

des Reststickstoffs macht die größten Fortschritte, wenn die Leiche im Freien liegt, die geringsten bei Zimmerleichen. Bei Wasserleichen geht die Reststickstoffvermehrung nur $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ mal so rasch vor sich; nur wenn die Wasserleiche an die Wasseroberfläche aufsteigt, nimmt der Reststickstoff der Leber schnell zu und übertrifft bald alle anderen Fälle. *Borger* (München).^o

Versicherungsrechtliche Medizin.

● **Handbuch der ärztlichen Begutachtung.** Hrsg. v. H. Liniger, R. Weichbrodt u. A. W. Fischer. Bd. 1 u. 2. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1931, XXVIII, 1430 S. u. 17 Abb. RM. 92.—.

Das groß angelegte Werk ist in der Hauptsache ein Handbuch der Versicherungs- und Unfallmedizin, wenn auch einzelne Kapitel außerhalb dieses Gebietes liegen. Insofern ist sein Titel: „Handbuch der ärztlichen Begutachtung“ nicht ganz berechtigt, da hierzu ja auch die forensische Medizin gehören würde, die gelegentlich nur gestreift ist. Das Fortlassen der in das Gebiet der gerichtlichen Medizin fallenden Gutachtertätigkeit soll aber keineswegs als ein Mangel des Buches hingestellt werden. Es würde im Gegenteil das Werk unnötig belasten, da es doch im wesentlichen für den in der Praxis stehenden Arzt als Nachschlagewerk gedacht ist. Konsequenterweise hätten dann allerdings der forensisch-psychiatrische Teil und manche Ausführungen über die Begutachtung von Kindern fortfallen können. Die Hineinnahme dieser etwas aus dem Rahmen des Gesamtwerkes herausfallenden Gebiete läßt sich gewiß rechtfertigen durch deren allgemeines Interesse. Es wäre dann allerdings auch wünschenswert gewesen, solche gerichtsärztliche Fragen, die auch den praktischen Arzt sehr häufig beschäftigen, wie beispielsweise Termins- und Haftfähigkeit, mit zu berücksichtigen. Es handelt sich also um ein Handbuch der ärztlichen Begutachtung in Fragen der sozialen und privaten Versicherungsmedizin einschließlich der Haftpflichtbegutachtung, der forensischen Psychiatrie und einzelner Randgebiete. — Der Schwerpunkt des Werkes liegt in der Unfall- und Versicherungsmedizin. Diese ist in ihren juristischen Voraussetzungen und Begriffen, in ihrer Organisation und Verwaltung in allgemeinen Kapiteln eingehend dargestellt, und zwar zumeist von Verwaltungsjuristen der entsprechenden Zweige. In diesen Kapiteln findet der Arzt das Wesentliche, was er bei der Begutachtung einschlägiger Fälle zum Verständnis der medizinisch rechtlichen Begriffe braucht. Ein Mangel haftet jedoch fast allen diesen Darstellungen, soweit sie von Juristen bearbeitet sind, an. Die einzelnen Bestimmungen und Begriffe werden trocken und nüchtern aufgezählt und kommentiert, ohne dem Leser ihren Sinn und ihre Absicht klar zu machen. Ein Handbuch aber, das für Ärzte bestimmt ist, sollte den Leser in lebendiger und anschaulicher Weise in die ganze Tendenz, Entstehungsgeschichte und Praxis der Versicherungsmedizin einführen. Dann würde der Arzt, der gewohnt ist, im Gegenständlichen zu denken, der stets nach dem Sinn, nach dem Zweck und dem Ziel dessen fragt, was er tut, sehr viel mehr Verständnis für das komplizierte System der verschiedenen auch ihn angehenden Bestimmungen bekommen. Am weitesten vernachlässigt Schellmann diesen Gesichtspunkt in den von ihm bearbeiteten Kapiteln „Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung“ sowie „Angestelltenversicherung“. Er geht dabei offenbar bewußt von dem nach meinem Dafürhalten aber falschen Standpunkt aus, daß den Arzt die organisatorische und verwaltungsrechtliche Seite der Sozialversicherung nur soweit interessiert, als diese die rein medizinischen Aufgaben berührt. („c. für den Arzt wird es genügen, wenn er feststellen kann, daß der Bewerber im Besitze einer gültigen, grünen Quittungskarte ist.“ S. 86.) Meines Erachtens kommt es gar nicht darauf an, daß der Arzt eine gültige Quittungskarte von einer ungültigen unterscheiden kann, sondern vielmehr darauf, daß er weiß, wozu er den Kranken für die Angestelltenversicherung untersucht, welche Konsequenzen sein Gutachten für die Versicherung einerseits, den Untersuchten andererseits hat, in welcher Weise er auf den Kranken einwirken, wie er ihn beraten soll. Der Arzt soll sich als eine wichtige Stütze des ganzen Gebäudes der sozialen Versicherung fühlen, sich der Verantwortung, die er durch die Begutachtung übernimmt, bewußt werden, Verständnis für die einzelnen, auf den ersten Blick spitzfindigen Begriffe und Bestimmungen bekommen. — Von merklich anderen Gesichtspunkten aus sind die verwaltungsrechtlichen Teile behandelt, die von Ärzten stammen, so die Kapitel über „Privatversicherung“ von Haehner und Liniger, ferner von Hörnig. Hier ist die organische Entstehung des Versicherungswesens klar herausgearbeitet, so daß jeder die Notwendigkeit und Tendenz auch der einzelnen Bestimmungen einzusehen vermag. Dasselbe gilt auch für die Kapitel „Berufskrankheiten“, die von Bauer und Gerbis bearbeitet sind. Gut, weil klar und anschaulich, ist auch das von Cahn behandelte Gebiet der Haftpflicht und des Schmerzensgeldes. Die psychiatrische Begutachtung, dargestellt von Hübner, bringt sehr eindringlich und geschickt in kurzen Leitsätzen alle gesetzlichen Begriffe, die für die forensische Psychiatrie wichtig sind, sowie zahlreiche sehr wertvolle praktische Winke und Hinweise. Daß sich die forensische Psychiatrie nicht auf 64 Seiten vollständig abhandeln läßt, versteht sich von selbst. Ob dieser Abschnitt überhaupt notwendig gewesen wäre, im Rahmen eines fast rein versicherungsrechtlichen Handbuches, wurde bereits eingangs bezweifelt. — Den eigentlich ärztlich speziellen

Teilen sind noch 2 allgemeine Kapitel vorangesetzt, von denen derjenige über den Begriff der Krankheitsursachen von Fischer-Wasels ganz ausgezeichnet sowohl den höchsten wissenschaftlich-exakten Anforderungen wie auch denjenigen der auf den einzelnen praktischen Fall gerichteten Gutachtertätigkeit gerichtet wird. Es wäre gut, wenn die medizinischen Sachverständigen in ihren Ausführungen über die ursächliche Beziehung sich zu dieser Klarheit und Selbstkritik erzögen. Das Altern des Organismus in seiner Beziehung zur Versicherungsmedizin und Begutachtung wird von Hirsch dargestellt. — Es ist ein Mangel, daß nicht auch über den Krankheitsbegriff in seiner ganz verschiedenen Bedeutung für die medizinische Wissenschaft, für die Sozialversicherung, die Privatversicherung und die Haftpflicht ein besonderes Kapitel eingefügt ist. Der Krankheitsbegriff wird lediglich im Kapitel „Krankenversicherung“ rein im Sinne der RVO. behandelt. Es wäre für ein Buch von dem Umfang des vorliegenden ein dringendes Erfordernis gewesen, den Krankheitsbegriff von allen Seiten her zu beleuchten. Gerade in bezug auf die private Krankenversicherung häufen sich ja in den letzten Jahren die Schwierigkeiten bei der exakten Abgrenzung dessen, was Krankheit ist, wann sie beginnt und wann sie aufhört. — Innerhalb der speziellen Kapitel der Begutachtung finden sich aus dem Gebiete der pathologischen Anatomie noch 2 Kapitel von Fischer-Wasels. Das eine über die Geschwülste gibt eine ausgezeichnete Darstellung vom heutigen Stande der Forschung hinsichtlich der Entstehung und Verursachung der Tumoren mit einer Anwendung der wissenschaftlich-theoretischen Erkenntnisse auf die Gutachterpraxis; im besonderen wird die Beziehung eines Traumas oder einer sonstigen Schädlichkeit zu einer Geschwulst eingehend erörtert. Das zweite pathologisch-anatomische Kapitel enthält Leitsätze für eine Unfallsektion. Ein von Neisser geschriebenes Kapitel über Laboratoriumsinfektionen gibt eine wertvolle Grundlage für die Begutachtung entsprechender Entschädigungsverfahren. — Alle übrigen Abschnitte enthalten die ganz speziellen Fragestellungen der Begutachtung klinischer Krankheitszustände und Verletzungsfolgen aller Art. Sie sind von Fachärzten abgefaßt und erschöpfen im ganzen durchaus den Stoff. Es ist verständlich, daß bei einem Handbuch mit 50 Mitarbeitern nicht alle einzelnen Kapitel gleichmäßig und einheitlich behandelt sind. Es kommen nicht nur gelegentliche Wiederholungen vor, sondern auch bezüglich des Umfanges starke Verschiedenheiten, schließlich aber auch qualitativ erhebliche Differenzen. Neben einer schwachen Bearbeitung durch einzelne Autoren, die offenbar keine eigene große versicherungsrechtliche Erfahrung haben, gibt es ausgezeichnete Darstellungen, die nicht nur eine hohe wissenschaftliche Stufe, sondern umfangreiche Sachverständigenerfahrung erkennen lassen. Auf Einzelheiten hier einzugehen, würde zu weit führen. Es sei mir lediglich gestattet, auf gewisse Mängel bei den Kapiteln „Psychopathie“ und „Begutachtung von Kindern“ hinzuweisen. Entweder hätte man diese fortlassen können oder sie so erschöpfend behandeln müssen, wie man es bei einem Handbuch dieses Umfanges erwarten muß. — Abgesehen von diesen Bemängelungen muß das Werk als Ganzes als ein außerordentlich wertvolles Nachschlagewerk für solche Ärzte empfohlen werden, die häufiger Gutachten abzufassen haben. Es ist jedenfalls das neueste und modernste Handbuch auf diesem Gebiete. Die erwähnten Unebenheiten lassen sich bei einer weiteren Auflage sicherlich ausgleichen.

