Sektionen auf, die ihm besonders nach der Verordnung vom 11. II. 1929 über Gewerbekrankheiten zufielen. 205 mal = 85,4% wurde eine knotige Staublunge festgestellt, zum Teil mit Tuberkulose. 177 Fälle = 73,7% mußten versicherungsrechtlich als schwer gelten. Makroskopisch fand H. bei leichteren Fällen harte, auf dem Schnitt trockene, schwarze bis grauschleifrige Knötchen über die ganze Lunge verstreut bei starkem, alveolärem Lungenemphysem. Die unteren Lungenabschnitte waren verhältnismäßig frei. Die Lymphdrüsen der Hilien sind groß und hart, auf der Schnittfläche schwarz bis grauschleifrig mit konzentrischer oder mehr geflechtartiger Zeichnung der Knötchen. Bei den mittelknotigen Fällen fanden sich größere Herde mit Knoten von Pfefferkorn-, Erbsen- und Kirschoßgröße, auch im emphysematösen Lungengewebe liegend. Ihr Bau ist etwa derselbe wie der Kleinknötchen. Die Lymphdrüsen sind noch größer und härter, von einer Konsistenz vergleichbar mit Hartgummi (Huebschmann). Die Staubknoten sind in den oberen Lungengeschossen größer und dichter als weiter unten. Vor allem ist die Grenze zwischen Ober- und Mittelgeschoß durch Zusammenfließen der Einzelknoten gekennzeichnet. Das alveoläre Lungenemphysem nimmt mit der Ausdehnung der Gesteinstaubveränderungen zu. In den schweren Fällen von mittel- und großknotigen Formen mit Konfluenz sah H. schwer schneidbare, harte schwarze Knotenmassen, die ganze Lungengeschosse einnahmen, die sich in den schwersten Fällen so steigerten, daß die Ober-, Mittel- und Unter- geschosse von einer einheitlichen massiven Verhärtung eingenommen wurden, so daß schätzungsweise nur noch $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{10}$ der Lunge lufthaltig erschien. Gelegentlich wurde in großen Steinstaubknoten eine Erweichung mit graubrocklichem oder schwarzbreiigem Zerfall gefunden, doch niemals ohne gleichzeitiges Vorliegen von Tuberkulose, wenn auch an anderen Stellen der Lunge. Die Pleura zeigt in leichten Fällen der graue, verstreute Knötchen. Über größeren Knoten fand H. flächenhafte schwielige Felder in der Lungenpleura, die mehrere Millimeter dick sind und knorpelhart waren. Bei einigermaßen ausgedehnten Steinstaubveränderungen fanden sich regelmäßig Pleuraverwachsungen. Unter 63 schweren Fällen nur 3 ohne solche. Die Schleimhaut der Bronchien ist dünn, die kleinsten Bronchien selbst oft erweitert. In Fällen, wo Steinstaubknoten ganze Geschosse einnehmen, erscheinen die verengten Bronchien wie eingemauert. Die Lungenarterienäste sind weit. Die rechte Herzkammer ist fast stets verdickt. Durch exakte Wägungen wurde die Zunahme der Herzmuskulatur rechts festgestellt. Verdickt sind auch die Papillarmuskeln. Der histologische Befund der Knötchen ergibt einen zelligen Charakter von Spindelzellen, die bei größeren Knoten oft geflechtartig in Zügen oder mehr konzentrisch angeordnet sind. Die Zellen enthalten reichlich Staub, der an Größe unter der eines roten Blutkörperchens bleibt. Viele Staubbörnchen sind noch kleiner bis herab zur Grenze der Sichtbarkeit. Die größeren Staubknötchen werden zellärmer. Das Bindegewebe wird hyalin-schwielig. In der Peripherie noch spindelförmige Elemente sichtbar. Den äußersten Rand der Bindegewebsknötchen bilden unregelmäßig gelagerte Phagoocyten, die stark mit Staub beladen sind. Bei den schwersten Formen kommt es zum Zusammenfließen der Einzelknoten, in ihnen überwiegt das geflecht-

artige, grobe hyalin-schwielige Bindegewebe. Die Steinstaubverhärtungen sind dann ganz zellarm, geflechtartig-bündelig aufgebaut. Ihre Hauptmasse besteht aus hyalin-schwieligem Bindegewebe. Die Lymphdrüsen der Hilfen bestehen aus konzentrisch geschichteten, hyalinen Knoten, deren Rand Spindelzellen mit Lymphocyten bilden. Beim Zusammenfließen der Einzelknoten entsteht wieder das Bild größerer geflechtartig-hyaliner Züge. Mitunter weisen die Knötchen in den Lymphdrüsen zentrale Nekrosen auf. In einem kurzen Abschnitt wird die Lunge des Gesteinshauers ohne knotige Veränderungen beschrieben. Sie ist gekennzeichnet durch sehr starkes Emphysem, chronisch-atrophierende Bronchitis, zylindrische Bronchiektasen, Erweiterung und Verhärtung der Lungenarterienäste, starker Hypertrophie der rechten Herzkammer. Histologisch das Bild des alveolären Emphysems, Vermehrung des teils faserigen, teils hyalinen Bindegewebes um Bronchien und Gefäße. Die Spindelzellen der Bindegewebsstränge sind mit Staub beladen, in den Alveolen massenhaft Staubzellen. Die Pleura ist in Form kleiner grauer Knötchen verdickt. Pleuraverwachsungen sind teils vorhanden, teils fehlen sie. Steinstaublungé mit aktiver Tuberkulose: a) Komplikationsformen: H. versteht hierunter reine Staublungenveränderungen, auf die sich eine bisher nicht vorhanden gewesene Tuberkulose aufpfropft. Bei allen Formen von Gesteinsstaublungen fand H. herdförmige tuberkulöse Prozesse häufig ohne eindeutige Anlehnung an die vorhandenen Steinstaubknoten. Anatomisch sind alle Formen der Tuberkulose möglich. b) Kombinationsformen: Es finden sich knotige Veränderungen, deren zentrale Veränderungen denen der cirrhotischen Tuberkulose ähneln, jedoch sich unterscheiden durch reichlichen zellig-bindegewebigen und hyalin-schwieligen um das tuberkulöse Zentrum. Oft liegen neben hyalin-schwieligen tuberkulosefreien Knoten solche in dichten Massen mit zentraler Verkäsung. Der obere Teil der Mittelgeschosse wird von den tuberkulös charakterisierten Knötchen bevorzugt. Kommt es zu Zerfallshöhlen, so ist oft nicht zu entscheiden, ob früher schwierige Steinstaubveränderungen vorgelegen haben oder rein tuberkulöse Prozesse. Über diese Schwierigkeit helfen nur vorangegangene Röntgenaufnahmen. Die Pleuraverwachsungen sind bei den Komplikations- und Kombinationsformen noch stärker als bei reiner Staublunge. Auch Exsudatbildungen wurden beobachtet. Im 4. Abschnitt wird kurz auf äußere Erscheinungen (Konstitution) eingegangen. Das Sterbealter bei Steinstaubveränderungen der Lungen umfaßt die Jahre von 30—70. H.s jüngster Fall ist 32 Jahre alt geworden, sein ältester 69. Das Hauptsterbealter liegt zwischen dem 51. und 55. Lebensjahr. Ist die Staublunge mit Tuberkulose vergesellschaftet, so ändert sich das Sterbealter zuungunsten der jüngeren Jahre. In 69% von schwerer Staublunge konnte H. aktive tuberkulöse Prozesse feststellen. Von allen Fällen von Steinstaubveränderungen der Lungen hatten 68% eine aktive Tuberkulose. *Kalle.*

Hirsch, S.: Neuere Gesichtspunkte für die Begutachtung der Lungentuberkulose.
Klin. Wschr. 1931 I, 410—414.