Müller-Hess (Berlin).

● Kirschner, M.: *Zur Praxis der Begutachtung*. Berlin: Julius Springer 1931. 54 S. RM. 3.60.

Das vorliegende Büchlein gibt den Inhalt einer 2stündigen Vorlesung wieder, die im Herbst 1930 vom Verf. bei einem ärztlichen Fortbildungskursus in Tübingen gehalten worden ist. Anlaß hierzu gab die gesteigerte Bedeutung, die der Unfallheilkunde beigelegt wird und auf die erst kürzlich wieder von den Versicherungsträgern der Unfallversicherung hingewiesen worden ist. Es ist immer dankenswert, wenn sich auch einmal ein Kliniker mit dieser Materie in pädagogischer Form beschäftigt, die auch für den ärztlichen Praktiker so außerordentlich wichtig ist. Die Darstellung des Stoffes in gedrängter Kürze ist dem Verf. vorzüglich gelungen. In den einleitenden allgemeinen Betrachtungen über unsere Sozialversicherung wird das segensreiche Wirken ihrer Einrichtungen gebührend hervorgehoben, aber auch auf die Mißstände hingewiesen, die sich allmählich aus ihnen entwickelt haben. Der Wille zum Gesundsein und zum Arbeiten, der wohl der mächtigste Anreiz zur Überwindung eines Krankheitszustandes bildet, wird zweifellos durch die Aussicht auf Rente bei vielen erheblich geschwächt, was schon daraus hervorgeht, daß der nicht versicherte Kranke schneller gesund und arbeitsfähig wird, als der versicherte Kranke, der zu seiner Gesundung und zur Wiederaufnahme der Arbeit erheblich längere Zeit braucht. Sehr richtig sagt der Verf., daß es eine unerfüllbare und ungesetzliche Zumutung ist, vom praktischen Arzt die Beseitigung der durch die Sozialversicherung hervorgerufenen Mißstände zu verlangen. Die von den Ärzten verlangte Bekämpfung der ungerechtfertigten Ansprüche der Verletzten könne nur grob schematisch arbeiten, wobei viel Unrecht geschehe, sicherlich auch dadurch, daß berechtigte Ansprüche abgelehnt oder zu gering bewertet wurden. Verf. macht auf die gewaltige Höhe aufmerksam, welche die Summe aller Beiträge ausmacht, die der Arbeiter im Laufe seines Lebens leistet oder die für ihn geleistet werden und die 15—27% seines Einkommens betragen. Bei einem Wochenlohn von 36 M. werden jährlich 260 M. an sozialen Beiträgen gezahlt, was vom 21.

bis 60. Lebensjahr auf Zinseszins angelegt ein Kapital von 33000 M. ausmacht. Bei dem höher gelohnten Bergarbeiter kommt eine Summe von über 100000 M. heraus, ein Kapital, von dessen Zinsen der Betreffende vom 50. Jahre an behaglich würde leben können. Nach kurzer Besprechung des ärztlichen Gutachtens, wie es sein soll, werden die Rechtsgrundlagen in der Krankenversicherung, der Unfallversicherung, des Reichsversorgungswesens, der Invalidenversicherung und der Angestelltenversicherung kurz unter Hervorhebung des Wichtigsten besprochen. Auch die private Unfallversicherung und die zivilrechtliche Haftung wird noch berührt. Verf. ist Chirurg und daher mag es wohl kommen, daß ihm die Unfallversicherung am nächsten liegt. Diese ist daher auch ausführlicher behandelt als die anderen Arten der sozialen Versicherung. Namentlich die Invaliden- und Angestelltenversicherung sind wohl etwas zu kurz weggekommen, obwohl der praktische Arzt auch mit ihnen recht häufig in Berührung kommt. Vielleicht wäre es möglich, diese Ungleichheit in der Behandlung des Stoffes in einer Neuauflage auszugleichen. — Alles in allem ist das vorliegende Büchlein ein treffliches Mittel, sich über die Grundzüge unserer sozialen Versicherung zu unterrichten. Man könnte schon zufrieden sein, wenn der angehende Arzt in der Prüfung den Nachweis erbringen könnte, daß der Inhalt des Buches zum festen Bestand seiner Kenntnisse geworden ist.

Ziemke (Kiel).

Schenk, P.: Grundsätzliches zur Frage der Erwerbsfähigkeitsminderung. Med. Klin. 1931 II, 1168—1171.

Die Abschätzung der gesamten Erwerbsfähigkeitsminderung, welche durch Erkrankung oder Fehler mehrerer Organe bedingt ist, darf niemals zu einer mathematischen Additions- oder Subtraktionsaufgabe ausarten. Sonst käme man im Einzelfalle leicht zu einer Erwerbsfähigkeitsminderung von mehr als 100%. Die Arbeitsfähigkeit eines Menschen ist eben eine Eigenschaft, welche der Gesamtheit seiner Lebensfunktionen anhaftet. Sie läßt sich deshalb nicht in lauter Einzelfunktionen auflösen, die wenig oder gar keine Beziehungen zueinander haben, ohne die Eigenschaft des Ganzen zu zerstören.

R. Gutzeit (Neidenburg).

Prezzolini, Mario: Lo studio della eccitabilità nervosa mediante la cronaximetria e sua importanza medico-legale. (Das Studium der nervösen Erregbarkeit mittels der Chronaximetrie und seine gerichtsmedizinische Bedeutung.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Bologna.*) (*4. congr. dell'Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.*) Arch. di Antrop. crimin. 50, 1392—1399 (1930).

Darstellung des Wesens und der Bedeutung der Chronaxie und der Chronaximetrie unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse des Gutachters. „Die Chronaxie gibt also ein Mittel an die Hand, mit mathematischer Sicherheit den funktionellen Wert der Muskeln und Nerven festzustellen.“ Bei jeder Änderung der Chronaxiewerte hat ein Gutachter das Recht und die Pflicht, eine Alteration der Nerven oder der Muskeln anzunehmen. Bei normaler Chronaxie hat er aber umgekehrt das Recht, jede organische Erkrankung absolut auszuschließen.

Riebeling (Hamburg).

Gross, Wilhelm: Zur Frage „Gehirnerstütterung oder Rentenbegehren“ in Nr. 9, 1931 dieser Zeitschrift. Z. Bahnärzte 26, 303—304 (1931).

Der Verf. betont, daß die von Universitätskliniken abgegebenen Gutachten nicht immer überzeugend auf Voruntersucher und Beobachter wirken. Eine solche Äußerung wirkt peinlich, aber noch peinlicher ist es, wenn man das vom Verf. mitgeteilte Urteil eines klinischen Gutachters liest, das allerdings besser einer Revision unterzogen worden wäre: „Es ist Sache der persönlichen Auffassung, ob man die unmittelbaren Unfallwirkungen als Gehirnerstütterung klassifizieren will oder nicht; es ist sozusagen eine Frage der Verabredung, was man darunter versteht.“ (Vgl. diese Z. 18, 121.)

F. Stern (Kassel).

Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für Gehirnblutung angenommen. Med. Klin. 1931 II, 1538—1540.

Kaufmann, geboren 1889. Im Krieg, Oktober 1914, Schulterschuß links. Lazarettbehandlung bis Ende März 1915. Eiterungen an der Verletzungsstelle 1916, 1918, 1921. Versorgungsantrag wegen der Schußwunde 1928. Befund: Spontandurchbruch eines Abscesses; röntgenologisch viele Geschoßteilchen in der Gegend des linken Schulterblattes; erhebliche Schwäche des linken Arms; K.D.B. = 40%. Mitte März 1929 an starken Schmerzen im ganzen Rücken erkrankt. 27. III. 1929 gestorben. Schlußbeurteilung nach Obduktion: Verletzung durch Bleigeschoß; nachfolgende, auf Bleivergiftung zurückzuführende geringe Aortasklerose;

Herzhypertrophie als Zeichen eines dauernden Hirndrucks; akute, zum Tode führende Gehirnblutung; ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod und D. B. wahrscheinlich.

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

Jolly, Ph.: Genuine Epilepsie bei Kriegsteilnehmern. Mschr. Psychiatr. 79, 329 bis 338 (1931).

Im Gegensatz zur traumatischen, besonders der durch Schädelbeschuß bedingten Epilepsie bildete genuine Epilepsie unter Verf.s Beobachtungen nur sehr selten den Grund für Gewährung einer Kriegsrente. Keiner der Fälle wäre als Beweis dafür anzusehen, daß durch körperliche und psychische Strapazen tatsächlich eine genuine Epilepsie ausgelöst oder verschlimmert werden könnte. Damit will Jolly nicht sagen, daß bei wirklich ganz ausnahmsweise intensiven derartigen Einwirkungen nicht einmal die Wahrscheinlichkeit eines solchen Zusammenhanges gegeben sein würde. Jedenfalls wäre dies äußerst selten.

Bratz (Berlin-Wittenau).

Masquin, Pierre: Traumatismes craniens et troubles mentaux. (Hirntrauma und seelische Störung.) Prophyl. ment. 6, 381—384 (1931).

Verf. verlangt entschieden, die eigentlichen traumatischen Psychosen von den rein emotionellen nach Trauma zu trennen; er beklagt es bitter, daß im Publikum der Gedanke viel zu sehr verbreitet wird, daß ein Kopftrauma das Seelenleben schwer beeinflussen müsse; er betont, daß die eigentlichen traumatischen Psychosen meist günstig verlaufen. Wünschenswert ist Hospitalaufnahme in Spezialnervenanstalt nach dem Trauma zur Auskürung der Psychose, um ungünstige Einflüsse häuslichen Milieus zu vermeiden. „Ein Kopftrauma führt nicht häufiger zur Geistesstörung als die Grippe, die Tuberkulose.“

F. Stern (Kassel).

Dubois, Charles: Somnambulisme et accident. (À propos d'un rapport d'expertise.) (Über Somnambulismus und Unfall. Begutachtung eines einschlägigen Falles.) Schweiz. med. Wschr. 1931 II, 771—774.

Ein 24jähriger Chauffeur, erblich nicht belastet, litt seit seiner Kindheit an Alldruck und Sprechen im Schlaf. Seit einem Radunfall 1925 traten häufig Kopfschmerzen und Nachtwandeln hinzu. Diese Anfälle ereigneten sich 4—5mal im Monat, je nach der Arbeit, die er leistete. Durch Zuruf der Mutter wachte er auf. Am 9. VII. 1927 besuchte er seine Braut und seine Schwiegereltern. An diesem Tage hatte er keinerlei Aufregungen gehabt, noch Alkohol zu sich genommen. Um 10^{1/2} ging er zu Bett und schlief bald ein. Gegen 11 Uhr hatte er einen Alldruck und fand sich 12 Uhr 20 Minuten im Hospital wieder. Infolge des Alldrucks hatte er in somnambulem Zustand das Bett verlassen, war ans Fenster gelaufen, hatte eine Fensterscheibe zertrümmert und war durch das Fenster in den 4 m tiefen Hof gestürzt. Ob schon er beide Füße gebrochen hatte, lief er noch 15 m und wachte dann durch Zuruf seiner Braut auf.

Verf. erörtert nun ausführlich die Frage, ob es sich in einem solchen Falle um einen Unfall handelt, der entschädigungsberechtigt ist oder nicht. Das Tribunal fédéral des Assurances sagt in einem Urteil vom 16. II. 1923, daß Unfälle im somnambulen Zustande nicht bekannt sind, daß diese vielmehr sich dann ereignen, wenn der Patient plötzlich aufwacht und das Gleichgewicht verliert. Verf. kommt in seinem gerichtlichen Exposé zu dem Ergebnis, daß Patient erst aufwachte, als nach dem Unfall seine Braut ihn anrief, daß also der Unfall im somnambulen Zustand erfolgt sei. *Gierlich*.

Eliasberg, W.: Arbeiten zur Theorie und Praxis der ärztlichen Sozialbegutachtung.
II. Jankau, V.: Zur Lehre von den Zustandsbildern nach Commotio cerebri und Basisfrakturen. Z. Neur. 136, 630—641 (1931).

33jähriger Mann, der infolge Sturzes von einer Leiter und Aufschlagen des Kopfes auf Beton einen Schädelbasisbruch mit gleichzeitiger Contusio und Commotio erlitten hatte. In früheren Gutachten war die Störung teilweise als vorwiegend hysterisch erfaßt worden. Verf. findet eine Hirnschädigung, und zwar Schädigung des Geschmacks auf der ganzen linken Seite, linksseitige Olfactoriusschädigung, leichte Schädigung der Pyramidenbahn, echte aphasische Merkfähigkeitsstörungen, positiven Adrenalinsondenversuch (Muck), Vasomotorenübererregbarkeit und andere Erscheinungen eines kardiovaskulären Symptomenkomplexes, ferner nervöse psychische Störungen, die z. T. als Folge der Hirnschädigung aufgefaßt werden. Psychogene Züge werden zugegeben. Verf. schätzt die E.M. etwas sehr hoch, auf 60%. Auch glaubt Ref. nicht, daß alle als organisch bezeichneten Erscheinungen wirklich organischer Natur sind, die Geschmackstörungen können eigentlich gar nicht als echtes Herdsymptom aufgefaßt

werden, immerhin wird hier sicher zugegeben werden müssen, daß eine Encephalopathie vorliegt und daß Commotions- und Kontusionsfolgen öfter unterschätzt werden. (I. vgl. diese Z. 17, 303.)
F. Stern (Kassel).

Hanow: Stellungnahme des Reichsgerichtes zur Frage der traumatischen Neurose. Z. Bahnärzte 26, 186—187 (1931).

In einer Entscheidung vom 9. II. 1931 nahm das Reichsgericht erneut eine (sehr anfechtbare, Ref.) Stellung zu der Frage der sog. traumatischen Neurose, und zwar wie folgt: Für die Frage, ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Unfallneurose besteht, kommt es entscheidend darauf an, ob der Unfall nur den äußeren Anlaß zu der Entstehung der Neurose gesetzt hat, oder ob ein innerer Zusammenhang vorliegt. Dabei ist es gleichgültig, ob der Unfall eine äußere Verletzung des Verunglückten hervorgerufen hat oder ob sich wenigstens eine organische Veränderung als Unfallfolge nachweisen läßt. Vielmehr ist der adäquate Zusammenhang schon dann gegeben, wenn die bei dem Verunglückten festzustellenden nervösen Erscheinungen, wie Kopfschmerzen, Schwindel- oder Angstgefühl, leichte Ermüdbarkeit, als eine Folge des psychischen Shocks, den er bei dem Unfall erlitten hat, anzusprechen sind. Und zwar gilt das auch dann, wenn nur mit Rücksicht auf die, sei es auf krankhafter Veranlagung beruhende Eigenart des vom Unfall Getroffenen, sei es auf sonstige, nicht außer dem Bereich der Voraussehbarkeit liegende mitwirkende Umstände, der psychische Shock das Nervenleiden hat auslösen oder das bereits vorhandene Nervenleiden in einem Maße hat verschlimmern können, daß der Verletzte an seiner Erwerbsfähigkeit Schaden erleidet. K. Mendel.

Stursberg, H.: Zur Beurteilung der Neurosen nach Unfall. (Inn. Abt., St. Johannes-hosp., Bonn.) Med. Klin. 1931 II, 1004—1005.

Mitteilung eines Gutachtens. Polemik gegen die bekannte Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom Jahre 1926. Es gebe auch funktionell-nervöse Störungen langdauernder Art nach nicht entschädigungspflichtigen Unfällen. Der Nachweis mangelnder Widerstandsfähigkeit des Nervensystems, sei es auf konstitutioneller, sei es auf erworbener Grundlage, berechtige noch nicht zur Ablehnung des ursächlichen Zusammenhanges der Neurose mit einem Unfall oder anderen schädigenden Einwirkungen, weil wir in dem Unfall usw. eine wesentlich mitwirkende Ursache zum Zustandekommen der Krankheitserscheinungen sehen müssen. Die durch den Unfall ausgelösten Schmerzen, Sorgen usw. sind auch geeignet, bei bestehender Veranlagung nervöse Symptome hervorzurufen.
Kurt Mendel (Berlin).

Culpin, Millais: Some cases of „traumatic neurasthenia“. (Traumatische Neurasthenie.) (London School of Hyg. a. Trop. Med., London.) Lancet 1931 II, 233—237.

Des Verf. Standpunkt scheint der zu sein, daß viele Fälle „traumatischer Neurasthenie“ sich entwickeln aus Angst vor der Zukunft, Begehrungs-ideen und falscher Anfangsdiagnose (und Prognose). Die dargestellten 6 Fälle sollen das beweisen. 2 der Fälle sind lediglich Folgen psychischen Shocks, der eine durch Anschauen eines Unfalls, der 2. durch Erleben des Selbstmordes des Vaters.
G. Flatau (Berlin).