Die Begutachtung der Lungentuberkulose stützt sich wie jede andere medizinische Begutachtung auf die herrschende pathogenetische Lehre und die diagnostischen Hilfsmittel. Von großer Bedeutung für die praktische Begutachtung ist die besondere Betonung der Rolle der Reinfektion oder Superinfektion, die sowohl auf endogenem als auch auf exogenem Wege erfolgen kann. Für die Entscheidung von Kausalfragen in erster Linie bei der Beurteilung von Zusammenhängen zwischen Lungentuberkulose und einem Unfallereignis gilt ganz besondere Vorsicht; leichter festzustellen und deshalb viel häufiger anzuerkennen ist die Verschlimmerung einer bereits bestehenden Lungentuberkulose durch Unfallfolgen. Man muß natürlich von dem Unfallereignis und nicht von dem resultierenden Krankheitsprozeß ausgehen. Von Wichtigkeit ist der Grad der Arbeitsfähigkeit des Verletzten im Zeitpunkte des Unfalles. Hinsichtlich der Schädigungen unterscheidet Verf. zwischen mechanischen, physikalisch-thermischen, chemischen und infektiösen. Er weist auf die Entstehung der Lungentuberkulose bei Schwerverletzten, besonders bei Amputierten, hin. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der Erwerbsfähigkeit bei der Lungentuberkulose können allgemeingültige Grundsätze nur schwer aufgestellt werden. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Lungentuberkulösen bedarf größter Vorsicht. Für die Abschätzung der Erwerbsminderung im Berufsleben ist in erster Linie maßgebend die Aktivität und die Tendenz des Prozesses. Der Ansicht des Verf., daß ein Pneumothorax generell auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte arbeitsunfähig macht, kann sich Ref. nicht anschließen. Ist in einer Heilstätte oder in einem Krankenhaus die Pneumothoraxbehandlung mit Erfolg schon längere Zeit im Gange gewesen, so kann ein solcher Kranker, nachdem seine Widerstandsfähigkeit gegen die Tuberkulose einen nennenswerten Grad erreicht hat, ganz ruhig leichterer Beschäftigung nach-

gehen. Verf. gibt am Schlusse seiner Arbeit eine schematische Einteilung einzelner Formen und Stadien der Lungentuberkulose hinsichtlich der Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit und führt mit Recht aus, daß sich allgemeingültige Regeln bei der Launenhaftigkeit der Lungentuberkulose nicht aufstellen lassen. Er trennt die Lungentuberkulösen in inaktive, zur Aktivität neigende und aktive Formen. Primärkomplexe und verkalkte Spitzenherde beeinträchtigen die Erwerbsfähigkeit nicht, außer wenn starke pleuritische Verwachsungen vorliegen. Bei inaktiven oder zur Aktivität neigenden Zuständen ist der Zeitpunkt der letzten Aktivität zu berücksichtigen. Aktivität bedingt immer Invalidität, Neigung zur Aktivität eine Erwerbsminderung von 40—50%, Bacillennachweis meist Invalidität, womit Ref. aber nicht einverstanden sein kann. Scharf widersprechen muß man dem Satz: Eine Pflegezulage sollte, auch wenn an sich die Arbeitsfähigkeit noch größtenteils erhalten ist, grundsätzlich in allen Fällen mit Bacillennachweis gewährt werden, schon wegen der Notwendigkeit besonderer hygienischer Maßnahmen. Zum Schlusse seiner Ausführungen weist Verf. noch auf die Berufskrankheiten hin. Die Anerkennung der Lungentuberkulose als Berufskrankheit bedeutet einen weiteren Schritt vorwärts auf dem Wege vorbeugender Tuberkulosefürsorge.

Schellenberg (Ruppertshain i. Taunus).

Dietrich, A.: Geschwulst als Unfallfolge. (*Path. Inst., Univ. Tübingen.*) Chirurg 3, 291—296 (1931).

Im Gebiete einer Verletzung können erstens Gewebsteile eine regeneratorsche Neubildung erfahren, die weiter in Umstimmung übergeht; zweitens können im Gebiete der Verletzung Störungen auftreten, welche der Anstoß zur Umstimmung der regeneratorschen Neubildungen sind. Es kommt aber dazu die Möglichkeit dispositioneller Begünstigung der Geschwulstbildung. Für die praktische Beurteilung wird gefordert, daß bei einwandfrei feststehender und erheblicher Verletzung Verletzungsstelle und Sitz der Geschwulst übereinstimmen und auch die zeitliche Abfolge. Zu trennen davon ist die Frage der Verschlimmerung durch Unfall. Sorgfältige Prüfung des Einzelfalles allein gestattet ein Urteil.

Fetscher (Dresden).

Lang, F. J.: Über die Bedeutung des Traumas für die Entstehung der Osteochondritis coxae juvenilis deformans, der Köhlerschen Krankheit, der Osteochondritis dissecans, der Apophysitis tibialis, sowie der Osteochondritis des Mondbeins. (*Path.-Anat. Inst., Univ. Innsbruck.*) Zbl. Chir. 1931, 770—772.

Verf. verweist auf seine Arbeit in *Virchows Arch.* 252 (1924), in der er Knochenbefunde beschreibt, die beweisen, daß ein anamnestisch nicht feststellbares Trauma, das auch nicht mit freiem Auge wahrnehmbare Veränderungen setzt, sich in Wirkungen kundgeben kann, die in tieferliegenden Teilen des Stützapparates als Auseinanderweichungen und Verlagerungen, Blutungen, Zerreibungen mit Detritusbildungen und mit hierauf stattfindenden reaktiven Gewebsveränderungen gekennzeichnet sind. Es ist nicht notwendig, daß ein einmaliges starkes Trauma diese Reaktion auslöst, sondern es kann sich auch um Wirkung einer Summe kleinerer, sich wiederholender funktioneller Schädigungen handeln.

Diese bei der Osteochondritis coxae juvenilis deformans und der Köhlerschen Erkrankung der Metatarsalköpfchen erhobenen Befunde konnten neuerdings (Lang) bei der Osteochondritis dissecans, der Apophysitis tibialis sowie der Osteochondritis des Mondbeins erhoben werden. Innerhalb der Erkrankungsgebiete fanden sich herdförmige, weichgewebige, knorpelige und auch knöcherne, callöse sowie resorptive Gewebsbildungen („Mikro-Braune-Tumoren“), die kleine, mit hyalinisiertem Blut oder körnigem Zelldetritus erfüllte Spalten bzw. Hohlräume sowie Knochensplitterchen umgaben. Das Mark des benachbarten Knochengewebes war überwiegend schleimigewebig, faserig; die begrenzenden Knochenbälkchen zeigten gesteigerte An- bzw. Abbaubefunde (Ostitis fibrosa-Veränderungen!). Soweit der Gelenkknorpel betroffen war, fanden sich stets schleimige Verquellungen der Grundsubstanz mit Weichselbaumschen Lückenbildungen sowie zottige Auffaserung der Oberfläche neben reaktiven Zellwucherungen und namentlich an den solchen Knorpelveränderungsbezirken entsprechenden Strecken der Knorpel-Knochengrenzen Vascularisation und Ossification des Knorpels. Auf Grund dieser Befunde lassen sich somit auch für die Osteochondritis