Eyrieh, Max: Zur Psychologie der Unfallneurosen. (Prov.-Kinderanst. f. Seelisch Abnorme, Bonn.) Dtsch. med. Wschr. 1930 II, 2129—2131.

Ausgehend von der unbestreitbaren Tatsache, daß das Streben nach Entschädigung allein in der Mehrzahl der Fälle keineswegs ausreicht, eine rentenneurotische Haltung erschöpfend psychologisch zu erklären, geht der Verf. auf die Wirkung anderer seelischer Faktoren und Motive ein. Als solche erörtert er die Rolle, welche das durch den Unfall vermittelte Erlebnis der vitalen Bedrohung der Existenz spielt. Dieses ist geeignet, Angst um die Gesundheit und Zukunft zu wecken und hypochondrische Vorstellungen entstehen zu lassen, die durch ungeschickte ärztliche Äußerungen manchmal genährt werden. Der entscheidende Faktor des Unfallerlebnisses ist nicht in dem Mitansetzen des Unglückes zu erblicken, sondern in dem Bewußtsein, selbst in seiner eigenen Existenz vital bedroht worden zu sein. In anderen Fällen spielen sonstige seelische Konflikte, insbesondere derjenige des bedrohten Selbstwertes, eine

große Rolle. Der Unfall bildet dann einen willkommenen Ausweg aus schwierigen Situationen der verschiedensten Art. Die Zeitverhältnisse, insbesondere die Wirtschaftskrisen, müssen gleichfalls bei der Analyse des Einzelfalles mit verwertet werden. Gerade die familiäre, materielle und ideelle Entwurzelung des Großstadtarbeiters führt leicht zur seelischen und wirtschaftlichen Vereinsamung. Wenn in dieser Situation ein Unfall eintritt, stellt er den davon Betroffenen unerwartet vor eine wirtschaftlich bedrohte Lage. Er führt dann leicht zur Auslösung von Selbstschutzz- und Sicherungsininstinkten in der Form der Neurose. Die gewonnenen Einsichten sucht der Verf. in der Richtung einer Reform der Sozialversicherung, insbesondere aber einer besseren ärztlichen Behandlung des Einzelfalles, nutzbar zu machen. Bei der immer noch bestehenden Neigung, die Renten-neurose lediglich als den Ausfluß von Begehrungsvorstellungen anzusehen, wobei den komplizierten psychologischen Zusammenhängen Gewalt angetan wird, muß die gedankenreiche Veröffentlichung begrüßt werden.

Wiethold (Berlin).

Menesini, Giulio: Ancora sulla valutazione medico-legale delle cosiddette neurosi traumatiche in tema di infortunio sul lavoro. (Noch ein Beitrag zur gerichtlich-medizinischen Bewertung der sog. traumatischen Neurosen als Betriebsunfall.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Siena.*) (4. congr. dell' Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.) Arch. di Antrop. crimin. 50, 1586—1589 (1930).

Nach dem Vorbild der Entscheidungen des Deutschen Reichsversicherungsamtes soll der neurotische Symptomkomplex nur dann entschädigungsberechtigt sein, wenn er auf Schädigungen zurückgeführt werden kann, welche als direkte Folge des physischen oder psychischen Traumas anzusehen sind. Heinz Kockel (Frankfurt a. M.).

Herschmann, H.: Gerichtsärztliches Gutachten über die Neurose einer Sängerin. Psychiatr.-neur. Wschr. 1931 II, 385—388.

Eine prominente Künstlerin der Wiener Staatsoper mußte aus Krankheitsrücksichten ihren Vertrag unerfüllt lassen, während sie aber zur gleichen Zeit, wo sie in Wien singen sollte, im Ausland auftrat und große Erfolge hatte. Darauf Klage wegen Vertragsbruch. Verf. in Gemeinschaft mit einem Laryngologen kam in seinem Gutachten zu Händen des Gerichts zum Schluß, daß die Künstlerin an einer Erwartungsneurose leide, derzufolge sie außerstande war, ihre künstlerischen Obliegenheiten derzeit zu erfüllen. H. Binswanger (Zürich).

Stiefler, Georg: Begutachtungsfragen. Die sogenannte Unfallneurose II. Fortschr. Neur. 3, 461—490 (1931).

In einem kritischen Sammelbericht gibt Stiefler eine sehr gründliche und lesenswerte Übersicht über die Arbeiten der letzten Jahre, welche sich mit den psychogenen Reaktionen nach Unfällen befassen. Auch einige ausländische Arbeiten werden dabei besprochen, welche erkennen lassen, daß die Probleme im Ausland ganz die gleichen sind wie bei uns. Verf. begrüßt, wie die Mehrheit der Gutachter, die Entscheidung des R. V. A. vom 24. IX. 1926. Es kann die erfreuliche Tatsache nicht übersehen werden, daß der in dieser Entscheidung festgelegte Standpunkt sich auch in den Gutachten der praktischen und Fachärzte immer mehr durchsetzt, die „traumatische Neurose“ als entschädigungspflichtige Unfallfolge ganz entschieden im Abnehmen begriffen ist. Dabei weist aber Verf. sehr mit Recht auf die Notwendigkeit genauer Untersuchungen bei scheinpsychogenen Störungen und Vorsicht bei der Beurteilung von Kopfverletzungen hin. Alle Versuche, die Politik in den Fragebereich der Unfallneurose hereinzuziehen, sind mit aller Entschiedenheit als unzulässig zurückzuweisen.

F. Stern (Kassel).

Hinsberg: Die typischen Unfallschädigungen des Ohres und ihre Begutachtung. (43. Tag. d. Vereinig. Südostdtsh. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, Hindenburg, Oberschlesien, Sitzg. v. 23.—24. XI. 1930.) Internat. Zbl. Ohrenheilk. 33, 345—347 u. 348—350 (1931).

Aus diesem Referat sei nur auf einiges hingewiesen: Ein- und doppel-seitige Schwerhörigkeit, Verschlechterung bestandener Schwerhörigkeit, sowie Vestibularstörungen sind nur unfallbedingt, wenn sie sofort eingetreten, unverändert geblieben oder verbessert sind; eine Verschlimmerung hat stets andere Ursache, Otosklerose wird durch Unfall nicht beeinflusst.

Jahrelanger Schwindel wird selbst durch Labyrinthblutung nicht hervorgerufen. Nach Vestibularschaden kann der Verletzte nicht weiter gearbeitet oder allein nach Hause gegangen sein; liegt keine Gehirnschädigung vor, so ist die Erscheinung neurotisch. Die Hörstörung hat nur den Charakter der Innenohrschwerhörigkeit. Die Verordnung über Lärmschwerhörigkeit enthält Härten gegen die nicht bis nahezu zur Taubheit Geschädigten und die in nicht-Metall-bearbeitenden Betrieben Ertaubten. Bei akuter Entzündung sind zeitlich begrenzte, ungünstige Wettereinflüsse dem Unfall gleichzusetzen. Schwierig ist besonders die Entscheidung, ob eine chronische Eiterung durch Unfall aus akuter bzw. unfallbedingter akuter Entzündung hervorgegangen ist. Unfallbedingte Komplikationen nach solchen Eiterungen brauchen auch bei gleichzeitiger Knochenverletzung eine gewisse Zeit zur Entwicklung.

Klestadt (Magdeburg).

Gualdi, Vincenzo: *L'importanza della morfologia e della patogenesi della „cataratta elettrica“ agli effetti della sua valutazione medico-legale.* (Die Bedeutung der Morphologie und Pathogenese der Cataracta electrica vom gerichtsärztlichen Standpunkte.) (*Clin. Oculist., Univ., Genova.*) Arch. di Antrop. crimin. **51**, 499—503 (1931).

Das Vorhandensein von typischen Trübungen in den vorderen Linsenschichten, ohne Trübungen in den hinteren Schichten, spricht für Cataracta electrica durch Starkstrom. Falls außer diesen vorderen Trübungen auch solche in den hinteren Linsenschichten und Veränderungen am Sehnerv oder an der Netzhaut bestehen, wird man aber nicht mit Sicherheit den Unfall als Ursache der Linsenveränderung ausschließen können. Beim Fehlen der Schädigung im vorderen Linsenabschnitt dagegen wird man die Starbildung nicht durch die Stromwirkung deuten können; denn die direkte mechanische und elektrolytische Wirkung des Starkstromes äußert sich durch typische vordere Linsentrübungen. Beim Blitzstar genügen aber die spät auftretenden und fortschreitenden, sekundären Trübungen in den hinteren Linsenschichten allein, die durch Veränderungen in der Uvea bedingt sind, um den Blitz für die Entstehung derselben verantwortlich zu machen. Die vom Verf. gegebenen Anhaltspunkte können natürlich nur bei unvollständiger Linsentrübung verwertet werden. Äußerst genaue Untersuchung, auch mit der Spaltlampe, und Funktionsprüfung sind immer unumgänglich notwendig.

Oblath (Triest).

Francioni, Giuseppe: *La menomazione della funzione visiva e lo stato d'invalidità.* (Die Schädigung der Sehfunktion und Invaliditätszustand.) (*Cassa Naz. per le Assicurazioni Soc., Roma.*) (*4. congr. dell'Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.*) Arch. di Antrop. crimin. **50**, 1346—1349 (1930).

Verf. gibt der Überzeugung Ausdruck, daß in Abänderung der bisher bestehenden Bestimmungen, bei Bemessung der Einbuße an Erwerbsfähigkeit infolge von Verletzungen und Erkrankungen, auf die Art der vom Geschädigten bisher geleisteten Arbeit, den Grad der Erwerbsfähigkeitsminderung bezogen auf diese spezifische, bisher geleistete Arbeit, die Angewohnungsmöglichkeiten an die Folgen der Augenschädigung, schließlich auf die im Einzelfalle bestehende Möglichkeit, eine von der bisher betriebenen verschiedene Beschäftigung zu erlernen, Rücksicht genommen werden müßte, um zu einer gerechten Bemessung der Entschädigung zu gelangen.

Koch (Triest).

Dewes, Hans: *Zur Frage der traumatischen Entstehung der Thrombophlebitis.* (*Chir.-Gynäkol. Abt., Heiliggeistkranken., Saarbrücken.*) Zbl. Chir. **1931**, 2436—2439.

An Hand eines Falles weist Verf. nach, daß eine Krampfaderthrombose nach Unfall ursächlich mit diesem in Zusammenhang stehen kann, auch wenn das Trauma die betreffende Extremität selbst nicht wesentlich betroffen hat und auch ohne daß längere Bettruhe, Infektion oder dergleichen dabei mitspielten. Notwendige Voraussetzung ist wohl, daß die Varicen im Augenblick des Unfalls prall gefüllt sind, und daß durch die Gewalteinwirkung eine plötzliche Erhöhung des Druckes in den Varicen mit entsprechender Überdehnung der Wandung erfolgt. Diese braucht wohl nicht immer in Form von Blutaustritten nachweisbar zu sein, sondern es kann auch ohne diesen äußerlich sichtbaren Ausdruck der Gefäßschädigung zu Einrissen der Intima kommen.

L. Lurz (Mannheim).

Ernst, Walter: *Spättetanus durch stumpfes Trauma über 14 Jahre nach der ursächlichen Kriegsverletzung.* (*Strafanst., Bruchsal.*) Arch. f. Hyg. **106**, 235—240 (1931).

Ein außerordentlich interessanter und lehrreicher Fall. Alte K.D.B. des linken Mittel-

handknochens mit Erdverschmutzung (Dezember 1916) durch Explosion eines Sprengpäckchens (Dynamitpatrone). Konservativ behandelt; März 1917 als arbeitsverwendungsfähig aus dem Lazarett entlassen. Am 13. IV. 1931 schlug der Patient mit der seinerzeit kriegsverletzten Hand an eine Maschine an und verspürte starke Schmerzen. Befund: Ödematöse Schwellung und Rötung über dem linken Grundgelenk IV, zum Teil im Bereich einer alten bläulich verfärbten, atrophischen, derben, mit der Unterlage verwachsenen Narbe. Mittelhandknochen des Mittelfingers zerstört. Keine äußere Verletzung. 15. IV. 1931: Aus stecknadelkopfgroßer Öffnung der Narbe geringe eitrige Sekretion. 38,2° Temperatur. 19. IV. 1931: Krampfanfall. Klinisch: Tetanus. Innerhalb von 4 Tagen 122000 Einheiten Tetanus-Antitoxin (intravenös, subcutan, intralumbal). 25. IV.: Bei Sondierung der kleinen Handwunde artfremder Gewebsfetzen von Erbsengröße (Pappestückchen) zutage gefördert. Bei **Ausräumung** der Wunde wurden noch mehrere kleine Pappestückchen entfernt. Bakt.: Tetanusbacillen +. 30. V. 1931: Patient nach weiterer entsprechender Behandlung völlig genesen. — Es ist außer Zweifel, daß die am 25. IV. 1931 aus der Wunde entfernten Pappestückchen noch von der Sprengpäckchenverletzung aus dem Jahre 1916 herrühren. Verf. nimmt als sicher an, daß Patient durch die übliche prophylaktische Seruminjektion unmittelbar nach der Verletzung immunisiert wurde. Die eingebrachten Tetanusbacillen selbst kamen damals nicht zur Wirkung; ihre Dauerformen jedoch blieben, an den Fremdkörpern haftend, avirulent im Gewebe liegen. Die stumpfe Verletzung am 12. IV. 1931 hat zu einem Bluterguß um die Fremdkörper herum geführt und die Erreger fanden in demselben die besten Bedingungen zur Wiedererlangung der Virulenz.

Die Lehre, daß der Tetanuserreger sich unter besonderen Bedingungen sehr lange innerhalb lebenden Gewebes erhalten kann (vgl. Lexer, Buzello, Hesse, Kaposi, Brunzel) wird durch den vorbeschriebenen Fall mit der bisher unbekanntem Latenzdauer von über 14 Jahren erneut bestätigt. (Der Fall dürfte auch unfallrechtlich von Bedeutung sein; Ref.)

Buhtz (Heidelberg).

Lochtkemper, J.: Staublung und Staublungentuberkulose im Sinne des Gesetzes und der Rechtsprechung. (*10. Jahresvers. d. Ges. Dtsch. Tbk.-Fürsorgeärzte, Bad Kissingen, Sitzg. v. 27. V. 1931.*) Beitr. Klin. Tbk. 78, 442—465 (1931).

Die Erwerbsminderung durch Staublungenerkrankung muß „wesentlich“ nach dem 31. XII. 1919 verursacht sein. Der Verf. hält 1—3 Jahre Einwirkungsdauer für notwendig, jedoch kann die Zeit bei gewissen Tätigkeitsarten, z. B. in der Scheuerpulverindustrie, erheblich geringer sein. Die Begriffsbestimmung der „schweren“ Staublungenerkrankung, wie die Verordnung sie vorsieht, ist schwierig. Nach Lochtkemper genügt eine im medizinischen Sinne schwere Erkrankung; die Funktionsstörungen (Ausfallserscheinungen) sind entscheidend. Bei Störungen im kleinen Kreislauf, Bronchitiden usw. muß berücksichtigt werden, daß diese evtl. unabhängig von der Staublungenerkrankung und in höherem Maße als diese „wesentlich“ sein können. Aktive Tuberkulose fand L. im Gegensatz zu anderen Autoren nur in 19,51% der Fälle von schwerer Staublung. Die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose, der Bewertung usw. zeigen besondere Ausführungen und ausgezeichnete Bilder des Verf. Pleuritis und Bronchiektasen sind in Verbindung mit Staublungenerkrankung für Diagnose und Beurteilung bedeutungsvoll. Für die Erneuerung abgelehnter Rentenanträge ist es wichtig, daß die Steinstaubknoten auch nach Aussetzen der schädlichen Arbeit zu nehmen können. L. schätzt als durchschnittliche Frist für die Erneuerung der Anträge 1½—2 Jahre vor. Im Schlußwort erklärt L., daß die Heilstättenkuren bei Staublungenerkrankungen im allgemeinen ohne Wert sind, meistens (nicht immer) auch bei Vergesellschaftung mit Tuberkulose.

Briegler (Sprottau).

Klusmann, Theodor: Betrachtungen über die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen Armverlust und Lungentuberkulose. *Ärztl. Sachverst.ztg* 37, 179—183 (1931).

Die Lungentuberkulose stellt den Gutachter, der sich über ihre Entstehung äußern soll, manchmal vor eine schwere Aufgabe. Ganz besonders bei der Beantwortung der Frage, ob der Verlust eines Armes Ursache einer Lungentuberkulose werden kann. Als Grundbedingung muß der Umstand gelten, daß sich an den Armverlust eine Inaktivitätsatrophie der angrenzenden Atemmuskeln von ungewöhnlichem Ausmaße angeschlossen hat, ferner, daß der Anfangsherd in dem Teile der Lungen sitzt, der unter dem Einflusse der außer Tätigkeit gesetzten Muskeln steht. Die Betrachtung schließt

mit der Feststellung, daß vor einem Zusammenhange zwischen Armverlust und Lungentuberkulose eine ganze Reihe von Bedingungen steht. *Schellenberg* (Ruppertsheim).

Engelke, O.: Habituelle Schulterverrenkung und Betriebsunfall. Arch. orthop. Chir. 30, 163—175 (1931).