dissecans, für die Apophysitis tibialis sowie für die Osteochondritis des Mondbeins traumatische Veränderungen und Entstehungsbedingungen aufdecken, so daß die Ursache dieser Erkrankungen nur in traumatischen Einwirkungen und keineswegs im Sinne Axhausens in embolisch veranlaßter Nekrose des Knochens erblickt werden kann. Befunde von sog. Ostitis fibrosa localisata, denen Lang bei diesen Untersuchungen ebenfalls begegnete, können und müssen als sekundäre Folgezustände örtlicher Reizeinwirkungen im Sinne reaktiver, resorptiver bzw. callöser Gewebswucherungen gedeutet und aufgefaßt werden. Diese traumatischen Veränderungen haben nicht nur für die Entstehung der genannten örtlichen Knochenerkrankungen, sondern auch für die Ätiologie der Arthritis deformans entscheidende Bedeutung im Sinne Pommers. [Vgl. diese Z. 5, 446; u. Virchows Arch. 252, 578 (1924).] Löhr (Magdeburg).^{oo}

Putti, Vittorio: Artritis vertebrale e trauma. (Arthritismus der Wirbelsäule und Trauma.) (*Istit. Ortop. Rizzoli, Bologna.*) (4. congr. dell'Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.) Arch. di Antrop. crimin. 50, 1106—1123 (1930).

Die Ausführungen des Verf. interessieren in erster Linie den pathologischen Anatomen und den Unfallarzt. Zusammenfassend ist Verf. der Ansicht, daß, um einen kausalen Zusammenhang zwischen Trauma und Arthritis annehmen zu können, Läsionen von Frakturnatur vorliegen müssen. Ferner müsse der topographische Zusammenhang klar sein. Schließlich sei der vom Trauma bis zum Beginn der Arthritis verstrichene Zeitabschnitt von Belang: Eine Arthritis deformans z. B., welche 1 Jahr nach dem Trauma einsetzt, hat mit letzterem keinen logischen Zusammenhang. Imber (Ancona).^o

Borchard, A.: Arthritis deformans und Unfall. Mschr. Unfallheilk. 38, 193—200 u. 222—224 (1931).

Es ist möglich, daß viele Jahre nach einem schweren Gelenktrauma eine Arthritis deformans auftritt, so daß sie dann als Unfallsfolge angesehen werden muß. Die Wahrscheinlichkeit eines solchen Auftretens ist aber sehr gering. Von 22 schweren Hüftverletzungen, d. h. Verrenkungen, waren nach vielen Jahren nur 2 (= kaum 10%) an Arthritis deformans erkrankt. Für die Beurteilung der Unfalleinflüsse ist folgendes maßgebend: 1. Das Gelenk muß bis zum Unfall unversehrt und gesund gewesen sein. Die Behauptung einer guten Funktion und Beschwerdefreiheit genügt nicht. 2. Bei genauester Anamnese, beim Röntgenbild, das bei jedem Falle gleich nach dem Unfall gemacht werden sollte, dürfen keinerlei Zeichen älterer Beschwerden und älterer Veränderungen zu finden sein. 3. Korrespondierende und andere Körpergelenke sollten bei Vorhandensein von deformierenden Veränderungen in dem unfallgeschädigten Gelenke sogleich geröntgt werden. Sind auch hier Veränderungen, selbst in geringerem Grade, vorhanden, dann handelt es sich um eine primäre nichtunfallentschädigungspflichtige Arthritis deformans, vorausgesetzt natürlich, daß diese anderen Gelenke nicht auch von Unfall betroffen waren. 4. Nicht so sehr der einmalige Unfall als wie das Bestehenbleiben von dauernden Reizen neben konstitutioneller Veranlagung ist es, das zur Arthritis deformans führt. 5. Auch umschriebene Herde im Gelenk können zur Arthritis deformans führen, ebenso wie umschriebene Knorpel- und auch Knochenverletzungen bei scheinbar gut erhaltenem Knorpelüberzug. Da diese ersten Veränderungen auch im stereoskopischen Röntgenbild anfangs oft schon zu erkennen sind, so sind wiederholte Röntgenaufnahmen, besonders im Anfang, sehr wichtig und erst entscheidend. 6. In der überwiegendsten Mehrzahl der Fälle, man möchte nach der neueren wesentlich vertieften Erkenntnis sagen, fast in allen Fällen, ist die Arthritis deformans eine Aufbrauchskrankheit im weiteren Sinne, und das einmalige Trauma ist nur ein gelegentliches Ereignis. 7. Die Arthritis deformans ist besserungs- und auch heilungsfähig; sie verläuft vielfach in Intervallen von Verschlimmerung und Besserungen. Vielfach wird eine spontane Verschlimmerung als Folge irgendeines nachher konstruierten Unfalles angesprochen. 8. Zur Charakterisierung der Unfallverletzung ist es notwendig, daß a) der Unfall die Gelenkgegend oder das Gelenk selbst lokalisiert betroffen hat, daß b) äußere Spuren dieser Verletzung — Hautabschürfung, Blut und frische blutige oder frisch seröse Gelenkergüsse — vorhanden und nachgewiesen sind und der Unfall sogleich als ein schwerer anzusehen ist; erste Untersuchung! Röntgenbild! 9. Eine dauernde erhebliche Belastung eines anderen Gelenkes zur Schonung des unfallverletzten Gelenkes ist als Ursache einer etwaigen Arthritis deformans abzulehnen. Ein Unfall kann sehr wohl verschlimmernd auf eine schon bestehende Arthritis deformans einwirken. Akute Verschlimmerung ohne objektiv nachweisbare Folgen sind in 6, spätestens 8 Wochen als beseitigt anzunehmen. Eine chronische Verschlimmerung ist dann anzunehmen, wenn in dem betroffenen Gelenk nach einem erheblichen Trauma mit objektiv nachweisbaren Zeichen in begrenzter Zeit, d. h. spätestens nach 6—9 Monaten, während welcher sog. Brückensymptome vorhanden waren, sich die Veränderungen deutlich schneller als vor dem Unfall entwickeln.

Wiederholte Röntgenaufnahmen sind erforderlich. Da die Arthritis deformans besserungs-, ja sogar heilungsfähig ist, soll man mit der Zuerkennung einer Dauerrente besonders bei jungen Leuten sehr vorsichtig sein.

Kurt Mendel (Berlin).^{oo}

Gold, Ernst: Über posttraumatische Wirbeltuberkulose. (*I. Chir. Univ.-Klin., Wien.*) Mschr. Unfallheilk. 38, 200—209 (1931).

Beschreibung eines Falles von mehrfachem Kompressionsbruch der Lendenwirbelsäule und Querfortsatzbruch bei einem 21 jährigen Mädchen infolge Sturzes beim Skifahren. 1½ Jahr nach diesem Unfall treten leichte Kompressionserscheinungen von seiten des Rückenmarks in Gestalt sensibler Hautstörungen auf. 2¾ Jahre nach dem Unfall Auftreten eines kalten Abscesses in der rechten Inguinalgegend vom Typus eines Ileofoemoralsenkungsabscesses, von welchem auf eine tuberkulöse Erkrankung des seinerzeit frakturierten 1. Lendenwirbels rückgeschlossen wird. Im Zusammenhang mit diesem Falle von posttraumatischer Wirbeltuberkulose wird auf das Vorkommen und radiologische Bild des Wirbelbruchhämatoms als einer typischen Begleiterscheinung schwerer Kompressionsbrüche der Wirbelsäule verwiesen.

Kurt Mendel (Berlin).^o

Robineau: Un cas de tuberculose locale post-traumatique. (Ein Fall von lokaler Tuberkulose nach einem Trauma.) (*Hôp. Necker, Paris.*) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 13. IV. 1931.*) Ann. Méd. lég. etc. 11, 479—488 (1931).

Ein Fall, bei dem sich eine Knietuberkulose eindeutig infolge eines Traumas entwickelte. Ein 18jähriger junger Mann erleidet bei einem Unfall eine starke Knieverletzung mit Haimarthros, starker Quetschung und subcutanem Bluterguß an der Außenseite des Knies. Nach 4wöchiger Krankenhausbehandlung ist alles soweit geheilt, daß die Gelenkfunktion wieder hergestellt ist. Lediglich Fortbestand des subcutanen Blutergusses. 2 Röntgenbilder bestätigen die Intaktheit von Knochen und Gelenk. Nach weiteren 2 Wochen Punktion, bald darauf Incision des Ergusses, Entleerung von tuberkulösem Eiter. Ein Röntgenbild 3 Monate nach dem Unfall zeigt lediglich geringe Decalcification der Gelenkknochen ohne tuberkulöse Herde. Auch nach 12 Monaten ist die Gelenkfunktion noch völlig intakt. Röntgenbild zeigt noch keine Veränderung. Wegen der eiternden tuberkulösen Wunde 16 Monate Heilstätte und Sonnenkur. Fortschreiten des tuberkulösen Ulcus, Übergreifen auf den äußeren Condylus, dann auf das ganze Kniegelenk. 2 Jahre nach dem Unfall Amputation des Beines. Darauf 2 Jahre Wohlbefinden. Dann Lungentuberkulose und Tod, 4½ Jahre nach dem Unfall.

Der Fall lag versicherungsrechtlich so klar, daß keinerlei Schwierigkeiten betreffend Tragung der Kosten aufkamen. Theoretisch glaubt Verf., daß weniger im Blut kreisende Tuberkelbacillen sich an der gequetschten Stelle festsetzen, als daß vielmehr an dieser Stelle, vielleicht auch in dem äußeren Knochenvorsprung des Knies Tuberkelbacillen ohne Herdbildung in Ruhe lagerten.

Schnippenkötter (Lippspringe).^{oo}

Fischer, A. W.: Die Osteodystrophia-Paget, ihre Beziehungen zu Unfällen. (*Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.*) Zbl. Chir. 1931, 1766—1770.

Es wird der Fall eines 62jährigen angeblich stets gesunden Mannes beschrieben, der infolge eines Sturzes einen Querbruch in der Schenkelhalsseite erlitt. Im übrigen zeigt das Röntgenbild, daß eine Pageterkrankung des gesamten Knochensystems besteht. Die knöcherne Vereinigung bleibt aus. Während zunächst der Bruch mit Wahrscheinlichkeit als Unfall angesehen wurde, weil ein Sturz von der Treppe auch bei einem gesunden Mann diesen Bruch hätte bewirken können, wurde später diese Auffassung revidiert. Auf Grund alter Röntgenbilder, aus der Zeit vor dem Unfall, die bei Gelegenheit einer „Sehnenzerrung“ an der rechten Hüfte gemacht worden waren, konnte festgestellt werden, daß damals bereits ein deutlich erkennbarer Spalt zur Schenkelhalsachse verlief. Der Knochen war also damals bereits eingebrochen und später durchgebrochen. Die Entschädigungspflicht fällt also für die Versicherung fort. Der Fall ist eine Mahnung zur Vorsicht und Kritik. Röntgenbilder. *Hackenbroch.*^o

Froelich, René, et Albert Mouchet: Spondylite traumatique (maladie de Kümmell-Verneuil). (Spondylitis traumatica [Kümmell-Verneuilsche Krankheit].) (*Paris, 6.—11. X. 1930.*) Proc.-verb. etc. 39. Congr. franç. Chir. 27—78 (1930).

In einem sehr ausführlichen Referat werden die wesentlichen Probleme der Ätiologie, Klinik, Pathologie und Therapie der Spondylitis traumatica behandelt. Besondere Beachtung schenken die Verf. den Schmorlischen Untersuchungen über die Knorpelknötchen. Letzteren kommt fraglos bei der Pathogenese der Spondylitis traumatica eine große Bedeutung zu. Die Häufigkeit der Kümmell-Verneuilschen Erkrankung wird immer noch sehr unterschätzt. Besonders werden von ihr im Verkehrswesen arbeitende Personen (Eisenbahnbeamte, Straßenbahner, Chauffeurs usw.) und auch Bergarbeiter befallen. Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt etwa 30 Jahre; jedoch sind auch Erkrankungen bei Kindern beobachtet worden. Die Prädispositions-

stelle ist die Lendenwirbelsäule, während die Halswirbelsäule fast immer verschont bleibt. An der alten klinischen Einteilung in 3 Stadien (Trauma, freies Intervall, Ausbildung des Gibbus) wird festgehalten, wobei zu bemerken ist, daß das „freie Intervall“ de facto niemals einen völlig schmerzfreien Zeitraum darstellt. Die wirksamste Behandlung der Erkrankung liegt in der Prophylaxe: jeder, der von einem die Wirbelsäule direkt oder indirekt schädigendem Trauma getroffen wird, muß dem Röntgenarzt zugeführt werden, der vor allem gute Seitenbilder anzufertigen hat. Zeigen sich auch nur geringe röntgenologische Anzeichen für eine Fissur eines Wirbelkörpers oder für eine Verletzung der Zwischenwirbelsäule, so ist der Patient so zu behandeln, als ob eine Wirbelkörperfraktur vorliegt. Nur dann kann man hoffen, dem gefürchteten 3. Stadium zu entgehen. Ist es erst zum schmerzhaften 3. Stadium mit Ausbildung der Kyphose resp. Kyphoskoliose gekommen, so bleibt meist nichts anderes übrig, als eine Albeesche Operation vorzunehmen. — Sehr vollständige Literaturangabe unter besonderer Berücksichtigung der deutschen Arbeiten. *Baruch.*

Busch, Max: Spättd nach Kriegsverletzungen von Knochen. (*Path.-Anat. Sammlung, Reichsgesundheitsamt, Berlin.*) Beitr. path. Anat. 87, 349—364 (1931).

Eine Gruppe von 6 Fällen von im Kriege erlittenen Knochenverletzungen zeigt, wie auch nach vielen Jahren von der ursprünglichen verletzten Stelle Schädigungen ausgehen können, die in direktem Causalzusammenhang den Tod des Verletzten herbeizuführen vermögen. Es ist dabei auffällig, daß oft jahrelange beschwerdefreie Intervalle bestanden.