Im Anschluß an die Schilderung der Zusammenhangsfrage zwischen habitueller Schulterluxation und Betriebsunfall bei einem zu begutachtenden Patienten durch die orthopädische Versorgungsstelle Düsseldorf macht Verf. bemerkenswerte Ausführungen über den Begriff Betriebsunfall. Er weist darauf hin, wie schwierig es ist, den „Betriebsunfall“ richtig abzugrenzen! Unverkennbar ist aber das Bestreben, den Begriff einzuengen. Dies hat sich in der Praxis der Begutachtung und Rechtsprechung wohl als notwendig erwiesen, um zu verhindern, daß schlechthin alle Körperschädigungen oder Krankheiten, die „beim Betrieb“ auftreten, der Entschädigungspflicht nach dem Unfallversicherungsgesetz unterliegen. Man denke nur an die Schwierigkeiten, die bei der Beurteilung von Leistenbrüchen schon entstanden sind. Die Zerlegung des Unfalles in „Ereignis“ und „Gesundheitsschädigung“ hat etwas Willkürliches an sich. Die schädigende Einwirkung und der Schaden können nicht getrennt betrachtet und beurteilt werden. Sie bilden eine Einheit. Der Körperschaden ist gewissermaßen ein Produkt aus der schädigenden Einwirkung und der Reaktionsweise des Körpers. Die Art und Weise, wie der Organismus auf eine Schädigung antwortet, ist in diesem Produkt eine veränderliche Komponente. Sie ist veränderlich wegen der individuellen Verschiedenheit der körperlichen und geistigen Widerstandskraft. Handelt es sich um einen Menschen, der wenig empfindlich auf eine Schädigung reagiert, so kann sogar ein außergewöhnliches Vorkommnis im Betrieb den Körper treffen, ohne daß ein Unfallschaden entsteht. Ist andererseits die Reaktion eine empfindliche, so ist gar kein außergewöhnliches Vorkommnis notwendig, um einen Unfallschaden entstehen zu lassen. Es genügt dazu schon eine Schädigung im Rahmen der üblichen Betriebsarbeit. Oder anders ausgedrückt: ein minderwertiger Organismus ist gegen Umwelteinflüsse empfindlicher als ein vollwertiger. Sowenig wie es zwischen „normal“ und „pathologisch“, zwischen „plötzlich“ und „allmählich“ scharfe Grenzen gibt, so wenig gibt es solche zwischen der „Gefahr des täglichen Lebens“ und einem „außergewöhnlichen Vorkommnis beim Betrieb“. Hier wie da sind die Grenzen fließend. Und somit kann es auch keine mathematisch genaue Abgrenzung des Begriffes „Betriebsunfall“ geben. Es gibt Grenzfälle, die zu einer mehr oder weniger willkürlichen und naturgemäß die eine der beiden Parteien nicht befriedigenden Entscheidung führen. Wichtiger ist, die jedem Unfallversicherungsfall zugrunde liegende Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen der Gesundheitsstörung und der Betriebsarbeit. In vielen, ja den meisten Fällen ist der Zusammenhang klar und sinnfällig. In anderen Fällen, besonders bei den nicht sofort in Erscheinung tretenden Verletzungsfolgen und Erkrankungen ist es dafür um so schwerer, zu einer befriedigenden Entscheidung zu kommen. Es gibt nur einen Ausweg aus diesen Schwierigkeiten: Es müßte der ganze Fragenkomplex des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Körperschaden und schädigender Einwirkung aus der Sozialversicherung herausgenommen werden. Wäre es nicht viel einfacher, man brauchte bei der Begutachtung eines Leidens nicht nach seiner Ursache zu fragen? Wieviel Arbeit könnte gespart werden, sowohl für Ärzte als auch für Versicherungsträger und Spruchbehörden! Für den Arzt würde damit die leidige Frage nach den ursächlichen Zusammenhängen mit einem Schlage wegfallen. Er brauchte nur den Schaden als solchen zu beurteilen. Wollte man in der Unfallversicherung, in der naturgemäß die gleichen Probleme auftauchen, die Frage nach den ursächlichen Zusammenhängen gänzlich ausschalten, so müßten zwangsläufig die Schranken zwischen Unfall-, Kranken- und Invalidenversicherung fallen. Verf. kommt auf dem Umweg über einen einzelnen Versicherungsfall und die Frage des ursächlichen Zusammenhanges zu einer Forderung, die in letzter Zeit aus den verschiedensten Gründen immer wieder erhoben worden ist, nämlich nach Vereinfachung und Vereinheitlichung der Sozialversicherung. Auf dem Wege dazu befinden wir uns schon lange. Seit es eine reichsgesetzliche Arbeiterversicherung gibt — sie hat noch nicht zwei Generationen überlebt —, ist sie in einem dauernden, teils langsamer, teils rascher verlaufenden Umbauprozess begriffen. Die einzelnen Gebiete haben sich dabei immer mehr verbreitert und einander genähert. Speziell in der Unfallversicherung sind durch Einbeziehung der Berufskrankheiten und der Unfälle, die sich auf dem Hin- und Rückweg zur Arbeitsstelle ereignen, die Grenzen viel weiter gesteckt worden. Würde man einen Schritt weitergehen, und die Entschädigungspflicht für Verlust oder starke Verminderung der Arbeitsfähigkeit nur nach der Gesundheitsschädigung bemessen, ohne nach ihren Ursachen zu fragen, so würde manche Reibungsfläche und Unvollkommenheit aus der heutigen Sozialversicherung verschwinden. Es würde damit allerdings der letzte Schritt von einer Risikoversicherung gegen Krankheit, Unfall und vorzeitige Invalidität zur Versorgung der Bevölkerungsschichten getan, die nicht in der Lage sind, sich Rücklagen für Alter, Krankheit und Unglücksfälle zu schaffen. Es liegt nahe, den Einwand zu erheben, daß bei einer solchen Weiterentwicklung der Sozialversicherung das Bestreben der Versicherten, sich neben dem Arbeitsverdienst oder einer etwaigen Arbeitslosenunterstützung auf Grund einer Gesundheits-

störung eine Rente zu verschaffen, stark zunehmen würde. Hiergegen könnte eine Sicherung getroffen werden, etwa durch die Bestimmung, daß die Entschädigungspflicht erst bei einer Gesundheitsstörung erheblichen Grades einsetzt, analog dem Reichsversorgungsgesetz, nach dem erst bei einer Erwerbsminderung von 30% an eine Rente bewilligt wird. Der oben gemachte Einwand kann schon damit entkräftet werden, daß für einen bestimmten Personenkreis doch irgendeine Instanz, einer der Versicherungsträger, der Staat oder die Gemeinde die Kosten zu tragen hat, wenn durch Krankheit oder Unfall — innerhalb oder außerhalb der Betriebsarbeit — der Gesundheitszustand so stark leidet, daß die Fähigkeit oder Möglichkeit, sich durch Arbeit das zum Lebensunterhalt Notwendige zu erwerben, teilweise oder ganz verloren geht. Eine Patentlösung, die alle Wünsche befriedigt, wird, darüber darf man sich wohl keinen Illusionen hingeben, allerdings schwerlich gefunden werden können, vor allem, wo es gerade heute gilt, die Allgemeinheit für die Zwecke der Sozialversicherung nur in dem unbedingt notwendigen Maße zu belasten.

L. Duschl (Düsseldorf).

Francioni, Giuseppe: Spunti di semeiotica medico-legale. Sull'accertamento obiettivo della mobilità della colonna vertebrale. (Über den objektiven Nachweis der Beweglichkeit der Wirbelsäule.) (*4. Congr. dell' Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.*) Arch. di Antrop. crimin. **50**, 1350—1353 (1930).

Mitteilung, wie es gelingt, die Beweglichkeit, speziell der Halswirbelsäule, in verschiedenen Richtungen objektiv nachzuweisen.

Gg. Strassmann (Breslau).

Gioia, Terencio: Ankylosierende, posttraumatische Wirbelsäulenaffectationen. (*Hosp. Rawson, Buenos Aires.*) *Semana méd.* **1931 I**, 1037—1049 [Spanisch].

An den Beginn seiner Betrachtungen stellt Verf. den Satz, daß nach seiner Erfahrung die reine Simulation sehr selten, dagegen die Übertreibung der Symptome sehr häufig ist. Unter den verschiedenen zur Ankylose führenden Schädigungen sind lediglich diejenigen Traumen Gegenstand der Arbeit, die auf den ersten Blick unbedeutend erschienen, jedoch durch Zerrungen, Zerreißen, seröse und blutige Ergüsse mit der Zeit Verbildungen des Knochens hervorrufen. Die leichten Brüche oder Luxationen der Wirbelsäule können sich lange Zeit unter einem der Lumbago ähnlichen Bilde verbergen und werden erst dann entdeckt, wenn Störungen von seiten des Rückenmarks oder eine Kyphose auftreten. Diese Brüche betreffen vornehmlich die Hals-, die unteren Brust- und die oberen Lendenwirbel und können durch leichteste Traumen hervorgerufen werden. Sie können für Monate als einzige Erscheinung Schmerzen hervorrufen. Die Lokalisation der Schädigung beruht zum Teil (Menard) auf mechanischen Momenten: bei Fall oder Schlag auf den Kopf hochgelegene, bei Fall auf die Füße oder in sitzender Stellung tiefgelegene Brüche. Ein anatomischer Grund für das seltene Befallensein der Brustwirbelsäule ist die Stärke des Lig. ant. comm., während die starken sakrolumbalen Muskeln bei plötzlicher Zusammenziehung zu Brüchen der betreffenden Wirbel führen können. Am häufigsten werden befallen der 1., 2. und 3. Lendenwirbel, der 5. und 6. Halswirbel, der Atlas und der Epistropheus in der angegebenen Reihenfolge. Die Kümmelsche Krankheit ist, besonders nach den Ergebnissen von Schmorl, der Fraktur eines Wirbelkörpers oder mehrerer zuzuschreiben. Es folgt nun eine eingehende Beschreibung der Symptomatologie und der Differentialdiagnose dieser Krankheit. Für die Diagnose ist ein wichtiges Hilfsmittel die Verfolgung der röntgenologischen Veränderungen mittels Serienaufnahmen in Abständen von 8—14 Tagen. Das Krankheitsbild wird charakterisiert durch folgende drei Etappen: 1. traumatische Einwirkung, oft unbedeutend; 2. freies Intervall relativen Wohlbefindens; 3. allmählich fortschreitende Deformation der Wirbelsäule, meistens Kyphose, gelegentlich Skoliose. — Eine „traumatische Lumbago“, die nicht in 8 bis 10 Tagen abklingt, muß an folgende fünf Möglichkeiten denken lassen: 1. Übertreibung; 2. rheumatische Erkrankung; 3. am wahrscheinlichsten Erkrankung der Wirbelsäule (Bruch, Kyphose, Osteomyelitis, Spondylitis); 4. eine nervöse Erkrankung; 5. abdominale Erkrankung.

Reich (Breslau).

Huber, E.: Spondylolisthesis als Unfallfolge? (*Med.-Mechan. Abt., Orthop. Klin. v. San.-Rat Dr. Gangele, Zwickau.*) *Mscr. Unfallheilk.* **38**, 301—311 (1931).

Eine symmetrische Spondylolisthesis macht in der Regel nur geringe Beschwerden, während bei einem asymmetrischen Abgleitprozeß häufig starke Schmerzen (Cauda-

druck) auftreten. Da in der Literatur bisher noch kein einziger Fall von Spondylo-
listhesis beschrieben worden ist, von dem Röntgenbilder vor und nach dem als auslösend
geltenden Trauma vorliegen, lehnt Verf. die traumatische Genese der Spondylolisthesis
ab. Nur bei ganz schweren Unfällen kann es zu einer traumatischen Luxation des
5. Lendenwirbels über das Kreuzbein kommen. — Mitteilung eines Falles. *Baruch*.

**Rizzatti, Ennio, ed E. Benassi: Reperti ossei patologici e osservazioni su la etiologia
traumatica della spondilosi rizomelica.** (Pathologische Knochenbefunde und Betracht-
ungen über die traumatische Ätiologie der ankylosierenden Spondylitis.) (*4. congr.
dell'Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.*) Arch. di Antrop. crimin.
50, 1378—1381 (1930).

Die Ankylose bzw. Synostose der sacro-iliacalen Beckenknochen wurde von den
Verff. nicht, wie sonst beschrieben, als inkonstante Späterscheinung, sondern als kon-
stantes Frühsymptom auch schon bei solchen Fällen gesehen, wo weder radiologisch
noch klinisch vorgeschrittenere Veränderungen der Hüft-Femurgelenke nachweisbar
waren und wo auch die Ankylosierung der Wirbelsäule sich noch in bescheidenen
Grenzen hielt. Eine Atrophie der Wirbelsäule, allerdings meist leichteren Grades, wurde
von ihnen ebenfalls festgestellt, während die schwere osteomalazische Form nur in einem
einzigsten Falle zur Beobachtung kam. Als ziemlich konstanter Befund zeigte sich eine
Störung in der trabekulären Architektur der Beckenknochen, mit Verödungszonen,
die unregelmäßig mit Verdichtungszonen wechselten. Als besonders charakteristisch
imponierte die unregelmäßige, gezackte und gezahnte Zeichnung der Umrisse des
Beckenskelets und speziell des Os ischii an seinem unteren Rande, die vielleicht zum
kleineren Teile mit einer ungleichmäßigen Atrophie der Knochen zusammenhängt,
überwiegend aber mit einer ungleichmäßigen Knochenneubildung auf der Periosteite.
Manchmal strahlen vom Knochenumriß, speziell an der Tuberositas ischii, divergente
radioopake Zonen aus, die an eine beginnende Verknöcherung der Muskelinsertionen
denken lassen. Das Studium dieser periostitischen Ossificationsvorgänge ist geeignet,
ein Licht auf die Pathogenese der Spondylosis rhizomelica zu werfen. Bisher wurde
letztere mit Vorliebe auf ein Trauma zurückgeführt; aber schon Geilinger warnt vor
der Konstruktion des Traumas. Die Ergebnisse der Verff. schreiben dem Trauma nur
eine sekundäre Rolle zu im Vergleich zu anderen, wichtigeren und komplizierteren
ätiologischen Zusammenhängen. *Liquori-Hohenauer* (Illenau).

Büchert: Zur Begutachtung von Veränderungen an der Wirbelsäule. (*Orthop.
Versorgungsstelle, Königsberg i. Pr.*) Z. Med.beamte 44, 263—268 (1931).

Die Begutachtung der Erkrankungen der Wirbelsäule gehört zu den schwersten
Aufgaben der Medizin. Erst seit Schmorls Arbeiten fangen wir an, einige Kenntnisse
von der Mannigfaltigkeit der Erkrankungen und ihrer Symptome zu gewinnen. Vor
der leichtfertigen Überschätzung des Röntgenbildes ist zu warnen. In vielen Fällen
sind röntgenologisch stark imponierende Veränderungen (arthritische Zacken, kongeni-
tale Synostosen, Knorpelknötchen usw.) klinisch absolut irrelevant. (Vgl. diese Z. 14,
227.) *Baruch* (Berlin).

Baisi, Vincenzo: Ulteriori spunti di semeiologia del cammino. (Weitere Beiträge
zur Lehre von den Erscheinungsformen des Ganges.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Siena.*)
(*4. congr. dell'Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.*) Arch. di Antrop. crimin.
50, 1416—1419 (1930).

In Fortsetzung der Studien von Lenzi (vgl. diese Z. 17, 93) wird kurz über die
Veränderungen berichtet, die im Gehakte auf ebenem Terrain eintreten, falls die
Versuchspersonen, die mit schmerzhaften Affektionen an den unteren Extremitäten be-
haftet sind, Lasten mit der Schulter zu tragen haben. *v. Neureiter* (Riga).

**Klieneberger, C.: Schußverletzung linker Unterschenkel, Eiterung und „an-
genommenes Nierensteinleiden“ 10 Jahre nach Wundheilung.** (*Stadtkrankenkh., Zittau.*)
Zbl. inn. Med. 1931, 690—698.

Ausführliches Gutachten über folgenden Fall: Ein im Jahre 1914 durch Gewehr-
schuß

durch den linken Unterschenkel, Aneurysma der Kniekehlschlagader mit anschließendem Eiterungsprozeß Verwundeter bezieht für die Folgen dieser Schußverletzung eine Rente von 50%. Im Jahre 1930 stellt Patient den Antrag „ein seit langer Zeit bestehendes Nierensteinleiden als Kriegsdienstbeschädigung anzuerkennen“, und die Rente auf 80% zu erhöhen, da Nierensteinleiden überwiegend bei Kriegsdienstbeschädigten eintreten, welche an starker Knocheneiterung gelitten haben. Die dem Gutachter vorgelegten Fragen gipfelten darin, ob das angenommene Nierensteinleiden und die Kriegsdienstbeschädigung in ursächlicher Beziehung stehen, bzw. ob länger bestehende Knocheneiterung des zu Begutachtenden und Nierensteinleiden ätiologisch verknüpft sein können. Der erste Nierensteinanfall soll 1929, also 15 Jahre nach der Verwundung, aufgetreten sein. Aus den Akten geht hervor, daß im Jahre 1923 eine als Blinddarmentzündung gedeutete Erkrankung im rechten Unterbauch vorlag — die Verf. möglicherweise als Nierensteinanfall anspricht —, ferner als wichtiger Faktor für die Begutachtung, daß es im Anschluß an die Verwundung nicht zu nennenswerter Sequesterbildung am verwundeten Bein kam. Eingehende urologische Untersuchungen und Pycelographie wurden nicht ausgeführt, worauf Verf. in seinem Gutachten hinweist. Unter Würdigung der Literatur über Zusammenhänge zwischen Knochenverletzungen, Infektion und Nierensteinbildung kommt Verf. im vorliegenden Falle zu dem gutachtlichen Schluß, daß die Voraussetzungen für Verknüpfung eines evtl. Steinleidens mit der Kriegsverletzung nicht gegeben sind (Art der Verletzung, Krankenlager, normaler Harn im Jahre 1923, fehlende zeitliche Verknüpfung, Befund usw.). Er lehnt darum Dienstbeschädigungsanerkennung für evtl. vorhandenes und evtl. vorhanden gewesenes Nierensteinleiden ab und sieht eine Erwerbsminderung von 50% als weitgehend wohlwollend bemessen an. O. A. Schwarz.

Cioffi, Francesco: Un raro corpo estraneo nell'esofago da infortunio agricolo. (Über einen seltenen Fremdkörper der Speiseröhre bei einem landwirtschaftlichen Unfall.) (*4. Congr. dell' Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.*) Arch. di Antrop. crimin. 50, 1381—1386 (1930).