1. Im Gefolge eines 13 Jahre zuvor erlittenen, noch nachweisbar infizierten Oberschenkel-schußbruches trat durch hämatogene Verschleppung ein Rückenmarksabsceß auf, der zunächst komplette Querschnittslähmung und schließlich den Tod verursachte. — 2. Im 2. Falle trat nach einem jahrelangen fistelfreien, jetzt wieder fistelnden, eitrigen Entzündung aufweisenden Schulterblattschuß nach 15 Jahren eine septische Endokarditis so heftig in Erscheinung, daß Patient daran starb. Die Endokarditis mußte, da andere Ausgangspunkte nicht in Frage kamen, von der mit Eiterkanälen durchsetzten Verletzungsstelle ausgehen. — 3. Fall. Der Gang der Erkrankung war hier folgender: Vom Geschoßlager eines Beckensteckschusses ging erstmals nach 10 Jahren ein linksseitiger paranephritischer Absceß aus; infolge Eitersenkung. Gleichzeitig metastatische Eiterung an der linken Ferse und rechtem Oberschenkel. Nach 12 Jahren wieder paranephritischer Absceß; diesmal rechts und gleichfalls infolge Eitersenkung von der Verletzungsstelle her. Der Tod war durch Amyloidose bedingt. — 4. Fall. Ein Granatsplitter, der in der Gegend des linken Kreuzbein-Darmbeingelenkes lag, machte 13 Jahre hindurch keine Erscheinungen. Dann Absceßbildung im Becken, der neben der Blase eröffnet wurde. Dann Schwellung um den Mastdarm herum. Schließlich Eröffnung eines Beckenabscesses vom Damme her. 1 Jahr anhaltender septischer Allgemeinzustand, der den Tod herbeiführte. — 5. Hier unterhielt ein Handgranatsplitter im Talus 13 Jahre lang eine offene Stelle am Fuß. Etwa 8 Tage vor dem Exitus kam es zur akuten Exacerbation mit sulziger phlegmonöser Druchtränkung der Umgebung, und von einer mitaufgetretenen, eitrigen Thrombophlebitis des Fußes ausgehend zu einer tödlichen Pyämie. — Eigenartig ist der letzte 6. Fall. Der Tod trat 10 Jahre nach einem Flugzeugabsturz an hochgradiger Nierenamyloidose ein. Die Obduktion wies außer erheblichen, allerdings geheilten Frakturen der 3 unteren Brustwirbel und 1. Lendenwirbel mit starker Kyphosenbildung eine schwartige Verwachsung der Gegend der Bruchstellen auf. Es waren genügend Anzeichen vorhanden, daß der Prozeß in diesem schwartigen Gewebe noch nicht zur Ruhe gekommen war. Da sonst für die Amyloidose keine andere Grundursache zu finden war, muß diese durch die schwartig verheilten Entzündungsprozesse hervorgerufen worden sein. Somit ist die Amyloidose auf die ursprüngliche Verletzung zurückzuführen. Ähnliche Entstehung der Amyloidose ist dem Autor auch bei Rippenfelschwarten bekannt. — Geschwulstbildungen nach Kriegsverletzungen sind nicht bekanntgeworden. *A. Stapf (Berlin).*

Rostock, Paul: Entscheidung des Oberversicherungsamts über den Zusammenhang zwischen Gelenkhondromatose und Unfall. (*Chir. Abt., Krankenh. Bergmannsheil, Bochum.*) Arch. orthop. Chir. 29, 381—383 (1931).

Die Lexersche Theorie der Entstehung von Gelenkhondromatose aus embryonal in die Gelenkkapsel versprengten Knorpelteilen wird heute allgemein anerkannt. Infolgedessen stellte sich sowohl das Oberversicherungsamt wie auch das Reichsversicherungsamt bei dem mitgeteilten Fall auf den Standpunkt, daß die 1927 entstandene Gelenkhondromatose des Kniegelenks durch einen Unfall vom Jahre 1923 (Quetschung

des Knies mit Arthrit. def. als Folge) weder hervorgerufen noch verschlimmert worden ist. *F. Bauer (Nürnberg).*

Wette, W.: Die Lunatumnekrose als Unfallfolge und Berufskrankheit. (*Chir. Abt., Krankenh. Bergmannsheil, Bochum.*) Arch. orthop. Chir. 29, 299—319 (1931).

Wette berichtet über 54 Fälle von Lunatumnekrose. Die Entstehungstheorien dieses Leidens werden einer Kritik unterzogen. Nicht mehr haltbar ist die These von der besonderen Empfindlichkeit des Lunatum gegen kleine Traumen. Primäre Lunatumfrakturen erfolgen nur durch große Gewalteinwirkungen. Im Anschluß an Handgelenkverletzungen auftretende Lunatumnekrosen sind nur dann zu beobachten, wenn das Lunatum primär verletzt war. Eine einheitliche Genese der Lunatumnekrose kann nicht angenommen werden. Die wenigsten Fälle lassen sich ätiologisch einheitlich klären. Auch Gefäßstörungen spielen eine Rolle, vielleicht eine Endarteriitis obliterans, vielleicht auch ein embolischer Infarkt. Begutachtung der Lunatumnekrose: Unfall muß eindeutig erwiesen sein, muß so stark gewesen sein, daß er eine Knochenverletzung der Handwurzel hervorgerufen konnte. Eine bereits bestehende Lunatumnekrose kann durch ein Trauma eine Verschlimmerung erfahren. Die Lunatumnekrose als Berufskrankheit ist nur dann anzuerkennen, wenn Arbeiten mit Preßluftgeräten ausgeführt wurden und zu außergewöhnlichen Erschütterungen des Handgelenks geführt haben. *Kolb.*

Rostock, Paul: Durch Arbeit mit Preßluftwerkzeugen hervorgerufene Veränderungen am Ellenbogengelenk. (*Chir. Abt., Krankenh. Bergmannsheil, Bochum.*) Arch. orthop. Chir. 29, 284—290 (1931).

Durch Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 11. II. 1929 sind eine Reihe sog. Berufskrankheiten als entschädigungspflichtig im Sinne der Unfallgesetzgebung erklärt worden, hierzu gehören die „Erkrankung der Knochen, Muskeln und Gelenke, hervorgerufen durch die Arbeit mit Preßluftwerkzeugen“. Es handelt sich hier vorwiegend um arthritische Erkrankungen des Ellbogengelenks (Schulte, Eichelbaum). An dem großen Material des Krankenhauses Bergmannsheil Bochum hat Verf. die Schädigung dieser Art studiert und geprüft. Auch vom Verf. wurden vorwiegend am Ellbogengelenk Veränderungen in Form von überhängenden Randwülsten am Radiusköpfchen und von Knochenzacken an einem Teil der Ansatzstelle des Musculus brachialis gefunden. Mit obigen Autoren, Schulte und Eichelbaum ist Verf. der Ansicht, daß diese Veränderungen auch durch ähnlich geartete abnorme Beanspruchung der Gelenke entstehen können, also keine spezifischen Preßluftwerkzeugschädigungen sind, wohl aber durch letztere hervorgerufen sein können, wenn Arbeiter in Berufen beschäftigt sind, wobei sie Preßluftwerkzeuge bedienen müssen. *E. Glass (Hamburg).*

Heller, Julius: Kann ein Ekzem großer Teile der Haut als Folge eines unbedeutenden Verbrennungsunfalls angesehen werden? *Ärztl. Sachverst.ztg* 37, 83—85 (1931).

Mitteilung eines von Heller erstatteten Obergutachtens, in dem es sich um die Frage handelte, ob ein ausgedehntes Ekzem, das von einer Brandwunde ausging, als Unfallfolge zu betrachten sei. H. weist auf die ungeheuere Häufigkeit von Ekzemen einerseits — von Unfällen andererseits — hin, ohne daß ein solches Zusammentreffen nachgewiesen sei. Er glaubt, daß trotzdem im vorliegenden Falle die latente Krankheitsbereitschaft des zum Ekzem disponierten Individuums durch ein Trauma ebensogut wie durch eine sonstige Reizung ausgelöst werden konnte. Inwieweit hier die einen Monat lang vorgenommene Selbstbehandlung sowie die darauf folgende Salbenbehandlung von bestimmendem Einfluß auf die Entstehung des Ekzems gewesen ist, entzieht sich nachträglicher Beurteilung. In jedem Fall nimmt H. für den Ekzemausbruch nur eine mittelbare Unfallfolge an. *Michael (Berlin).*

Engelhardt, W. E., und R. L. Mayer: Über Chromekzeme im graphischen Gewerbe. (*Gewerbehyg. Laborat., Reichsgesundheitsamt, Berlin u. Univ.-Hautklin., Breslau.*) Arch. Gewerbepath. 2, 140—168 (1931).

Die Tatsache, daß seit der gehäuftten Anwendung des „Chromkopierverfahrens“ im Lithographengewerbe eine bedeutende Zunahme von Ekzemen bei den Arbeitern dieses Gewerbebezuges festzustellen ist, hat W. E. Engelhardt und R. L. Mayer zu eingehenden Untersuchungen, insbesondere der Arbeiter, veranlaßt, die mit den Bichromaten in Berührung treten. Die Untersuchungen wurden an 114 Personen

in 14 verschiedenen einschlägigen Betrieben durchgeführt. Unter den Untersuchten erwiesen sich 30 Personen, die mit Chrom gearbeitet hatten oder arbeiteten, als mit Ekzem behaftet. Von diesen 30 Personen waren 84% gegen Kaliumbichromat überempfindlich, während von allen anderen Nichterkrankten nur 8,5% auf die Ekzemprobe mit Kaliumbichromat reagierten. Die Überempfindlichkeit erstreckte sich bei den Bichromatüberempfindlichen zum Teil auf Chromate, nicht aber auf Chromisalze bzw. verschiedene Verbindungen von Elementen aus der 6. Gruppe des periodischen Systems und Oxydantien. Eigenartig ist, daß die Ekzeme in der bichromaterzeugenden chem. Industrie selten sind, während wieder im Lithographengewerbe bei den Chromarbeitern fast nie Chromgeschwüre oder Perforationen des Nasenseptums gefunden wurden. Im Lithographengewerbe scheinen besonders die mit dem Chromgummiverfahren behafteten Arbeiter gefährdet zu sein. Die Autoren der interessanten Arbeit über diese Chromekzeme stehen auf dem Standpunkte, daß es sich bei allen Bichromatekzemen um eine spezifische Sensibilisierung während und durch die Arbeit mit dieser chemischen Substanz handelt und daß infolgedessen die Aufnahme dieser Ekzeme in die Liste der entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten gerechtfertigt sei. Da eine spezifische Behandlung der Chromekzeme derzeit nicht bekannt ist, muß die Prophylaxe in weitestem Maße Anwendung finden: Handschutz durch hohe Gummihandschuhe und häufige Benutzung von Bisulfittlösungen zur Reduktion der reizenden Bichromate und Chromate.

Alfred Kraemer (Loeben, Österreich).

Lambin, P.: Les anémies provoquées par les rayons X et les corps radioactifs. (Die durch X-Strahlen und radioaktive Stoffe hervorgerufenen Anämien.) (*Clin. Méd., Univ., Louvain.*) *J. belge Radiol.* **19**, 365—387 (1930).

Die Hauptursache der Anämie ist fast stets eine Erschöpfung des Knochenmarkes. Radiumhaltige Substanzen entfalten ganz ähnliche Wirkungen auf das Blut wie die Röntgenstrahlen. Kleine Dosen rufen für gewöhnlich eine Polyglobulie hervor, große Dosen führen zur Anämie. Bei Röntgenologen fand sich als Berufsschädigung in den meisten Fällen eine mäßige Leukopenie mit Lymphocytose, zuweilen Eosinophilie und Mononucleose. Polyglobulie ist ebenfalls dabei nicht selten. Anämie dagegen ist sehr selten beobachtet. Über die Blutveränderungen nach therapeutischen Bestrahlungen bestehen noch gegensätzliche Ansichten. Art der Erkrankung und Technik der Bestrahlung dürften diese Unterschiede bedingen. Im allgemeinen kann man annehmen, daß bei Kranken, bei denen die blutbildenden Organe nicht mitbetroffen sind, nur eine mäßige Senkung der Erythrocyten erfolgt. Hämoglobin wird noch weniger verändert. Die Veränderungen bei Personen, welche sich mit Radiumtherapie befassen, sind ähnlich denen bei Röntgentätigkeit. Es folgt dann ein besonderer Abschnitt über schwere Anämien infolge Röntgen- und Radiumbestrahlung mit ausführlichen Literaturbesprechungen. Bei der Berufsschädigung war gewöhnlich mangelhafte Schutzvorrichtung die Ursache. Eine individuelle Disposition zur Anämie konnte jedoch nicht immer gelegnet werden. So starben 2 Radiumarbeiter an perniziöser Anämie und Leukämie, während eine 3. Arbeiterin, welche 24 Monate unter denselben Bedingungen arbeitete, nur eine leichte Leukopenie aufwies. Nach ausführlichen Mitteilungen über einzelne Blutbefunde mit Literaturangaben folgt alsdann eine Übersicht über die pathologisch-anatomischen Veränderungen: hypoplastisches Knochenmark, rotes Knochenmark, zuweilen auch hyperplastisches Knochenmark, Verkleinerung der Milz mit Schrumpfung des Gewebes, Atrophie der Lymphdrüsen, Fett- und Pigmentablagerung in der Leber usw. Das Zustandekommen dieser Einwirkung ist noch nicht restlos geklärt. Ein Zusammenhang der Biermerschen Anämie mit der durch Strahlenwirkung hervorgerufenen wird vom Autor abgelehnt. *C. Kruchen.*

Schmid, Hans J.: Ein Beitrag zur Begutachtung der Nephritis nach Trauma. (*Med. Klin., Univ. Zürich.*) *Schweiz. Z. Unfallmed.* **25**, 81—93 (1931).

In der Frage der traumatischen Nephritis schließt sich Verf. der Meinung von Stern, Goldscheider sowie Kaufmann an, daß in den meisten Fällen schon vor

dem Unfall eine latente Nephritis bestanden habe, daß aber sehr wohl die traumatische Verschlimmerung einer bestehenden Nephritis möglich ist.

Das in diesem Sinne erstattete Gutachten betraf einen Kranken, der 1923 als militärtauglich befunden, im Oktober 1926 einen Unfall (Verletzung des rechten Fußes durch ein Teerfaß) durchgemacht hatte. Bei mehrwöchiger klinischer Beobachtung wurde „Nephritis haemorrhagica mit nephrotischem Einschlag“ festgestellt, der Patient wesentlich gebessert entlassen. Nachdem er mehrere Jahre beschwerdefrei gearbeitet hatte, zog er sich im Juli 1929 eine linksseitige Knöchelfraktur zu. Eine Verschlechterung des Nierenbefundes ist durch diesen Unfall nicht nachweislich eingetreten, und Patient war in der Folgezeit wieder voll arbeitsfähig. Erst als der Kranke im Februar 1930 mit der linken Lendengegend auf einen Steinhaufen fiel, stellten sich in den Folgetagen Kopfschmerzen und Erbrechen bei 5—12^o/₁₀₀ Eiweißausscheidung ein. Wasserausscheidung verzögert bei fast intakter Verdünnungs- und Konzentrationsfähigkeit der Nieren. Bei Abschluß der Beobachtung war eine volle Wiederherstellung des Zustandes, wie er vor dem Unfall bestanden, noch nicht erreicht.

Die akute Nierendekompensation wurde nach Ansicht des Verf. durch die örtliche Einwirkung des Traumas auf die Lendengegend bedingt, wenn auch diese Einwirkung nur einseitig war. Verf. ist ferner der Auffassung, daß die posttraumatische Dekompensation nicht auf einer Verschlimmerung des Nierenleidens an sich beruht, sondern als funktionelle Insuffizienz des geschädigten Nierenapparates veränderten Arbeitsbedingungen gegenüber angesehen werden muß. *R. Oppenheimer* (Frankfurt a. M.).^{oo}

Dózsza, Eugen: Über die subcutanen Nierenverletzungen und deren Spätfolgen. (*Urol. Klin., Univ. Budapest.*) Arch. klin. Chir. 165, 127—190 (1931).

Die subcutanen Nierenverletzungen bieten immer noch betreffs Diagnose und Behandlung, bezüglich ihrer Spätfolgen, sowie in bezug auf forensisch-medizinische, juristische und soziale Gesichtspunkte manche nicht genügend geklärte Probleme. Dózsza veröffentlicht darum 65 einschlägige Fälle, die im Laufe der letzten 20 Jahre an der Klinik v. Illyés zur Beobachtung kamen. In 28 Fällen bestanden Zusammenhänge zwischen Beschäftigung und Unfall, 9mal lag eine Sportverletzung vor. Als Symptom ist die Hämaturie am wichtigsten. Der Schmerz fehlte nie. Perirenal Austritt von Blut und Harn verursachte in 10 Fällen eine Geschwulstbildung; hierbei kam es 2mal zur Vereiterung des Hämatoms, das eröffnet werden mußte. Ein wichtiges Symptom ist die Shockwirkung. Sie kam 11mal vor. 8mal lagen Nebenverletzungen vor, die das Krankheitsbild und die Diagnose komplizieren können. Die Zahl der direkten Traumen überwiegt die indirekten Verletzungen bei weitem. Keine Schwierigkeiten bereitet die Diagnose der Nierenverletzungen, während der Grad der Verletzung oft schwer festzustellen ist, insbesondere dann, wenn auch peritoneale Erscheinungen bestehen. Bezüglich der Therapie gibt Verf. folgende Zahlen an: 61 Fälle heilten bei konservativer Behandlung; in 1 Fall trat der Tod ein, 3 Fälle wurden operiert. Allerdings wird die Statistik eine andere, wenn die nach der Verletzung beobachteten Spätfolgen in Betracht gezogen werden. Denn von den 61 konservativ behandelten Fällen kamen 26 wegen Spätfolgen der Verletzung oder Erkrankung der verletzten Niere zur Operation, und zwar: 5 Fälle wegen traumatischer Hydronephrose, 9 Fälle wegen traumatischen Nierensteins, 10 Fälle wegen einer auf Grund des Traumas entstandenen Nierentuberkulose. 2mal wurde wegen eines infolge der Verletzung blutenden Tumors operiert, 1mal wegen einer als traumatisch angesprochenen Nephritis. — Für die Begutachtung ist der Hinweis wichtig, daß sich in der verletzten Niere späte Veränderungen der obengenannten Art bilden können, welche oft die Entfernung der Niere erheischen. *O. A. Schwarz.*

Preidt, Hermine: Icterus haemolyticus als Unfallfolge. (*Med. Univ.-Klin., Marburg.*) Münch. med. Wschr. 1931 II, 1298—1300.

Ein bei einem 23jährigen Mann im unmittelbaren Anschluß an ein stumpfes Trauma des Oberbauches aufgetretener Icterus haemolyticus wird als Unfallfolge angesehen, obwohl auch bei der Mutter und drei Schwestern Zeichen eines latenten hämolytischen Icterus nachgewiesen wurden. Es wird angenommen, daß der vorher schon vorhanden gewesene latente Icterus haemolyticus durch das Trauma manifest geworden sei. *G. Rosenow* (Berlin).

Grote, L. R.: Zur Frage des traumatischen Diabetes. (*C. von Noorden-Klin., Frankfurt a. M.*) Dtsch. med. Wschr. 1931 I, 984—987.

Man muß streng scheiden zwischen der wissenschaftlichen Frage nach dem Kausal-

nexus der Entstehung eines traumatischen Diabetes und der mehr sozialen Frage, ob ein wahrscheinlicher Zusammenhang besteht. Es läßt sich beobachten, daß ein recht geringfügiger Schreck die bestehende Zuckerkrankheit stark verschlimmern kann, daß dagegen eine starke Shockwirkung keineswegs einen bestehenden Diabetes verschlimmern muß. Unter diesem Gesichtspunkt ist es vielleicht zweckmäßig, die gesetzliche Formulierung so zu gestalten, daß man nur nach dem Grade der Wahrscheinlichkeit eines inneren Zusammenhanges von Trauma und Diabetes oder der Verschlimmerung eines bestehenden Diabetes fragt und die Schadenersatzansprüche nach dem zeitlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Krankheit staffelt. *R. Siegel.*

Allodi, Federico: Di alcuni rari reperti della chirurgia appendicolare in rapporto alla patologia degli infortuni. (Über einige seltene Befunde der Appendixchirurgie in Beziehung zur Unfallpathologie.) (*Osp. Monte Amiata, Abbazia S. Salvatore [Siena].*) *Gazz. internaz. med.-chir.* **39**, 456—461 (1931).

Bericht über 3 Fälle von Appendicitis, bei denen als ätiologisches Moment ein Trauma angeführt wurde, das durch den Operationsbefund ausgeschlossen werden konnte. Verf. verneint die Möglichkeit einer Schädigung des gesunden Wurmfortsatzes durch ein einziges Trauma, da die ihn bedeckenden Weichteile einen sehr großen Schutz vorstellen: vielleicht könnte das Vorkommen von Kotsteinen im Appendix zu seiner traumatischen Perforation führen, was aber sicher sehr selten geschieht. Viel eher besteht die Möglichkeit einer Appendicitis bei lange wiederholten Arbeitstraumen in der Cöcalgegend. In den meisten Fällen aber besteht die Erkrankung des Wurmfortsatzes schon lange und durch das Trauma wird bloß das Akutwerden der Krankheitserscheinung ausgelöst: was nicht als Schaden, sagt Verf., sondern als Vorteil für den Patienten bewertet werden müßte, weil dadurch ein bis dahin fast stummes oder nicht erkanntes Leiden operativ geheilt werden kann. Die Folgen, d. h. die Operationsnarbe, könnten dann mit einer Kapitalabfindung von 20 % geregelt werden. Wo der Eingriff nicht unbedingt notwendig ist, möchte Verf. bis zur Erkaltung des Prozesses warten und den Patienten dann überzeugen, sich mit einem Minimum an Gefahren operieren zu lassen, was natürlich auch die Versicherungsgesellschaften sehr entlasten würde. Röntgenbilder. Keine Literaturangaben. *Benvenuto Capaldi* (Neapel).

Wiart, Pierre: L'appendicite traumatique. (Traumatische Appendicitis.) (*16. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 4.—6. V. 1931.*) *Ann. Méd. lég. etc.* **11**, 381—411 (1931).

Für das Bestehen einer traumatischen Appendicitis scheint das häufige Auftreten bei Sportsleuten, insbesondere Fußballspielern, zu sprechen, wie es besonders in dem amerikanischen Schrifttum hervorgehoben wird. Aber auffallend ist der verschiedenen hohe Prozentsatz in den verschiedenen Statistiken. Zum großen Teile ist diese Verschiedenheit durch eine abweichende Anschauung über den Begriff der traumatischen Appendicitis bedingt. Während Brüning als traumatische Appendicitis nur diejenigen Fälle aufgefaßt wissen will, bei denen ein einzelnes Trauma, direkt oder indirekt wirkend, eine Appendicitis hervorruft bei Leuten, die bisher niemals Anfälle von Appendicitis gehabt und voll gesund gewesen sind, will Verf. mehr der Ansicht derer zustimmen, die neben dieser „echten traumatischen Appendicitis“ auch solche Fälle als traumatisch bedingt anerkennen, bei denen durch das Trauma eine bereits bestehende chronische Appendicitis akut wird. Bei Durchsicht der Gesamtliteratur will Verf. nur 3 Fälle als echte traumatische Appendicitis anerkennen, einen Fall von Silberstein, einen Fall von Lutz und einen Fall von Hartoch. Hier fanden sich Zeichen eines Traumas (Blutung usw.) und solche einer Entzündung. Von ihnen sind zu trennen diejenigen Fälle, die zwar selten sind, aber für die auch Beispiele gegeben werden, in denen eine Verletzung der Appendix ohne Entzündung vorgelegen. Sie sind den Fällen von anderen subcutanen Darmverletzungen gleichzustellen. Zeigen sich bei einer akuten Appendicitis, die auf ein Trauma zurückgeführt wird, bei der Operation keinerlei sichtbare Zeichen einer Verletzung, so ist das Zusammentreffen beider als ein akzidentelles aufzufassen. Schwierigkeiten kann die Entscheidung dieser Frage machen, wenn eine Operation verweigert wird. Schließlich werden einzelne charakteristische Fälle mitgeteilt (*Auvray* und *Girode*, *Lanz*, *Strotu*, *Sonnenburg*, *Goldenberg*, *Luinorel*), in denen die durch das Trauma hervorgerufenen Erscheinungen überwunden wurden, aber nach einiger Zeit teils ohne, teils nach kürzerem oder längerem Intervall wieder aufflammten,

und in denen bei der Operation doch klar der Zusammenhang mit dem Trauma nachzuweisen war. Wenn derartige Fälle auch vereinzelt sind, so muß man sie doch kennen. Die größte Schwierigkeit bereiten die Fälle, in denen ein Trauma eine akute Exacerbation einer subakuten oder chronischen Appendicitis herbeigeführt haben soll. Daß es derartige Fälle gibt, wird auch an einigen aus dem Schrifttum mitgeteilten Fällen bewiesen, in denen neben den entzündlichen Veränderungen histologisch Folgen des Traumas nachgewiesen werden konnten. Kommt es nicht zur Operation, so muß die genaueste Aufnahme der Vorgeschichte die Entscheidung geben. Vor allem darf das Zeitintervall zwischen Trauma und Auftreten der entzündlichen Erscheinungen ein nicht zu großes sein (48 Stunden bis höchstens 3 Tage), ohne daß inzwischen die Schmerzen überhaupt ganz aufgehört haben. In einem Nachwort wird auf die Wichtigkeit dieser Fragen für die Sachverständigentätigkeit und die Unfallentschädigung hingewiesen. (Vgl. diese Z. 9, 668; 12, 78 [Brüning]; 14, 212 [Hartoch]; 16, 36, 95 [Lutz].) *Stettiner (Berlin).°°*

Mayer, A.: Über Unfallbegutachtung in der Gynäkologie. (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) *Chirurg* 3, 145—151 (1931).

Die Ausführungen wollen nur einen kurzen Ausschnitt aus dem ganzen Gebiet geben; ihr Zweck ist lediglich der, an Stelle der oft herrschenden großen Unsicherheit gewisse Richtlinien zu zeigen, an die der Begutachter sich halten kann, wenn er die verantwortungsvolle Aufgabe hat, Güter der Gesellschaft an einzelne zu verteilen. Bezogen wird vom Verf. auf sein 1917 erschienenenes Buch über die Unfallerkkrankungen in der Geburtshilfe und Gynäkologie. — Bei den etwas näher erörterten gynäkologischen Unfallfolgen bezieht sich der Verf. ganz allgemein auf traumatische Einwirkungen, ohne Rücksicht auf den etwa vorangegangenen unfallrechtlichen Sachverhalt; dabei wird unterschieden in mechanische, meteorologische, thermische, chemische und psychische Einwirkungen. Im einzelnen werden vom Verf. aus der Fülle der gynäkologischen Leiden, die durch ein Trauma entstehen oder sich verschlimmern können, folgende Erscheinungen kurz erörtert: Retroflexio, Prolaps, Myome, stielgedrehte und geplatze Ovarialtumoren, intraperitoneale Blutungen, Extrauteringraviddität, Pyosalpinx, Abort, intrauterine Fruchtschädigung, Beckenbruch als Geburtsstörung. Als letzter Absatz werden die psychischen Traumen, vor allem die Schreckeinwirkungen, erörtert. (Abort, plötzliche Genitalblutungen, Menorrhagien!). Es darf angenommen werden, daß nicht alle Frauen gegen ein psychisches Trauma in gleichem Maße empfindlich sind.

A. Bock (Berlin).°

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

Rose, Maksymiljan: Architektonische Veränderungen im Gehirn bei Alkoholismus. *Roczn. psychiatr.* H. 16, 39—50 u. franz. Zusammenfassung 202—204 (1931) [Polnisch].

Die Arbeit stützt sich auf Beobachtungen, die bei 5 Menschen mit chronischem Alkoholismus verschiedenen Grades und bei 6 mit Alkohol gefütterten Kaninchen gemacht wurden. Die Fütterung mit Alkohol (täglich 20 ccm einer 30proz. Alkohollösung) führte nach Ablauf einiger Wochen bei allen Tieren zu einer andauernden Apathie, die Tiere verkrochen sich meist und lagen unbeweglich. Außerdem entwickelte sich stets eine weitgehende Kachexie mit fast völligem Verschwinden des Fettpolsters und hochgradiger Atrophie der Skelettmuskeln. Die histologische Untersuchung mehrerer Rindenfelder zeigte bei weit vorgeschrittener Vergiftung eine Verschmälerung der Rinde und eine Rarefizierung der Nervelemente infolge einer bis zur völligen Cytolyse führenden Zelldegeneration. Die Verschmälerung und Lichtung bezieht sich hauptsächlich auf die 2. und 3. Schicht, obzwar auch die anderen Schichten (besonders die 5. Schicht) davor nicht verschont bleiben. Ähnliche Rindenveränderungen bestehen auch beim chronischen Alkoholismus des Menschen. Auch hier kommt es in manchen Areea zu einer hochgradigen Erbleichung der 2. und des äußeren Teiles (3a und 3b) der 3. Schicht. In dem schwersten Falle von Alkoholismus chronicus bestand außer-