Ein Schäfer merkte beim Trinken an einer Quelle, daß er ein kleines weiches Körperchen geschluckt hatte. Nach einigen Tagen hatte er ein merkwürdiges Kitzelgefühl in der Speiseröhre, dem jedesmal blutiger Auswurf folgte. Das ausgeworfene Blut koagulierte mit großer Verspätung. Auf Grund dieser Symptome wurde die Anwesenheit eines Blutegels in der Speiseröhre angenommen. Nach Trinken von 5 proz. warmem Tabakauszug wurde ein 10—12 cm langer lebender Blutegel erbrochen. Gerichtlich-medizinisch hat der Fall kaum eine Bedeutung. Vom Gesichtspunkte der landwirtschaftlichen Unfallversicherung ist der Schaden auf eine Arbeitsunfähigkeit. Zavka (Adria).

Ruge, E.: Betriebsunfall und Magengeschwür. (*Städt. Krankenh., Frankfurt a. O.*) Arch. klin. Chir. 163, 728—739 (1931).

Es wird unterschieden: der behauptete Zusammenhang eines Magengeschwürsdurchbruchs mit einem vorangegangenen Unfall und der behauptete Zusammenhang der Entstehung eines Ulcus mit einem geeigneten Trauma. Derartige Zusammenhänge werden immer wieder behauptet und führen zu Rentengewährung meist dann, wenn der zeitliche und örtliche Zusammenhang einigermaßen gewahrt ist. Dennoch halten bei sorgfältigster Prüfung die Fälle fast durchweg der Kritik nicht stand. Angesichts der Tatsache, daß Traumen der Pylorusgegend eine sehr hohe Heiltendenz besitzen und angesichts der immer stärker zu konstitutionellen Erklärungen für das Ulcus neigenden Anschauung ist in der Tat die Möglichkeit, daß ein einmaliges Trauma zur Entstehung einer Magengeschwürskrankheit führen könne, sehr gering. Was die Möglichkeit anlangt, daß ein einmaliges Trauma ein perforationsreifes Ulcus zum Durchbruch bringe, so wird auf die große Zahl von Ulcusperforationen verwiesen, welche bei völliger Ruhe, bei leerem Magen, z. B. mitten in der Nacht, fern von jedem Trauma erfolgen. Bei einem Schwerarbeiter wird aber durch die geleistete Arbeit die gewaltige Anspannung der Bauchpresse so häufig herbeigeführt, daß die Perforation eines Ulcus unmittelbar nach einer selbst das Gewöhnliche übersteigenden Kraftanstrengung oder einer Traumatisierung der oberen Bauchgegend unter die zufälligen Zusammenhänge gehört. Es wird unterschieden zwischen dem penetrierenden, langsam unter Narbenbildung in die Nachbarschaft vordringenden Ulcus und dem rapide ohne jede bindegewebige Schutzbildung in die freie Bauchhöhle perforierenden Ulcus, das fast bis zum Moment der Perforation ohne jedes klinische Symptom bleiben kann und so den Charakter eines Morbus sui generis trage. Unter 156 Fällen von reseziertem chron. Ulcus fanden sich 3 Fälle mit behaupteter Unfallursache. Keiner von ihnen hielt der

Kritik stand. Unter 38 Fällen von akuter Ulcusperforation waren nur 2, in denen von den Kranken ein vorangegangener Unfall als Ursache angeschuldigt wurde. In keinem von ihnen ergaben sich Momente, die für diesen Zusammenhang sprächen. Geeignete Traumen führen gelegentlich zu Blutungen oder vermehrten Schmerzen bei chron. Ulcus, in seltenen Fällen vielleicht einmal zu verfrühter Perforation. *Ruge* (Kiel).

Kaplan, Ira I.: Traumatic industrial cancer. (Traumatischer Industrialkrebs.) Ann. Surg. 94, 213—217 (1931).

Sicher erscheint die Arbeitsschädigung allein als Ursache nur für den Röntgenkrebs. Anders liegt die Sache, wenn ein durch Arbeit Knochenverletzter im Verlaufe der chirurgischen Behandlung wiederholter Röntgenbestrahlung bedarf und dadurch ein Geschwür bzw. Krebs entsteht. Ist diese Form auch als industrieller Krebs anzusehen? Der Autor führt nun verschiedene andere Fälle bei Arbeitern an, bei welchen Krebsbildung während der Arbeit durch ein relativ kleines Trauma, aber auf schon vorher irgendwie prädisponierten Stellen entstand.

Halten von Schufterzwecken im Munde bei einem luetischen Schuster während der jahrelangen Arbeit. Oder Entwicklung eines Carcinoms am Oberarm nach einem Fall. Entdeckung des Carcinoms schon kurz nach dem Fall. War hier nicht das Carcinom schon vorher vorhanden und war es nur übersehen worden? Ein anderer Fall: Stoß auf den Hoden mit Quetschung der Haut und des Testikels. 1 Monat später Fieber und Bluthusten. Die Untersuchung ergibt Metastasen von einem Hodentumor mit Schwellung der Leistenröhren. Hat hier der Stoß die Tumorbildung irgendwie angeregt oder beschleunigt und dadurch das Ende des Kranken beschleunigt? Oder: Ein Zimmermann verletzt sich an der Stelle eines Males. 6 Monate nachher geht er an metastatischem Melanom zugrunde. Letzteres hatte er seit Geburt. Eine Verletzung durch Stoß bei einem Maschineningenieur an einer an der Stirn sitzenden langjährigen Warze bewirkt Krebsbildung. Hat das mit der Beschäftigung etwas zu tun? Eine Magd mit Brandnarben aus der Jugend her verletzt sich und bekommt an der Stelle der Verletzung in der Narbe Krebs. Ist hier ihre Beschäftigung schuld? Gebührt der Magd eine Rente? Ein Stoß auf die Brust bei einer Dienstpersion bewirkt innerhalb weniger Monate einen zur Zeit der Entdeckung schon unheilbaren Mammakrebs. Dieselben Fragen. Ein 30-jähriger Maurer, dem ein Stein auf den Arm fällt, zeigt 10 Wochen später im Krankenhaus Carcinom am Ort des Traumas, die Amputation erfordert. Eine Metallsplitterverletzung am Arm führt zur Sarkombildung im unmittelbaren Anschluß an die blutende Wunde während der Wundheilung. Wer ist für diesen Fall verantwortlich? Leila Knox hat ähnliche traumatische Krebsbildung ausführlich beschrieben. Sie bestreitet die Notwendigkeit eines unmittelbaren ursächlichen Zusammenhanges und damit auch die Entschädigungspflicht, und zeigt, wie traumatische Unfälle auf den schon vorhandenen bösartigen Neubildungen in der Praxis vorkommen. In solchen Fällen ist auch nach *Mock* und *Ellis* vor absoluter Beweisführung, daß die traumatische Stelle vorher gesund war, kein Zusammenhang anzunehmen. *Ewing* hat 1926 darüber auch Regeln aufgestellt. Diese Auffassungen teilt der Autor.

K. Ullmann (Wien).^{oo}

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

Jedlowski, Paolo: La genocutireazione nei giovani. (Die Genocutireaktion bei jungen Menschen.) (*Clin. d. Malatt. Nerv. e Ment. Univ., Bologna.*) (4. congr. dell'Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.) Arch. di Antrop. crimin. 50, 1520—1527 (1930).

Die von *Ceni* angegebene Reaktion, welche in der Applikation eines Tropfens der (aus den Genitaldrüsen von niederen Wirbeltieren gewonnenen, mit den spezifischen Hormonen nicht identischen) „Testflüssigkeit“, von der 1 com 15 g frischer Drüse entspricht, auf die leicht scarifizierte Oberarmhaut besteht, wobei in positiven Fällen vorübergehend eine Papel, Rötung oder Schwellung auftritt, und je nach der Intensität als positiv, mittel, schwach oder unsicher bezeichnet wird, untersuchte der Verf. bei 330 jungen Individuen zwischen 19 bis 21 Jahren. Dabei fielen 84,25% positiv, 10,30% mittelstark, 4,24% unsicher und 1,21% negativ aus. Von den 4 Negativen zeichnet sich 1 durch schwere geistige und körperliche Schwäche aus, und war bei der Assentierung 1929 wegen „geistiger Defekte“ zurückgestellt worden; der 2. hatte vor kurzem eine schwere mit Nierenentzündung komplizierte Bronchopneumonie mitgemacht und war äußerst hilflos; beim 3. wurde eine bedeutende Nervenerschöpfung mit gewaltiger Abmagerung gefunden, beim 4. endlich der sich dem Anscheine nach der besten Gesundheit erfreute, brach in kürzester Zeit eine schwere Manie mit Verfolgungdelirien aus. Bei den Individuen, deren Reaktion mittelstark oder schwach ausfiel, konnte der Verf. stets eine mehr oder weniger ausgesprochene allgemeine psychisch-physische Schwäche nachweisen. Verf. zieht folgende Schlüsse: