

Vuori (348 — 1080) ausgeführt worden sind. Diese letzterwähnten Untersuchungen, die unabhängig voneinander gemacht worden sind, sprechen alle für die Richtigkeit der Theorie von Bernstein. Ylppö (Helsinki)°°

Versicherungsrechtliche Medizin.

Bergel: Über die Notwendigkeit von Leichenöffnungen bei Dienstbeschädigten. Z. Med.beamte 45, 165—173 (1932).

Verf. berichtet über eine ganze Reihe von einschlägigen Fällen, bei denen die Todesursache unklar war. Dadurch, daß eine Leichenöffnung nicht vorgenommen wurde, und der Fall mangelhaft geklärt war, ergab sich mehrfach eine Belastung des Reiches, die sicher in dem einen oder anderen Falle zu Unrecht erfolgte. Weitere Obduktionsfälle, die Verf. anführt, zeigen, daß allein durch die Leichenöffnung eine restlose Aufklärung des Falles möglich war. In der Praxis wird der Verfügung des RAM. vom 21. VI. 1921 betr. Leichenöffnungen durch Sachverständige nicht genügend Beachtung geschenkt. Die Forderung nach Obduktionen läßt sich bei den in Betracht kommenden Verbänden mit genügender Energie durchsetzen. Bei der zunehmenden Konzentration der Versorgungsämter ist es vor allem Aufgabe der praktischen Ärzte, bei zweifelhaften Fällen die restlose Klärung der Todesursache durch die Obduktion herbeizuführen. Auch Exhumierungen sollen immer durchgeführt werden, da sie häufig noch lange Zeit nach dem Tode die Klärung des Falles möglich machen. *Weimann.*

Silberborth: Die Bewertung ärztlicher und nicht ärztlicher Auskünfte in der Gutachtertätigkeit. Z. Med.beamte 45, 108—111 (1932).

Verf. geißelt die Gefälligkeitsaussagen von Zeugen und leider auch Ärzten; insbesondere ist die leichtfertige Abgabe von Attesten an Rentenbewerber mit oft absurden Urteilen zu tadeln (z. B. Tod an akuter Lungenentzündung in letzter Zeit wird vom Arzt darauf zurückgeführt, daß der Kranke wahrscheinlich durch Kriegsstrapazen eine Herzschwäche bekommen habe). Die Ausführungen der Verf. enthalten gewiß nichts, was nicht jeder Gutachter oft bestätigen muß, also nicht unbekannt ist; trotzdem sind die Ausführungen wegen ihrer Wichtigkeit zu referieren; Ärzteorganisationen und Ärztekammern sollten diesen Dingen mehr Aufmerksamkeit zuwenden. *F. Stern.*

Genée, R. W.: Ärztliche Bescheinigungen und Zeugenaussagen als „Brückensymptome“ zur DB-Frage. (*Versorgungszürl. Untersuchungsstelle, Berlin.*) Ärztl. Sachverst.ztg 37, 321—324 (1931).

Kritische Bemerkungen über ärztliche Atteste und Zeugenaussagen, deren häufige Unbestimmtheit für jeden Gutachter peinlich ist. Auf die vielen Fehlerquellen bei Zeugenaussagen wird hingewiesen. Diese Fehlerquellen müssen dem Prüfenden bekannt sein, ehe er die Zeugenaussagen als Brückensymptome verwertet. Nur so können gegebenenfalls Widersprüche zwischen ärztlicher Erfahrung und Rechtsentscheidung vermieden werden. *F. Stern (Kassel).*

● **Kaufmann, Constantin: Handbuch der Unfallmedizin. Mit Berücksichtigung der deutschen, österreichischen und schweizerischen öffentlichen und der privaten Unfallversicherung. Für den akademischen und praktischen Gebrauch bearbeitet. 5., nach der gegenwärtigen Versicherungs- und Gerichtspraxis umgearb. Aufl. Bd. 1. Allgemeiner Teil. Unfallverletzungen.** Stuttgart: Ferdinand Enke 1932. XXVIII, 862 S. RM. 52.—.

Das allgemein bekannte und geschätzte Handbuch der Unfallmedizin von Kaufmann liegt in der 5., nach der gegenwärtigen Versicherungs- und Gerichtspraxis umgearbeiteten Auflage vor und zwar zunächst der 1. Band, der den allgemeinen Teil und die Unfallverletzungen enthält. Der 1. Abschnitt umfaßt die aus den Versicherungsgesetzen sich ergebenden ärztlichen Aufgaben, Begriffsbestimmung des Betriebsunfalles, Abgrenzung von Unfall und nichtversicherter Krankheit, das Heilverfahren in der Unfallversicherung, die Leistungen für den erwerblichen Schaden, das betrügerische Verhalten der Versicherten, die Untersuchung der Unfallfolgen und die Begutachtung der Unfallfolgen. Im 2. Abschnitt wird die klinische Verletzungschirurgie abgehandelt, soweit sie durch die Unfallmedizin erweitert und ergänzt wird. Die Wundinfektionen, die Kopf-, Rücken- und Extremitätenverletzungen habe manche Änderungen erfahren, auch Hinweise auf die häufigen Verkehrsunfälle (Zweirad, Motorrad, Automobil) wurden notwendig, da diese in der Haftpflichtversicherung und in der privaten Unfallversicherung eine immer wichtigere Rolle spielen. Zum Schluß wird noch

die durch die vierte deutsche Notverordnung vom 8. Dezember 1931 bestimmte Änderung der Rentengewährung in einem kurzen Nachtrag erwähnt. Die Darstellung berücksichtigt neben der deutschen, wie früher, auch die österreichische und schweizerische öffentliche und private Unfallversicherung und gibt so einen umfassenden Überblick über das gesamte Unfallwesen. Bei der Besprechung des Unfallbegriffs ist dem Verf. anscheinend insofern ein Irrtum unterlaufen, als ihm die Erweiterung des Unfallbegriffes in der deutschen Unfallversicherung entgangen ist. Im Gegensatz zu früher gehört in Deutschland zum Begriff des Unfalls nicht mehr, daß die zu der Schädigung führende Gewalteinwirkung das übliche Maß der Arbeitsleistung überschreitet oder ein außergewöhnliches Ereignis darstellt, vielmehr kann unter Umständen schon die übliche Arbeitsleistung einen Unfall veranlassen. — Das vorliegende Werk ist in seinen Vorzügen, die auch seine neue Auflage enthält, so bekannt, daß sich eine besondere Empfehlung erübrigt. Für alle Ärzte, die in der Unfallversicherung mitzuarbeiten haben, ist es ein unentbehrlicher Ratgeber geworden. *Ziemke* (Kiel).

● **Horn, Paul: Praktische Unfall- und Invalidenbegutachtung bei sozialer und privater Versicherung, Reichsversorgung und Haftpflichtfällen. 3., umgearb. u. erw. Aufl. (Fachbücher. f. Ärzte. Hrsg. v. d. Schriftleit. d. Klin. Wschr. Bd. 2.)** Berlin: Julius Springer 1932. IX, 321 S. geb. RM. 19.80.

Seit dem Erscheinen der 2. Auflage des vorliegenden Buches sind 10 Jahre vergangen. Schon das läßt erwarten, daß die jetzt erschienene Neuauflage eine durchgreifende Umarbeitung zahlreicher Abschnitte bringen muß, um sich dem gegenwärtigen Stande der medizinischen Wissenschaft anzupassen. Die veränderte Wirtschaftslage hat wiederholt erhebliche Umänderungen der gesetzlichen Grundlagen der gesamten Versicherungsmedizin notwendig gemacht und auch die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes, des Reichsversicherungsgerichts und Reichsgerichts hat vielfach neue Gesichtspunkte in den Vordergrund gestellt. Entsprechende Änderungen und Ergänzungen mußten daher vorgenommen werden. Man findet die Notverordnungen der letzten Jahre sowohl auf dem Gebiet der Sozialversicherung wie auf dem der Reichsversorgung und auf dem Gebührenwesen teils im Text, teils in Fußnoten bis auf die zuletzt erlassene Notverordnung vom 8. XII. 1931 berücksichtigt, was für den ärztlichen Gutachter sehr zu begrüßen und sehr nötig ist. Neu aufgenommen ist in umfassender Darstellung die Knappschaftsversicherung sowie die entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten. Ein kurzes Literaturverzeichnis ist am Schlusse hinzugefügt, ein gutes Sachregister erleichtert die Orientierung nach Stichworten. — Das Buch ist in seinem neuen Gewande ein ausgezeichnetes Werk über Versicherungsmedizin, das durch die knappe Form und seine klare und übersichtliche Darstellung bemerkenswert ist und jedem praktisch tätigen ärztlichen Gutachter die gesuchte Orientierung und Belehrung über den gegenwärtigen wissenschaftlichen Stand einschlägiger medizinischer Fragen zu geben vermag. Besonders erwähnt sei die trotz ihrer Kürze erschöpfende Darstellung der Rechte und Pflichten des ärztlichen Gutachters und der bei der Untersuchung anzuwendenden Untersuchungsmethoden. Bei der Besprechung der einzelnen Unfallschädigungen und Krankheiten sind die neuesten wissenschaftlichen Erfahrungen berücksichtigt; so ist z. B. die Neurosenfrage eingehend behandelt und nach ihrer Entstehung, Symptomatologie, Diagnose und praktischen Beurteilung besprochen worden. Das Buch erfüllt in jeder Beziehung den erstrebten Zweck, dem praktischen Arzt als Gutachter ein zuverlässiger Ratgeber zu sein und ihn über alle wichtigen Fragen nach den gegenwärtig herrschenden Anschauungen der medizinischen Wissenschaft zusammenfassend und schnell zu unterrichten. *Ziemke* (Kiel).

● **Weizsäcker, V. v.: Über den Begriff der Arbeitsfähigkeit.** Dtsch. med. Wschr. 1931 II, 1653—1657 u. 1696—1698.

Die Arbeitsfähigkeit der Neurotiker (welche zum Teil nicht unerhebliche organische Befunde aufweisen) ist umstritten. Die Einstellung der Ärzte als Gutachter ist zum Teil diametral verschieden. Hingewiesen wird auf die therapeutischen Heilerfolge bei sog. Unfallneurose (die noch immer als Krankheit bezeichnet wird) und auf die Auffassung des Verf. im Sinne der Rechtsneurose. Das Phänomen der Arbeitsinsuffizienz ist weder aus einer Pathologie des Organismus, noch aus einer individuellen Psychopathologie und noch viel weniger aus einer moralischen oder moralkritischen Autorität zulänglich abzuleiten. Pessimismus bei der Behandlung von Sozialneurosen ist nicht am Platze. Die Annahme, daß Arbeitsscheu, Rentenbegehren und konstitutionelle Minderwertigkeit zusammenkommen, um das klinische Bild des Neurotikers der Versichertenklasse zu erzeugen, und daß mit diesem hier eine Krankheit im Sinne der Pathologie nicht vorliege, sei für den Großteil der Fälle widerlegt. Neben die Rechtsneurose tritt die Entmutigungsneurose. In dem Urteil über die Arbeitsfähigkeit eines Menschen ist unvermeidlich auch eine Einschätzung seiner Willens-

kraft, sowie Arbeitswilligkeit oder -unwilligkeit enthalten. Die Arbeitsfähigkeit sei überhaupt nicht objektiv meßbar und feststellbar, sondern ihre Einschätzung sei geradezu ein Akt des eigenen Willens des Urteilenden. Die Arbeitsfähigkeit selbst ist ihrem Wesen nach im Bereich des Willens begründet. Ein Mensch ist arbeitsfähig nicht dann, wenn er im Besitze eines intakten Organes, sondern im Besitze der Verfügung über Funktionen dieses Organes ist. Das Wollenkönnen muß selbst Gegenstand der Behandlung sein. Bei der „sozialen Krankheit“ soll man nicht das seelische Gleichgewicht, sondern das soziale Geschehen behandeln. Verf. gelangt schließlich zu einer Kritik des sozialen Geschehens und besonders des Versicherungswesens unserer Tage: Anstreben einer Einheitsversicherung, Schätzung der praktischen Arbeitsfähigkeit und Berücksichtigung einer ökonomischen Notwendigkeit der Hilfe; Einbeziehung der zentralen menschlichen Voraussetzungen des Arbeitenwollenkönnens.

Reichardt (Würzburg).

Oesterlen: Zur Beurteilung von Todesfällen im Versorgungs- und Versicherungswesen. Mschr. Unfallheilk. 39, 198—209 (1932).

Eine verdienstvolle Arbeit, welche die Beachtung aller Gutachter verdient, die in der Unfallversicherung und im Versorgungswesen tätig sind. Verf. weist auf die Neigung hin, jedes Leiden, das im Laufe der Jahre einen Kriegsteilnehmer befallen hat, ohne weiteres mit dem Kriegsdienst in Zusammenhang zu bringen und stellt hierbei fest, daß leider oft genug Äußerungen der behandelnden Ärzte die Angehörigen zur Annahme eines Zusammenhanges führen, wo weit und breit ein solcher nicht zu finden ist. Auch bei Selbstmorden wird so verfahren, selbst dann, wenn ein anderweitiger Anlaß für die Angehörigen klar zu Tage liegt oder sich mit leichter Mühe nachweisen läßt. Der wesentliche Unterschied zwischen Unfall- und Versorgungsbegutachtung besteht darin, daß sehr oft die Todesursache nicht an ein bestimmtes, in der Vergangenheit liegendes Ereignis geknüpft wird, sondern eben an die angeblichen Schädigungen des Kriegsdienstes im allgemeinen. Einfach die Tatsache der Kriegsteilnehmerschaft, sei es an der Front oder in der Etappe bei ganz verschiedener Dauer, soll dann genügen, um alle möglichen späteren schweren Erkrankungen und Todesfälle zu erklären. Darin, daß es sich im Versorgungswesen fast durchweg um einen jahrelangen Abstand zwischen Tod und angeschuldigter D.B. handelt, liegt eine weitere wesentliche Verschiedenheit gegenüber der Unfallmedizin. Lücken in der Vorgeschichte infolge des Verlustes von Krankenblättern sind nichts seltenes. Zeugenaussagen, besonders bei weit zurückliegenden Ereignissen sind nur mit Vorsicht verwertbar. Auf chirurgischem Gebiet bietet die Klarstellung des Zusammenhanges meist geringe Schwierigkeiten, wenn es auch hier verwickelte Fälle gibt, wo erst die Sektion Klärung schafft. Abenteuerliche Vorstellungen herrschen in der Laienwelt über die Einschwemmung jahrelang eingeeilter Geschoßteile in das rechte Herz mit tödlicher Wirkung. Erfahrungsgemäß kommt das Umgekehrte häufiger vor, daß bei Herzschüssen kleinkalibrige Patronen auf arteriellem Wege in die Becken- und Beinarterien embolisch verschleppt werden. In ungleich größerem Maße können sich innere Krankheiten mit tödlichem Ausgang an eine im Kriege erlittene D.B. anschließen (Tuberkulose, Krebs, Herz- und Gefäßkrankheiten, Nierenleiden, chronische Erkrankungen der Verdauungsorgane, der Leber und der Gallenwege). Hier sind die gleichen Gesichtspunkte für die Beurteilung maßgeblich, wie in der Unfallmedizin. Die schwierigsten Fälle für den Gutachter sind diejenigen, wo nach plötzlichem Tode der Hinterbliebenenanspruch sich auf einen früheren Unfall oder eine D.B. bezieht und diese Beziehungen an der Hand eines unvollständigen Materials klargestellt werden sollen, wobei der empfindlichste Mangel das fehlende Obduktionsergebnis ist. Sehr richtig ist der Hinweis auf die Unmöglichkeit, in solchen Fällen ein Gutachten abgeben zu können; alle solche Kombinationen seien mehr oder weniger als Phantasie anzusehen. Bestenfalls wird in solchen Fällen die Zahl der Möglichkeiten auf die Alternative Herztod oder Gehirntod eingengt werden müssen. Unter Hinweis auf die Bemerkungen über die vagen

Diagnosen der Todesursachen bei plötzlichen Todesfällen im Kaufmannschen Lehrbuch der Unfallheilkunde hebt Verf. hervor, daß das Versorgungsamt der Leichenöffnung keine Schwierigkeiten in den Weg legt, sie vielmehr wünscht, aber meist zur richtigen Zeit nicht benachrichtigt wird. Bei der gutachtlichen Kombination über unklare Todesursachen sind nicht Erwägungen, daß der Herztod statistisch die häufigste Todesursache ist, sondern die konkreten Begleitumstände des Falles maßgebend. Bei Besprechung des Zusammenhangs zwischen Selbstmord und D.B. oder Unfall weist Verf. mit Recht auf die Notwendigkeit einer Leichenöffnung in allen zweifelhaften Fällen hin, hinter denen ein Anspruch steht und fordert zur radikalen Lösung in der Unfallversicherung, wie im Versorgungswesen eine gesetzliche Bestimmung im Sinne und in Anlehnung an den § 79 des Verfassungsgesetzes dahingehend, daß zu den Beweismitteln und zur Aufklärung im Interesse auch der Antragsteller selbst die Obduktion gehört. Eine solche gesetzliche Bestimmung über obligatorische Leichenöffnung in Fällen mit Ansprüchen scheint aber nicht zu erreichen zu sein, da das RVG. nicht einmal die Möglichkeit gibt, die in der Unfallversicherung besteht, daß die Verweigerung der Leichenöffnung durch die Hinterbliebenen bei Erledigung des Entschädigungsanspruches zu ihren Ungunsten ins Gewicht fällt. Verf. appelliert daher an die gesamte beteiligte Ärzteschaft, es als Regel anzusehen, sich zu vergewissern, ob die Patienten etwa frühere Kriegsteilnehmer sind, die ihre Erkrankung auf den Krieg zurückführen und bei denen D.B. entweder schon anerkannt oder ein Versorgungsanspruch erst beabsichtigt ist. Für Ärzte, welche selbst bei einem schweren tödlichen Leiden den Angehörigen gegenüber die Ansicht aussprechen, es rühre vom Kriege her, bestehe einfach die Pflicht, nach dem Tode des Patienten unter Benachrichtigung des Versorgungsamtes auf die Sektion zu dringen. *Ziemke* (Kiel).

Hecker, Rud.: Erhöhte Risiken in der Lebensversicherung; neuere ärztliche Gesichtspunkte. Münch. med. Wschr. 1932 I, 107—110 u. 143—146.

Der Aufsatz gibt einen guten Überblick über den gegenwärtigen Stand der Lebensversicherungsmedizin. Er behandelt zunächst die normale Lebensversicherung, die Sterbetafel und die Wirkung der ärztlichen Auslese. — Im 2. Abschnitt geht Hecker auf die Versicherung der erhöhten Risiken ein. Die Methoden des Gefahrenausgleiches sind: die Abkürzung der Versicherungsdauer, die Prämienerrhöhung, die Alterserrhöhung, Karenz und Staffellung und zeitliche Zuschläge oder Klauseln, z. B. Sicherung gegen Selbstmord, Operationsgefahren, Gefahr einer Entbindung usw. — Das Kennziffersystem der Kartothek wird an einzelnen Beispielen erläutert; dann folgt der wichtigste Abschnitt, nämlich: die Fortschritte in der ärztlichen Begutachtung erhöhter Risiken.

Der Alkoholmißbrauch gelangt zu folgender Würdigung: Als Potator gilt, wer eine tägliche Durchschnittsmenge von 60 ccm Alkohol = 2 l Lagerbier bzw. 1 $\frac{1}{2}$ l Export- oder Starkbier, 1 Flasche Wein, 100 gr Schnaps oder mehr zu sich nimmt. Bestehender oder in der Vorgeschichte vermehrter Alkoholgenuß führt bei fast allen Erkrankungen des Kreislaufsystems zur Ablehnung. — Die Vieleesser und Bonvivants schlüpfen nicht glatt durch, sondern werden mit einer Zulage von 25—50 Punkten bedacht. — Die Lungentuberkulose war in früheren Jahren das Schreckgespenst jeder Lebensversicherung. In H.'s Lungenformular wird außer den Perkussions- und Auskultationsbefunden in besonderen Fällen vorgesehen: die Anfertigung einer Röntgenaufnahme, die Bestimmung der Blutkörperchengeschwindigkeit, die Messung der Ruhe-, Bewegungs- und Erholungstemperatur. Nur durch diese Methoden kann man zuverlässigen Aufschluß über Aktivität oder Inaktivität eines sonst zweifelhaften Prozesses erhalten — Die Arrhythmien des Herzens umfassen einen großen Komplex gänzlich heterogener Krankheitsbilder, von manchen gänzlich harmlosen Extrasystolen bis zum schweren Vorhofflimmern. Da ist es selbstverständlich wünschenswert, günstige Fälle auszuscheiden oder versicherungsfähig zu machen, ungünstige abzulehnen. Es gibt z. B. Formen von Arrhythmia perpetua, von Vorhofflattern, die versichert werden können. Hier wird die Unterscheidung durch das Elektrokardiogramm zu treffen sein. — Bezüglich der organischen Herzfehler und Herzmuskerkrankungen steht die „Münchener“ auf einem Standpunkt zwischen früherer Ver-

sicherungsmedizin und heutiger Klinik. Die erstere stützte sich ganz auf die jeweilige Form des Herzfehlers, die schematisch verschieden eingeschätzt wurde, etwa in der Reihenfolge Mitralinsuffizienz-Mitral- und Aortenstenose, Aorteninsuffizienz-kombinierte Fehler; die letztere besonders unter der Führung v. Rombergs will nur die Funktionstüchtigkeit als Wertmesser des Herzens gelten lassen. Die Form des Herzfehlers ist ihr mehr oder weniger gleichgültig. Auch die „Münchener“ legt den Hauptwert auf gute Funktion, kann sich aber noch nicht davon lösen, daß z. B. Aortensuffizienz strenger zu beurteilen ist als Mitralinsuffizienz. — Beim Diabetes hat sich das Prinzip: Schlechte Fälle ausscheiden, günstige billiger einschätzen, besonders fruchtbar erwiesen. — Jeder Syphilitiker lügt und als Lebensversicherungskandidat besonders und jeder Syphilitiker, auch der ausgeheilte, ist ein erhöhtes Risiko. Die Sterblichkeit der Syphilitiker ist, wie die großen Statistiken lehren, während der ganzen Versicherungsdauer leicht erhöht. — Krebs in der Anamnese, bis vor kurzem in jeder Form unversicherbar, ist aufnahmefähig geworden, allerdings mit gestaffelter Leistungspflicht, wenn 3—5 Jahre seit der Operation vergangen sind und sofern eine gründliche fachärztliche Nachuntersuchung die Rezidivgefahr ausschließt. H. verfügt über eine große Reihe von operierten Mastdarmcarcinomen und anderen Krebsen der verschiedensten Organe, die seit Jahren, z. T. seit 15 Jahren, unter Risiko stehen und es ist bis heute nicht einen einziger Todesfall zu beklagen. — Der Paralytiker war bis vor wenigen Jahren mit Recht ein absolutes *Noli me tangere* für die Lebensversicherung. Paralytiker werden heute versichert, seitdem durch die Fiebertherapie vollständige Remission erzielt werden kann. — Selbstmord: Wenn in letzter Zeit von amtlicher Seite ausgeführt wurde, daß sich die Steigerung der Selbstmorde gegenüber der Vorkriegszeit in mäßigen Grenzen halte, so mag dies für ganze Versicherungsbestände zutreffen, bei denen kleinere und mittlere Versicherungssummen überwiegen. Dagegen weisen größere Versicherungssummen eine von Jahr zu Jahr steigende Zunahme von Selbstmorden auf. Nachdem die Beobachtungen im laufenden Jahre leider eine Fortdauer dieser Tendenz erkennen lassen, ist es dringend nötig, daß sich die Gesellschaften gegen diese ihnen und der Gesamtheit ihrer Versicherten zugefügten Verluste zu schützen suchen. — Um diesem Übelstande zu begegnen, fordern die größeren Gesellschaften eine Ausdehnung der Karenzzeit auf 5 Jahre, d. h. die Gesellschaften erkennen freiwillig eine Zahlungspflicht in allen Fällen von Selbstmord an, nicht wie bisher schon nach 2 Jahren, sondern erst nach 5 Jahren. Ferner wünschen sie eine Begrenzung der auszuzahlenden Versicherungssumme in jedem Falle von Selbstmord auf 20000 M. Damit würde besonders bei Hochversicherten in vielen Fällen ein Anreiz zum Selbstmord entfallen.

Lochte (Göttingen).

Klieneberger, Carl: Autounfall eines Kindes, Beurteilung künftiger Erwerbsunfähigkeit. Gutachten (Landgericht). (Stadtkrankenh., Zittau.) Med. Klin. 1932 I, 447.

Ein 3jähriges Kind wurde vom Auto zur Seite geschleudert und erlitt dadurch einen Schädelbruch mit rechtsseitiger Taubheit, kompletter Facialislähmung mit Lagophthalmus und Hyperästhesie der rechten Cornea; es zeigte cerebellare Gangstörung. Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus wurde angenommen, daß die Gangstörung zurückgehe; es wurde eine plastische Lidoperation als nötig vorgeschlagen. Die Eltern stellten Klageanspruch, hierbei wurde die Feststellung des Einflusses der Folgen des Schädelbruches und der Verunstaltung auf die künftige Erwerbsfähigkeit erforderlich. Bei der Untersuchung 3 Jahre später war die Gangstörung und die Gefährdung des rechten Auges beseitigt. Neben einer geringen Intelligenzminderung, die mit Bestimmtheit nicht auf den Unfall zurückgeführt werden konnte, bestand am Schädel als Rest des Unfalls noch ein Knochenklaffen, das nach dem allgemeinen und besonderem Verhalten (Druck, Kopfbewegungen, Springen, Laufen usw.) als bedeutungslos angesehen wurde. Nach diesem Befund wurden seelische und Intelligenzstörungen als unfallsentschuldigend nicht angenommen, es wurde aber hervorgehoben, daß noch nicht vorauszusehen sei, ob sich noch mit dem Schädel-Hirn-Unfall zusammenhängende Störungen im Laufe der Zeit herausbilden würden. Die am rechten Ohr und Auge vorhandenen Störungen sind nach Ansicht des Verf. als dauernd anzusehen, die absolute Taubheit mit 20%, die Gesichtsschädigung mit Entstellung mit 15—20% einzuschätzen. Die augenblicklich vorhandene Erwerbseinbuße, gerechnet als künftige Erwerbsminderung,

wurde auf 40% geschätzt und eine spätere Kontrolle durch einen Psychiater in Zwischenräumen als notwendig bzw. erwünscht bezeichnet.
Ziemke (Kiel).

Muller: Sur la nécessité de pratiquer l'autopsie en matière d'accidents d'automobile. (Über die Notwendigkeit, die Obduktion bei Autounfällen auszuführen.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 14. III. 1932.*) *Ann. Méd. lég. etc.* **12**, 232—239 (1932).

Verf. gibt zunächst alle jene Umstände an, die zu einem Autounfall führen können. Unter Beachtung dieser Möglichkeiten muß die Untersuchung am Tatort selbst stattfinden, hierzu gehört auch vollständige gerichtsärztliche Leichenschau, der sich die Öffnung anschließen muß; denn sie gestattet, über die Verletzungen in der Tiefe Auskunft zu geben, dabei sind vitale und postmortale zu unterscheiden; man kann die Einwirkungsstelle der äußeren Gewalt genau feststellen, schließlich auch auf die Heftigkeit des Trauma Schlüsse ziehen usw.

Die Leichenöffnung gestattet auch die genaue Todesursache festzulegen; z. B. ein Motorradfahrer fiel vom Rad als er an einer Wegkreuzung vor einem Wagen die Straße überqueren wollte, er zog sich einen schweren Armbruch zu. Dieser mußte abgesetzt werden, er starb hierbei, man nahm als Todesursache den starken Blutverlust am Arm an. Die Obduktion ergab hierfür keine Anhaltspunkte, dagegen lag die Todesursache in einer Blutung in die Bauchhöhle mit Zertrümmerung der Milz.

Die Leichenöffnung führt auch zu dem bestimmten Ergebnis, ob der Tod tatsächlich durch den Unfall hervorgerufen wurde. Weiter gestattet sie den Alkoholgehalt bei dem Getöteten festzustellen. Durch die Obduktion können auch die organischen Veränderungen gefunden werden, welche vielleicht zu dem Unfall beitrugen.

Foerster (Münster i. W.).

Veraguth, O.: Über die Beziehungen zwischen Trauma und einigen Nervenkrankheiten. (*Internat. Neurol. Kongr., Bern, Sitzg. v. 31. VIII.—4. IX. 1931.*) *Dtsch. Z. Nervenheilk.* **124**, 123—129 (1932).

Die Vorbedingungen für die ursächliche Bedeutung des Traumas für Hirntumoren, nämlich Fehlen eines Tumors vor dem Trauma und ausreichend starkes Trauma, sind schwer zu fassen. Die zeitliche Bedingung zwischen Trauma und Auftreten von Tumorzeichen müsse für die Annahme eines Kausalnexus verständlich sein. In der Literatur schwankt die Zeitspanne zwischen dem ersten Auftreten von Tumorsymptomen nach dem Trauma zwischen 2 Wochen und 30 Jahren. Brückensymptome müssen nachgewiesen sein. Weniger unsicher ist die Möglichkeit, daß ein Trauma einen bestehenden Hirntumor zu rascherem Wachstum anregen kann. Zu dem Zusammenhang Trauma und Parkinsonismus ist zunächst zu sagen, daß die Latenzperiode zwischen anamnestisch feststellbarer Encephalitis und Schüttellähmung in einem eigenen Falle 7 Jahre betragen hat. Ein Trauma kann vielleicht in der Latenzperiode den Ausbruch von Parkinson-Symptomen begünstigen. Die Gewalteinwirkung muß schon sehr beträchtlich sein, wenn man berücksichtigt, wie gut die Stammganglien geschützt sind. Gelegentlich wird das periphere Trauma als parkinsonauslösend angeschuldigt. Veraguth schließt sich Souques an, daß posttraumatischer Parkinson nicht unmöglich, aber selten und schwer festzustellen sei.

Adolf Friedemann (Berlin-Buch).

Hinds-Howell, C. M.: Some effects of trauma on the nervous system. (Folgezustände nach Verletzung des Nervensystems.) (*St. Bartholomew's Hosp., London.*) *Lancet* **1932 I**, 115—118.

Der Autor bespricht zuerst einige intrakranielle Komplikationen nach Kopfverletzungen, wie z. B. die extraduralen, subduralen und subarachnoidealen Blutungen. Einige ätiologisch wichtige Momente werden aufgezählt, die sich auf die spätere Entwicklung der posttraumatischen Syndrome beziehen. Danach werden die Spätfolgen von Verletzungen erwähnt, wie traumatische Epilepsie und „sog. traumatische Neurasthenie“. Zu den Folgen der Rückenmarksverletzungen zählt der Autor als Spätfolge die umschriebene seröse Meningitis. Dann folgt die Beschreibung der traumatischen Läsionen des Brachial-Plexus und endlich setzt sich der Autor kurz mit der evtl. Einwirkung des Traumas auf die Entwicklung einzelner allgemeiner Nervenkrankheiten auseinander. Er ist der Meinung, daß durch physisches Trauma die Symptome der Neuroses in Erscheinung treten können. Ebenso werden die Paralysis agitans und die amyotrophische Lateralsklerose erwähnt.

Critchley (London).o

Beneke, R.: Über traumatische Entstehung der Gliome und Piatumoren. Mschr. Unfallheilk. **39**, 49—72 (1932).

Verf. wendet sich gegen die noch weit verbreitete Gewohnheit, bei der Abgabe von Gutachten die Anschauung in den Vordergrund zu stellen, daß ohne das Vorhandensein eines anlagemäßigen ruhenden Keimes ein Blastom durch keinerlei äußere Einflüsse entstehen könne. Es werde hiermit den Gerichten eine gänzlich unbewiesene Hypothese als Tatsache hingestellt, und die wesentliche Rolle äußerer (insbesondere traumatischer) Einflüsse zum Nachteil der Geschädigten vernachlässigt. Gerade äußere Ursachen aber seien das einzig wirklich faßbare Moment in der Ätiologie der Blastome im allgemeinen, der Gliome im besonderen. Nachdem für das Kulturwachstum von Blastomen sich u. a. Lipoide als unerläßlich erwiesen haben, müßten gerade Gehirntraumen, die zu einem starken Überangebot an Lipoiden führen, eine wesentliche Wachstumsquelle bilden. Ferner ist im Hinblick auf die bekannte Wirkung mechanischer Wachstumsregung der innerhalb der Durasäcke besonders ausgeprägte „Wasserstoß“ als Folge mechanischer Erschütterungen wesentlich. Der anatomische Nachweis eines Kausalnexuses zwischen Trauma und Gliom ist nur auf dem Wege zu führen, daß sich Nekrosereste, die zeitlich auf das Trauma zurückgeführt werden können, und die sie umgebenden reparatorischen Gliawucherungen in unmittelbarer Beziehung zum Gliom feststellen lassen. Dabei setzt Verf. voraus, daß der Unterschied zwischen sekundärer, durch den Tumor bedingter Nekrose und der primären (als Folge des Traumas) meistens mit Sicherheit gemacht werden könne. Von den Thiemschen Forderungen müßten die der „Brückensymptome“ und der räumlichen Übereinstimmung stark eingeschränkt werden auf Grund unserer heutigen Kenntnisse über die funktionellen Gefäßkrisen.

H. J. Scherer (München). °°

Vasco, Ronea: Sulla epilessia Jacksoniana post-traumatica. (Über posttraumatische Jackson-Epilepsie.) (*Div. Chir., Osp. Civ., Verona.*) Giorn. med. Alto Adige **3**, 701 bis 708 (1931).

Bei einem 33jährigen Mann entwickelte sich einige Monate nach einer Kopfverletzung, welche inzwischen restlos geheilt war, an der verletzten Stelle (rechte parietotemporale Gegend) langsam ein schmerzhafter Tumor. 6 Monate nach dem Trauma zeigten sich tonisch-klonische Krämpfe, welche sich öfters wiederholten. Die neurologische Untersuchung ergab keinen pathologischen Befund. An der erwähnten Stelle konnte ein Tumor von der Größe einer halben Mandarine festgestellt werden. Der Tumor lag subcutan und war von unveränderter Haut bedeckt. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergab rechts eine beginnende Papillitis. Die Röntgenaufnahme des Kopfes zeigte normale Verhältnisse, insbesondere war der Schädel an der Stelle des Tumors völlig intakt. Es wurde angenommen, daß entsprechend dem Sitz des äußeren Tumors auch ein intrakranieller Tumor vorliege, welcher einen Druck auf die Rolandsche Zone ausübe. Die vorgenommene Operation bestätigte diese Annahme. Im Musculus temporalis wurden mehrere infiltrierte Herde von tumorartigem Aussehen gefunden. Der Schädelknochen war völlig intakt, aber nach Eröffnung der Dura wurde auf der inneren Seite dieser Hirnhaut ein weiterer Tumor angetroffen. Die Operation, bei der das entfernte Durastück mit einem Teil der Fascia lata ersetzt worden ist, führte zum völligen Verschwinden der Symptome. Die histologische Untersuchung ergab, daß sowohl der äußere als auch der innere Tumor die Struktur der kleinen rundzelligen Sarkome besitzt. Eine tuberkulöse Natur konnte histologisch ausgeschlossen werden. Es wird die Möglichkeit der Entstehung von Tumoren nach Traumen diskutiert.

Ö. Fischer (Breslau).

Rostan, Alberto: Contributo all'anatomia patologica dell'epilessia traumatica. (Beitrag zur pathologischen Anatomie der traumatischen Epilepsie.) (*Clin. d. Malatt. Nerv. e Ment., Univ., Siena.*) Riv. Neur. **4**, 702—719 (1931).

36jähriger Mann, starker Trinker. Nach einem heftigen Trauma (Fall) auf Hinterhaupt und Stirn Erbrechen, Verlust von Harn und Faeces wie auch leichter Verwirrungszustand mit zeitlicher und örtlicher Desorientiertheit. Fortschreitende Besserung. Heilung. Nach 7 Monaten, während welcher Zeit er über Kopfschmerz, Schwindel, Somnolenz und Abnahme des Sehvermögens klagte, treten typische Anfälle generalisierter Epilepsie auf, die sich zwischen Perioden von Erregungszuständen eingeschaltet finden. Exitus. Bei der Sektion finden sich multiple Herde hämorrhagischer Erweichung der Gehirnrinde, besonders in den Stirnwindungen. Histologisch konnte außerdem die sogenannte ischämische Veränderung des Ammonhorns nachgewiesen werden. Auf Grund eines früheren analogen Befundes, der bei einem Falle von Influenza-Encephalitis mit epileptiformen Anfällen beschrieben worden ist, wird die Ver-

mutung ausgesprochen, daß dem Ammonhorn eine dämpfende Wirkung auf die Hirnrinde zukomme. Infolge einer Läsion, sei es der Rinde, sei es des Ammonhorns, würde die Rinde, der inhibierenden Wirkung des letzteren beraubt, auf die erregenden Reize mit Konvulsionsentladungen reagieren.

G. Patrassi (Florenz).

Stern, F.: Über die Spätfolgen von Gehirnerschütterungen und Kontusionen. (*Nervenabt., Versorgungsärztl. Untersuchungsstelle, Kassel.*) *Chirurg* 4, 3—14 (1932).

Die richtige Bewertung von organischen Folgen von Hirnerschütterungen und Kopfverletzungen hat ihre besondere Bedeutung in einer Zeit, in der die Anschauung sich durchgesetzt hat, daß psychogene Reaktionen nach einem Trauma keine Entschädigung verdienen. Man muß zwar mit der Möglichkeit rechnen, daß auf Grund einer traumatischen Hirnschädigung eine veränderte Reizbarkeit der Hirnvasomotoren eintreten kann, es handelt sich aber auch hier um eine direkt organische Schädigung, und es liegt keine Veranlassung vor, etwa einen Begriff des organischen Hysteroids zu bilden. Es trifft auch nicht zu, daß kommotionelle Störungen in besonderem Maße psychogene Symptome auslösen. Zuzugeben ist lediglich, daß vor allem nach Stirnhirnläsionen Verhaltensstörungen auftreten können, welche einen etwas hysteriformen Charakter tragen. Im allgemeinen bieten die Wesensumwandlungen nach schweren Hirntraumen in Form von Apathisierung oder Affektnivellierung eher einen Schutz vor psychogenen Reaktionen. — Die organischen Folgezustände nach Hirntraumen gliedern sich in Vasopathien, Encephalopathien und Meningopathien und werden am zweckmäßigsten in der Bezeichnung „traumatische Encephalopathien“ zusammengefaßt. — Eine Nachuntersuchung bei Versicherten ergab eine außerordentliche Häufigkeit hysterischer Überlagerungen, bei stumpfen Kopfverletzungen in 54% der Fälle, bei Schußverletzungen seltener. Es ergab sich aber auch, daß nach leichten Unfällen schwere organische Folgeerscheinungen eintreten können. — Die nachuntersuchten Fälle werden ihrer Schwere nach in 4 Gruppen eingeteilt: unter 39 Fällen mit geringer Kommotion hatten 34 überhaupt keine organischen Folgeerscheinungen, nach mittelschwerer Kommotion waren 50% beschwerdefrei. Nach schweren Kommotionen mit sehr langer Bewußtlosigkeit oder schweren traumatischen Psychosen fand sich kein Fall, der nicht noch encephalopathische Folgeerscheinungen gehabt hätte. In 12 von 32 Fällen waren diese Folgen gering, bestanden in Alkoholintoleranz, Wesensänderung, Reizbarkeit, Neigung zu gelegentlichen Kopfschmerzen, Drehschwindel; in 11 Fällen waren die Dauerveränderungen schwerer, darunter hatte sich 2mal eine Epilepsie entwickelt. In der Gruppe der Schädelfrakturen mit cerebralen Schädigungserscheinungen (35 Fälle) bestanden in 24 Fällen erhebliche Dauerstörungen, und in 7 Fällen war es zu einer Epilepsie gekommen. Die Gefahr der Epilepsie nach Schädelbrüchen ist also nicht gering. Zu beachten ist, daß die Ursache neuer Beschwerden nach früherem Trauma mit komplizierenden Erkrankungen, wie Arteriosklerose, Nebenhöhlen-erkrankungen usw. zusammenhängen kann. Verf. regt an, ein sehr großes Krankennmaterial früher Kopfverletzter nachzuuntersuchen, die weder endogen psychopathisch waren, noch je einen Versicherungstreit hatten.

Panse (Berlin).

Brandis, W.: War der tödliche Gehirnschlag Ursache oder Wirkung des Sturzes? *Med. Klin.* 1932 I, 485—487.

Ein älterer Arbeiter blieb an einer Steinstufe hängen, stürzte mit dem Kopf auf eine Brettkante, zog sich dadurch eine tiefe Stirnwunde ohne Schädelbruch zu und verstarb 20—25 Minuten danach. Es wurden Unfallansprüche gestellt. Die ärztlichen Gutachten gingen auseinander. Der behandelnde Arzt nahm zuerst eine spontane Gehirnblutung mit sekundärem Fall, sodann den Sturz als primär und den Schlaganfall als Folge an, der Bezirksarzt hielt auf Grund der vor dem Unfall bestehenden Arteriosklerose eine spontane Gehirnblutung mit folgendem Sturz und Tod als vorliegend. Eine orthopädische Heilanstalt verneinte den ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall; Tod und Sturz seien unzweifelhaft durch einen auf die bestehende Arteriosklerose zurückzuführenden Schlaganfall verursacht worden. Der gerichtliche Vertrauensarzt sprach sich für eine Gehirnblutung aus, hielt aber doch eine gewisse Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines Unfalles für vorliegend, ohne zu sagen weswegen. Im Gutachten einer Universitätsnervenklinik wurde im Hinblick auf den großen Umfang der anscheinend bestandenen (hypothetischen!) Gehirnblutung

die Möglichkeit eines primären Betriebsunfalles verneint und die Wahrscheinlichkeit eines spontanen Schlaganfalls mit erst nachträglicher Kopfverletzung stark bejaht. Endlich kam auch noch ein pathologischer Anatom zu Worte, der sehr gewissenhaft genauestens die drei Möglichkeiten für das Zustandekommen des Schlaganfalls auseinandersetzte, um schließlich zu erklären, daß er nicht in der Lage sei, ohne Leichenöffnungsprotokoll irgendwie auszusagen, welcher Vorgang als der wahrscheinlichere anzusehen sei. Das Oberversicherungsamt setzte sich über die Unmöglichkeit, den Fall medizinisch zu klären, hinweg und entschied sich dafür, daß der verstorbene durch Fehltreten zu Fall gekommen und durch das Aufschlagen auf die Treppenstufen die tödliche Gehirnblutung ausgelöst worden sei. Die verurteilte Berufsgenossenschaft machte demgegenüber geltend, daß die Beurteilung des Falles durch den behandelnden Arzt widerspruchsvoll und daher ohne Bedeutung sei und stellte sich auf den Boden des ablehnenden Gutachtens der Nervenlinik. Das RVA. nahm jedoch auf Grund des Gutachtens des pathologischen Anatomen, noch über dies hinausgehend, eine „gewisse Wahrscheinlichkeit“ für die erhebliche Mitwirkung des Sturzes bei der eingetretenen Blutung an; der entschiedenen Ablehnung der Universitätsnervenlinik schloß es sich nicht an, weil es sich nicht um ein „Nervenleiden“ (!) handle. Wieviel Aufwand an Scharfsinn und Kosten bei einem Fall, der trotz allem medizinisch ungeklärt geblieben ist und ungeklärt bleiben mußte, weil es versäumt war, rechtzeitig an die Vornahme der Leichenöffnung zu denken, die höchstwahrscheinlich eine Klärung des Falles restlos ermöglicht hätte!

Ziemke (Kiel).

Roger, Henri: Sclérose latérale amyotrophique posttraumatique. (Posttraumatische amyotrophische Lateralsklerose.) (*Clin. Neurol., Univ., Marseille.*) *Gaz. Hôp.* 1931 II, 1564—1567.

Bei einem etwa 31 jährigen Mann wird 1929 eine leichte Atrophie des rechten Daumenballens und Interossei I mit geringer quantitativer Störung des Medianus festgestellt. Eine Röntgenaufnahme zeigt einen Kahnbeinbruch. Dieser Zustand bleibt etwa 1½ Jahre bis Oktober 1930 stationär; dann erleidet der Kranke einen zweiten Unfall mit partiellem Abriß des 2. und 3. Fingers der rechten Hand. Von dieser Zeit ab schreitet der Atrophisierungsprozeß stark fort, und zwar zunächst im Gebiet der traumatisierten Hand, wo schon im Januar 1931 eine weit fortgeschrittene partielle Entartungsreaktion des Medianus und Atrophie des Kleinfingerballens festgestellt wurde. Im Juni 1931 konnte dann Verf. eine generalisierte amyotrophische Lateralsklerose, allerdings mit stärkeren Atrophien des rechten Armes, allgemeiner Reflexübererregbarkeit, Klonus, doppelseitigem Babinski feststellen. Verf. ist davon überzeugt, daß das Trauma die Erkrankung provoziert hat, ohne sich mit der Theorie der Krankheitsentstehung weiter zu befassen. Eine Reihe von anderen Fällen der Literatur wird zitiert.

F. Stern (Kassel).

Cohn, Else: Zur Klinik der posttraumatischen Hämatomyelie mit Intervall. (*Psychiatr. u. Nervenklän., Univ. Freiburg i. Br.*) *Arch. f. Psychiatr.* 95, 439—446 (1931).

Bei einem 31jährigen Landwirt, der von einem schweren Heuwagen überfahren wird, tritt 8 Tage später eine Lähmung der Bauchmuskeln, des rechten Beins, der Blasen-Mastdarmtätigkeit ein, gleichzeitig dissoziierte Empfindungslähmung für Schmerz und Temperatur im Bereich der Lähmung. Verlust der Bauchdecken-, Cremaster- und des rechten Knie- und Adductorenreflexes. Keine Zeichen von Lues, Arteriosklerose usw., Wirbel nicht verletzt. Es liegt eine traumatische Späthämatomyelie etwa von D 7 bis S 1 infolge Blutung oder Thrombose vor. 17 entsprechende Fälle aus der Literatur ohne Wirbelläsion mit einem Intervall von 2 Stunden bis zu einigen Monaten werden gesammelt.

F. Stern (Kassel).

Labbé, Marcel: Traumatisme émotionnel et maladie de Basedow. (Seelisches Trauma und Basedowsche Krankheit.) *Ann. Méd. lég. etc.* 12, 53—63 (1932).

Der Zusammenhang zwischen Basedowscher Krankheit und psychischer Erregung ist noch keineswegs erwiesen. Auch die Erfahrungen des Krieges sprechen dagegen. Basedowähnliche Syndrome nach Aufregungen sind bedingt durch Störungen des vegetativen Systems, die ihrerseits natürlich auch beim Basedow auftreten. *Schmitt.*

Wagner, Maria: Die Erbanlage bei Rentenneurotikern. (*Med. Univ.-Poliklin., Bonn.*) *Dtsch. Z. Nervenheilk.* 123, 230—273 (1932).

Verf. geht von dem Gedanken aus, daß der objektive Nachweis eines Zusammenhanges zwischen einer konstitutionellen psychopathischen Minderwertigkeit und Unfallneurose für die praktische Unfallbeurteilung von Bedeutung ist. Ref. meint zwar, daß es zahlreiche andere Kriterien gibt, welche für die Umwertung der Unfall- in eine Rentenneurose viel mehr ins Gewicht fallen; aber es ist natürlich trotzdem dankenswert, daß hier in 15 unausgesuchten Fällen von Rentenneurose sehr gründliche

Familienuntersuchungen und Erhebungen angestellt sind, und zwar im ganzen an 420 Personen. Die gewonnenen Zahlen werden mit denen von Curtius an Normalprobanden (Frakturierten) gefundenen Werten unter Berücksichtigung mathematischer Prinzipien verglichen. Dabei findet sich, daß die Gesamtbelastung in den Rentenneurotikerfamilien $74,34\% \pm 13,2$, in der Durchschnittsbevölkerung nur $32,05\% \pm 2,53$ beträgt; und bei Berücksichtigung allein der vorwiegend oder teilweise erblichen Merkmale ist die Differenz noch größer, d. h. es steht außer Zweifel, daß in den Familien der Rentenneurotiker Nervenkrankheiten usw. sich häufen; ein hoher Prozentsatz der Belastung entfällt auf Debilität. Die prämorbid Persönlichkeit der Rentenneurotiker ließ in mindestens 11 von 15 Fällen psychopathische und oligophrene Züge erkennen. In 2 Stammbäumen traten Rentenneurosen gehäuft auf.

F. Stern (Kassel).

Paul: Die Entschädigung der Rentenneurose in der Invaliden- und Krankenversicherung. (*Oberversicherungsamt, Düsseldorf.*) Mschr. Arb.- u. Angest.versich. 20, 54—62 (1932).

Die Neurosen (endogene Nervositätsformen) sind echte Krankheiten im medizinischen und rechtlichen Sinne und daher in der Invaliden- und Krankenversicherung entschädigungspflichtig. Es kann bei schwerer und schwerster Nervosität Arbeitsunfähigkeit bestehen, und damit können die Voraussetzungen für die Gewährung von Invalidenrente und Krankengeld gegeben sein. Von diesen „echten Neurosen“ sind die sog. Begehrungsneurosen in der Invaliden- und Krankenversicherung schärfstens zu unterscheiden. Sie haben mit den echten Neurosen nur die äußere Bezeichnung gemein. Die Entscheidung der Frage, ob eine Rentenneurose in der Invaliden- und Krankenversicherung entschädigungspflichtig ist, hängt von der Entscheidung der Vorfrage ab, ob die Vorstellung, arbeitsunfähig zu sein, auf einem unbewußten oder bewußten Willensakt beruht. Hierbei werden vielfach fließende Übergänge, Grenzfälle bestehen, bei denen die Frage nach der Bewußtheit des Willensaktes zweifelhaft und daher schwer zu entscheiden ist. Deshalb muß gefordert werden, daß nur wirklich erfahrene Psychiater und Nervenärzte für die Begutachtung der Rentenneurosen herangezogen werden. Bei der Prüfung der Frage der Arbeitsfähigkeit wird ein ganz besonders strenger Maßstab anzulegen sein, da bei milder Beurteilung bei den seelisch leicht beeinflussbaren Versicherten der Wille zur Krankheit nur noch mehr verstärkt und befestigt werden würde, was nicht nur für die Allgemeinheit, sondern auch für den Versicherten einen kaum mehr gutzumachenden Schaden bedeuten würde. Auch bei der Auswahl der Heilmittel wird besondere Vorsicht am Platze sein, um nicht durch Bewilligung teurer Kuren usw. den Krankheitswillen weiter zu stärken. *K. Mendel.*

Schnyder, P.: Ein Fall stark hysterischer Überlagerung einer traumatischen Plexuslähmung des rechten Armes durch Zerrung. Beitrag zum Studium neurotischer Unfallfolgen. Schweiz. Arch. Neur. 28, 293—325 (1932).

An der Hand eines Falles zeigt Verf., wie unsere soziale Gesetzgebung die Entwicklung posttraumatischer neurotischer Zustände direkt fördert, wie aber andererseits die allzu einseitige Auffassung solcher Fälle als „Begehrungsneurosen“ und „Rentenhysterie“ in Zukunft einer von jedem Schema befreien, umsichtigeren und vorurteilsfreien Stellungnahme das Feld räumen muß. Im mitgeteilten Falle bestand von jeher eine gewisse psychopathische Anlage mit Tendenz zur Aggravation und Analyse der kleinsten Empfindungen; auf diesem Boden entwickelte sich im Anschluß an ein Trauma neben organischen Unfallfolgen ein schwerer psychoneurotischer Zustand. Simulation bestand nicht. Ein Kurpfuscher heilte schließlich den Patienten von seiner schweren nervösen Funktionsstörung. Patient mußte sein zuletzt gebrauchtes Taschentuch diesem Kräutlerarzt und Magnetopathen einsenden, der ihm dann eine Wundersalbe für das kranke Bein zusandte. Nach einigen Wochen zeigten sich die ersten Zeichen einer spontanen Beweglichkeit des rechten Beines. *Kurt Mendel.*

Rüken, H.: Zur Frage des Schicksals von Sozialneurotikern. (*Klin. f. Psychiatrisch-u. Nervenkrankhe, Univ. Bonn.*) Münch. med. Wschr. 1931 II, 2159—2160.

Verf. berichtet über das Schicksal von 61 Hysterikern mit Rentenansprüchen aus den Jahren 1926/27. Er konnte sie noch etwa 3—4 Jahre nach der Begutachtung

weiter verfolgen. Das Material gehört einer einheitlichen sozialen Menschengruppe (Bergleute etwa gleichen Alters) an. Von diesen 61 erhielten dauernde Rente 21, 4 von ihnen verrichteten nach erledigtem Verfahren noch leichte Lohnarbeit. Die übrigen nahmen keine Lohnarbeit mehr auf. Von den restlichen 39 reinen Rentenneurotikern nahmen 20 nach abgeschlossenem Verfahren bergmännische Tätigkeit wieder auf; davon arbeiteten bereits im 1. Halbjahr nach Beendigung des Verfahrens 14. Andere im Verdienst gleichwertige Lohnarbeit nahmen wieder auf 8. Erwerbslos oder nicht näher bekannt blieben 11. Bei letzteren liefen 1928/29 noch 5 Versorgungs- und 4 Invalideanträge. Von den 39 reinen Rentenneurotikern reagierten 14 nachweislich im Kriege bereits hysterisch. Von Nutzen ist die Rentenentziehung. Schädlich wirken oft: die Begutachtung durch praktische Ärzte, die in der Neurosenfrage nicht bewandert sind, die Tätigkeit der Invaliden- und Beschädigten-Zweckverbände, die kritiklose Gewährung von „Heilverfahren“, die fast regelmäßig eher zu einer Verschlimmerung als zur Abnahme der neurotischen Erscheinungen führte. Verf. sieht in der Loslösung von Rentengedanken und in einer möglichst frühzeitigen Abweisung aller Rentenansprüche die erste psychotherapeutische Maßnahme, ohne die jede weitere Behandlung stets erfolglos bleiben wird. Nur auf dieser Grundlage hat die medizinische Behandlung einen Sinn. Dem abgewiesenen Neurotiker muß aber die Arbeitsbeschaffung erleichtert werden, sei es durch möglichstes Entgegenkommen bei der Aufnahme der Arbeit, sei es durch Schaffung entsprechender Arbeitsmöglichkeiten, evtl. durch Bildung entsprechender Werkstätten und Kolonien. Für einen Fatalismus, wie er sich z. B. im Rieseschen Bericht widerspiegelt, ist kein Raum. *Kurt Mendel* (Berlin).

Villard, H.: Que vaut un œil? (Wie hoch ist der Verlust eines Auges zu bewerten?) (*44. congr., Paris, 4.—7. V. 1931.*) Bull. Soc. franç. Ophthalm. **44**, 197 bis 209 (1931).

Nach einer Rundfrage in den europäischen Staaten schwankt die Bewertung der Erwerbsminderung beim Verlust eines Auges zwischen 15—50%. Im Durchschnitt übliche Erwerbsminderung auch in Frankreich 33%. V. hält diese Schätzung bei erhöhten Ansprüchen an das Sehorgan und an den binokularen Sehakt für gerechtfertigt. Bei geringeren Ansprüchen genügen 25%. Darunterliegende Bewertung wie Erwerbsminderung = 20% hält V. für zu gering. Für die Abschätzung der endgültigen Erwerbsminderung, die besonders bei jüngeren und intelligenten Leuten nach Ablauf einiger Jahre erfolgen kann, müssen nicht nur ärztliche, sondern auch berufliche und psychologische Fragen mitberücksichtigt werden. *Hessberg* (Essen).

Scheuermann: Seltener Fall von Kohlenoxydgasverätzung der Augen. (*6. Tag. d. Bayer. Augenärztl. Vereinig., München, Sitzg. v. 6. XII. 1931.*) Klin. Mbl. Augenheilk. **88**, 242—243 (1932).

Dem 63jährigen Verletzten war eine massige Rußwolke ins Gesicht geschlagen. Der Ruß, welcher etwa 15% Kohlenoxyd und Kohlendioxydbestandteile enthielt, stammte aus einer Linoleumfabrik. Der Mann wusch das Gesicht mit Wasser und aktivierte dadurch die chemischen Substanzen, welche zur Verätzung führten. Auf der Haut in der Umgebung der Augen und auf dem Nasenrücken entstand eine Herpes zoster-artige Erkrankung, ferner Abschilferung der Hornhautoberfläche, Irisreizung, Hyperämie der Aderhaut, Glaskörpertrübungen. Nach 10 Tagen stellte sich Sekundärglaukom ein. Das rechte Auge konnte durch medikamentöse und operative Behandlung nicht mehr gerettet werden. Das linke, weniger schwer erkrankte Auge sprach erst auf Miotica gut an, mußte aber wegen erneuter Drucksteigerung doch noch operiert werden. In dem Gutachten von zwei Universitätskliniken wurde der Zusammenhang der schweren Augenerscheinungen mit dem Unfallereignis abgelehnt und trotz negativer Reaktion nach Wassermann und Sachs-Georgi (Cytocholreaktion positiv) an luische Veränderungen gedacht. Verf. weist auf einen ganz gleichartigen Fall von Sattler hin (Wien. med. Wschr. **1889**, H. 9) und hofft, daß die Ansprüche des Verletzten doch noch Anerkennung finden werden. *Jendralski* (Gleiwitz).

Mets, de: L'état antérieur des yeux dans les accidents de travail. (Der frühere Augenbefund bei Arbeitsverletzungen.) Bull. Soc. belge Ophtalm. Nr **63**, 51—56 (1931).

Bei jeder Verletzung ist das Sehvermögen beider Augen zu prüfen und während der Be-

handlung nachzukontrollieren. Die Unterlassung sofortiger Untersuchung nach der Verletzung führte in einem Falle von leichter zentraler Hornhautverletzung zur Gewährung einer Rente von 20%, desgleichen in einem zweiten infolge fälschlicher Auffassung einer Hyperopie mit Begleitschielen als Abducensparese durch Felsenbeinfissur. Hessberg (Essen).^{oo}

Levi Bianchini, M.: Emorragia capsulare arteriosclerotica simulante un infortunio sul lavoro. (Perizia neurologica.) (Arteriosklerotische kapsuläre Blutung, einen Betriebsunfall vortäuschend.) (*Osp. Psichiatr. Consortile, Nocera Inferiore, Salerno.*) Arch. gen. di Neur. 12, 193—207 (1931).

Anlässlich eines gewöhnlichen Unfalles bei landwirtschaftlicher Arbeit, der ein bedeutendes cerebrales Syndrom hinterließ und eine gänzliche und dauernde Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte, zeigt Verf. in recht anschaulicher und überzeugender Darstellung, daß der Unfall, wie er vom Verletzten angegeben und vom erstbegutachtenden Arzte übernommen wurde, überhaupt nicht bestanden hat, der Mechanismus, durch den er hätte entstehen sollen — Sturz von einem Handwagen auf den Erdboden — vielmehr die Folge einer Kapselblutung war, die bei dem pyknischen, präsenilen, arteriosklerotischen Manne bestimmt nicht die erste war. Er starb 2 Monate nach der neurologischen Begutachtung an einer interkurrenten Erkrankung; die Autopsie, obwohl sie erst 5 Tage nach dem Tode vorgenommen wurde und die inneren Organe daher bereits stark verweset waren, bestätigt vollauf die intra vitam gestellte Diagnose der Arteriosklerose. Katamnestische Erhebungen ergaben, daß Patient ein starker Trinker war und bereits früher einen apoplektischen Insult erlitten hatte. G. Stiefler (Linz).^o

Bankoff, Giorgio: Tubercolosi e trauma. (Tuberkulose und Trauma.) Riv. Pat. e Clin. Tbc. 6, 47—50 (1932).

Der Verf. kommt zu dem Schluß, daß ein Trauma sicher nur in den seltensten Fällen für die Entstehung einer Tuberkulose verantwortlich gemacht werden kann. Weder experimentelle Untersuchungen, noch die durch den Krieg und durch die vielen Sportverletzungen erweiterten Erfahrungen der letzten Jahrzehnte haben, abgesehen von einzelnen Fällen, sichere Zusammenhänge zwischen Trauma und Tuberkulose festgestellt. Sattler (Darmstadt).^o

Michael, Max: Die Unfallbegutachtung von Hautkrankheiten. Mschr. Unfallheilk. 38, 349—364 u. 395—417 (1931).

Auf Grund der bezüglichen dermatologischen Literatur werden die Beziehungen zwischen nichtgewerblichen Hauterkrankungen und Unfällen besprochen: Ekzeme als unmittelbare Unfallfolge sind nicht erwiesen, als mittelbare Unfallfolge werden sie oft bei Eiterinfektionen der Haut oder als Folge äußerlicher und innerlicher Behandlung beobachtet. Psoriasis und Lichen ruber planus können durch Hautreizungen bei Unfällen erstmalig hervorgerufen werden bzw. rezidivieren. Psychische Auslösung von Psoriasis nach Unfällen ist nicht sicher. Auch Pemphigus kann durch Unfallverletzungen entstehen. Als mittelbare Unfallfolgen sind erythematöse und urticarielle Affektionen beschrieben. Psychische Auslösbarkeit ist nur wahrscheinlich. Zoster ist als Unfallfolge abzulehnen; zosteriform angeordnete Blasen können bei Verletzungen der entsprechenden Dorsalsegmente oder Teile der Reflexbahnen als trophoneurotische Störungen vorkommen. Trophoneurotische Störungen können als Unfallfolge sensibler Nerven reflektorisch ausgelöst werden. Solche Hauterkrankungen sind Glossy skin, hartes traumatisches Ödem, Alopecia traumatica, Röntgenschädigungen der Haut. Unfälle und psychische Ereignisse können Sklerodermie auslösen und verschlimmern, das gleiche gilt für Raynaud und Acrodermatitis atrophicans. Als mitwirkende Ursache von Hautkrebsen können Unfälle auch bei langem Intervall angesehen werden, wenn sie langdauernde reparative entzündliche Veränderungen hervorrufen, die als Brückensymptome anzusprechen sind. Bei unmittelbaren zeitlichen Beziehungen zwischen Unfallverletzung und Hautkrebs ist Intensität und Qualität der Verletzung (z. B. Brandwunden) zu berücksichtigen. Alfred Holländer (Bielefeld).^o

Hamm: Eigener schwerer Unfall mit Schädelverletzung usw., sein Verlauf und Ausgang. Z. Bahnärzte 27, 43—46 (1932).

Alpiner Unfall, den Verf. selbst erlebte. Absturz über eine etwa 15 m hohe Felswand, Schädelgrundbruch, Rippenfraktur, Wirbelkompression. Etwa 10 Minuten bewusstlos. Dann führte Verf. unter ungünstigsten Umständen noch eine hochtouristische Leistung von 4 $\frac{1}{2}$ bis 5 Stunden durch. Das Gefühl für die Schwere des Unfalls kam erst im Moment des Geborgenseins zur Geltung. 12 Tage später wurde entgegen ärztlichem Rat eine Autofahrt von 3 Tagen durchgeführt und anschließend am 18. Tage die ärztliche Tätigkeit wieder auf-

genommen. Trotz dieses für die Heilung unzweckmäßigen Verhaltens gingen so ziemlich alle Beschwerden innerhalb einiger Monate zurück. Der Fall zeigt, welches außerordentliche Gesundheitshindernis für die meisten Verletzten die in Aussicht stehende Rente darstellt und welche Rolle der Wille zur Heilung spielt. Verf. wirft die Frage auf, ob all die Beschwerden, die nach Schädelbasisfrakturen so häufig jahrelang geklagt werden, nicht doch mehr oder minder psychogen sind und einem mehr oder minder verschleierte Rentenbegehren entspringen.

Kurt Mendel (Berlin).

Rostock, Paul: Reichsversicherungsamtsentscheidung über den Zusammenhang zwischen Osteochondritis dissecans genu und einem Unfall. (*Chir. Abt., Krankenh. Bergmannsheil, Bochum.*) *M Schr. Unfallheilk.* 39, 20—23 (1932).

Bei einem Bergmann trat 13 Monate nach einer durch Steinfall verursachten Quetschung des rechten Kniegelenkes ein seröser Erguß auf. Das Röntgenbild ließ keine knöchernen Veränderungen erkennen. E erstmalig 2 Jahre 9 Monate nach dem Trauma konnte röntgenologisch sicher eine Osteochondritis dissecans im Frühstadium nachgewiesen werden. Wie lange sie schon bestanden hatte, ließ sich nicht mit Sicherheit sagen. Von Wichtigkeit war, daß der Mann 1 Jahr und 4 Monate lang nach dem Unfall die schwere Arbeit eines Kohlenhauers ohne Beschwerden verrichten konnte. — Einige Gutachter lehnten den Zusammenhang zwischen Unfall und Erkrankung ab, einige ließen die Entscheidung offen. Das RVA. lehnte den Zusammenhang ab, weil keine überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür gegeben ist, daß die Erkrankung auf den angeblichen Unfall ursächlich zurückzuführen sei. Die Feststellung einer solchen ist aber zur Begründung eines Rentenanspruches erforderlich. — Das Urteil ist die erste Entscheidung des RVA. über den Zusammenhang zwischen Osteochondritis dissecans und Unfall.

L. Duschl (Düsseldorf).

Herzog, I.: Über ein eigentümliches Syndrom nach Traumen der Wirbelsäule. (*Neurol.-Psychiatr. Abt., Stiftungsspit., Zagreb.*) *Z. Neur.* 137, 449—452 (1931).

Bei 3 verschiedenen Verletzungen der Wirbelsäule (Kontusion der Kreuzbeingegend, Rückenschmerzen nach Fall auf Gesäß, Rückenschmerzen nach Sturz aus 3 m Höhe) fand Verf. als charakteristisch, daß die Schmerzen nur beim Liegen auftreten und beim Stehen, Sitzen und Gehen sofort schwinden; sie nehmen geraume Zeit nach der Verletzung an Intensität immer mehr zu. Verf. glaubt, daß es sich um organische Veränderungen handelt, und erklärt ihr Entstehen wie folgt: Beim Liegen entsteht durch die Entlastung der Wirbelsäule bekanntermaßen eine Verlängerung derselben, wobei es auch zu einer Dehnung der langen Bänder, des Ligamentum longitudinale anterius et posterius, kommen muß; da gerade im Liegen die charakteristischen Schmerzen entstehen, so muß man annehmen, daß diese Ligamente durch die traumatische Schädigung der Wirbelsäule bzw. ihres Bandapparates am meisten betroffen wurden. So fand Léry in einem Falle eine Ossifikation des Ligamentum longitudinale anterius.

Kurt Mendel (Berlin).

Knoflach, J. G.: Über Distorsionen der Lendenwirbelsäule bei Sportunfällen. (*Chir. Univ.-Klin., Innsbruck.*) *Wien. klin. Wschr.* 1932 I, 136—138.

Die Diagnose einer Distorsion der Wirbelsäule läßt sich nur per exclusionem stellen. Mitbeteiligung des Rückenmarks in Form von Hämatomyelie ist verschiedentlich beschrieben worden. Nimmt man mit Wagner und Stolper an, daß die Gewaltwirkung, die die Distorsion bewirkt hat, bei ihrem Weiterwirken zur Luxation hätte führen müssen, so erscheint es nur natürlich, daß Einrisse in die Bänder und damit in die Kapsel das Bild beherrschen. Am meisten betroffen ist natürlich die Halswirbelsäule. Kocher gibt den 4. bis 6. Halswirbel als häufigsten Sitz dieser Verletzung an. Aber auch im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule muß diese Verletzung anerkannt werden, wenn eine Verletzung der Wirbel und Zwischenwirbelscheiben röntgenologisch ausgeschlossen werden kann. Knoflach schildert 3 eigene Fälle, die beim Skilaufen „kopfabwärts“ oder einfach bei einem besonderen „Schwung“ oder Sprung auf den Rücken fielen.

Plenz (Berlin-Zehlendorf).

Reisner, Alfred: Wirbeldornfortsatzbrüche durch Muskelzug. (*Inst. f. Strahlentherapie u. Röntgenabt., Chir. Klin., Univ. Frankfurt a. M.*) *Röntgenprax.* 4, 287 bis 293 (1932).

Den 41 im Schrifttum bisher veröffentlichten Fällen von Dornfortsatzabriß durch Muskelzug werden 5 eigene Beobachtungen des Verf. hinzugefügt und die entsprechenden typischen Röntgenbilder wiedergegeben. Derartige Fälle sind überhaupt nur bei Männern (in allen

Lebensaltern, meist aber vor dem 30. Lebensjahre) beobachtet worden. Am häufigsten sitzt die Fraktur am 1. Brustwirbeldornfortsatz, dann noch am 7. Halswirbel- und 2. Brustwirbeldornfortsatz. Bisweilen können auch mehrere benachbarte Dornfortsätze abbrechen. Die Frakturen sind im Anfang außerordentlich schmerzhaft und bedingen eine eigentümlich gekrümmte Haltung der Halswirbelsäule.

Jungmanns (Frankfurt a. M.).

Steinmann, Fr.: Unfallmedizinische Studie der Ruptur der langen Bicepssehne. (*Engeriedspit., Bern.*) Schweiz. med. Wschr. 1931 II, 1140—1142.

Verf. gibt zu, daß die Großzahl von Rissen der langen Bicepssehne auf einem krankhaften Prozeß in der Sehne beruhen und das für den Riß verantwortlich gemachte, oft recht geringfügige Trauma nur die im Gang befindliche vollständige Zerreißung beschleunigt; daneben gibt es aber zweifellos Fälle, wo der Riß der langen Bicepssehne als Unfallfolge anerkannt werden muß. Dazu gehören in erster Linie die seltenen Fälle von Abriß der Sehne am Muskelbauch, da hier das Vorkommen von krankhaften Prozessen noch nicht beobachtet wurde; aber auch am oberen Ende der Bicepssehne gibt es Rupturen, die als Unfallfolgen zu betrachten sind.

Verf. führt drei eigene Beobachtungen an: Im 1. Fall handelte es sich um einen sehr kräftigen, 33jährigen Käser, der beim Heben eines 100 kg schweren Gewichtes plötzlich ein stechendes Gefühl im rechten Arm mit nachfolgender Gebrauchsunfähigkeit verspürte; die Operation ergab eine an und für sich nicht veränderte, offenbar am oberen Ende gerissene Bicepssehne. — Der 2. Fall betraf einen 44jährigen Bahnarbeiter, bei welchem beim Ankurbeln eines Motors ein Sehnenriß am linken Arm eintrat; auch hier bot die Operation ein durchaus normales Sehnenbild. — Der 3. Fall endlich betraf einen vorzüglichen Kunstturner, der einen im Vergleich zum übrigen Körper unverhältnismäßig stark entwickelten Biceps aufwies; der Riß der Sehne trat hier bei einem Fehlau Schwung am Reck auf. — Auch hier bei der Operation wiederum ein normales Sehnenbild. — Bei allen 3 Fällen zeigte sich die gerissene Sehne zu einem Knäuel aufgerollt am Muskelbauch anliegend und mit einem fascienähnlichen Gewebe umhüllt, so daß sich die Annahme eines Abrisses im Zustand höchster Spannung aufdrängt.

Deus (St. Gallen).^{oo}

Bourguignon, Georges, Raymond Garcin et Henri Desoille: Dégénérescence partielle du biceps, du long supinateur et du grand dentelé. Origine professionnelle par trépidation du bras. — Procédure d'indemnisation. (Teilweiser Schwund des Biceps, des Brachioradialis und des Serratus anterior. Berufliche Ursache durch Erschütterung des Armes. Entschädigungsverfahren.) Ann. Méd. lég. etc. 12, 64—70 (1932).

Ein 47jähriger Metallarbeiter hat Eisenteile an einer Schleifvorrichtung zu polieren, die den rechten Arm dauernden Erschütterungen aussetzt. Der Mann verrichtete diese ungewohnte Arbeit zum erstenmal 4 Stunden hindurch, am Abend bemerkt er nach Beendigung der Schicht ein Schmerz- und Ermüdungsgefühl im rechten Arm. Am nächsten Tage kann er die Arbeit nicht mehr verrichten. 6 Tage später stellen die Autoren eine ausgesprochene Atrophie des Biceps fest, die Unterarmbeuger sind kraftlos, es besteht das ausgesprochene Bild einer Scapula alata (Lähmung des Serratus ant.). Die übrigen Armmuskeln sowie der Deltoideus scheinen intakt. Keinerlei Sensibilitätsstörungen, dagegen besteht rechts das Claude Bernard-Hornersche Syndrom. Die klinische Untersuchung läßt eine Verletzung der Wirbelsäule ausschalten. WaR. negativ. Elektrisch lassen sich am Biceps und am Brachio-radialis Ausfallerscheinungen nachweisen, der Deltoideus sowie der untere Wurzelstamm C 7—D 1 (wegen des Hornerschen Syndroms) sind intakt. Differentialdiagnostisch schalten die Verf. eine mechanische Schädigung des Plexus durch eine Halsrippe, einen Muskelrheumatismus usw. aus. Die Eigenart und Unregelmäßigkeit in der Verteilung der Schädigung auf die Muskelgruppen, die keinem einheitlichen zentralen Sitz entspricht, legt die Annahme einer direkten Beeinflussung der einzelnen Muskeln oder ihrer Nervenfasern nahe. Diesen schädigenden Einfluß sehen die Verf. in diesem Falle in der ungewohnten, dauernden Erschütterung des Armes. Der vorliegende Krankheitsfall ist mit Recht von der Versicherungsgesellschaft als entschädigungspflichtiger Unfall anerkannt worden, da er „gelegentlich einer beruflichen Arbeit entstanden“ sei.

Fr. Klages (Halle a. d. S.).

● **Michael, Max: Die Begutachtung beruflicher Hauterkrankungen.** (H. Unfallheilk. Hrsg. v. M. zur Verth. H. 12.) (*Dermatol. Abt., Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.*) Berlin: F. C. W. Vogel 1932. 40 S. RM. 2.80.

Im ersten Abschnitt — Begriff der Berufskrankheiten — kommt Verf. zu der Feststellung, daß auch auf dem Wege zum Arbeitsplatz unter Umständen eine Berufskrankheit entstehen kann, nämlich dann, wenn der Arbeiter, um zu seinem Arbeitsplatz zu gelangen, Räume zu passieren hat, deren Luft allergisierende Stoffe enthält. Weiter hält er auch solche Ekzeme für entschädigungspflichtige Berufskrankheiten, die durch nicht in der Verordnung aufgeführte Stoffe ausgelöst sind, aber nur als Folge einer vorausgegangenen polyvalenten

Sensibilisierung mit einem als Schädling genannten Stoff zu erklären sind. Die oft erörterten gesetzlichen Unklarheiten der Verordnung über die Berufskrankheiten werden kritisch besprochen. Die Auffassung des Verf. weicht hierbei manchmal von dem allgemein üblichen ab (Hauterkrankungen bei Galvanisierungsarbeitern). Für eine Reihe von Erkrankungen (Lichen ruber, Psoriasis, Seborrhöe) wird auch dann, wenn das erste Auftreten zeitlich mit beruflichen Einflüssen zusammenfällt, eine Entschädigungspflicht abgelehnt. Im speziellen Teil werden die einzelnen Abschnitte der Verordnung kurz besprochen. Blei und Phosphor haben keine große praktische Bedeutung. Quecksilber kann sowohl in Substanz — zerbrochene Thermometer — wie auch in seinen Salzen für die Krankenpflege wichtig sein. Arsen wird vielfach zur Schädlingsbekämpfung verwandt und hat dabei schon wiederholt zu schweren Erkrankungen geführt. Beim Benzol ist zwischen toxischer und allergischer Wirkung wohl zu unterscheiden. Verf. lehnt die Auffassung von Kölsch ausdrücklich ab, daß nur dann ein Benzol-ekzem angenommen werden könne, wenn der zu verarbeitende Stoff mindestens 50% Benzol enthalte. Einen breiten Raum nimmt die Besprechung der durch Nitro- und Amidokörper der aromatischen Reihe verursachten Hautschädigungen ein, die durch Schilderung von Einzelfällen und Wiedergabe von Gutachten erläutert wird. Sehr eingehend werden Röntgenschädigungen besprochen. Dabei wird besonders auf die Arbeiten von Miescher — periodischer Ablauf der Einwirkung einer Erythemdosis — und auf die pathologische Anatomie der Röntgenschädigungen hingewiesen. Bei der Festsetzung des Grades der Erwerbsfähigkeit ist nicht bloß das jeweilige Zustandsbild der Haut zu berücksichtigen, sondern „auch die bei leichteren Veränderungen bestehende Notwendigkeit des Fernhaltens äußerer Reize“. Harmloser als die Röntgenschädigungen sind solche durch Radium und Mesothorium. Entgegen anderen Auslegern glaubt Verf., daß unter Umständen auch durch Sonnenlicht verursachte Schädigungen entschädigungspflichtig werden können. Bei den durch exotische Hölzer verursachten Erkrankungen können sich differentialdiagnostische Schwierigkeiten ergeben, weil bisher noch nicht festgestellt ist, ob die Harzsäuren oder Alkaloide das Allergen darstellen und der Ausfall der Reizproben verschieden sein wird, je nachdem Alkohol oder Wasser als Lösungsmittel verwandt wird. Zwei Gutachten erläutern die Schwierigkeiten des Auseinanderhaltens von durch Holz selbst verursachten Krankheiten und solchen, die in der Holzbearbeitung — Polieren, Leimen usw. — ihre Ursachen haben. Bei Ziff. 13 der Verordnung wird besonders auf die unglückliche Fassung gerade dieses Paragraphen hingewiesen, da es wohl kaum einen Arbeiter gäbe, der nicht mit einer der hierhergehörigen Substanzen zu tun hätte. Für einen später entstehenden Krebs bedarf es unter Umständen keiner Brückensymptome, wenn nur eine frühere Schädigung durch Teer, Paraffin oder Ruß nachgewiesen ist. Unter den Infektionserkrankungen in Heil- und Pflegeanstalten werden besonders Tuberkulose und die Geschlechtskrankheiten gewürdigt und dafür äußerst eindrucksvolle Beispiele gegeben.

S. Fuss (Ludwigshafen a. Rh.).

Lutz, W.: Ein Beitrag zur Bedeutung der sogenannten Sensibilitätsprüfungen beim Gewerbeekzem. (Dermatol. Univ.-Klin., Basel.) Schweiz. Z. Unfallmed. 26, 10–14 (1932).

Mitteilung eines Gutachtens betreffs angeblicher Säureschädigungen als Berufskrankheit. Die Hautprüfungen ergaben eine negative Reaktion mit den angeschuldigten Substanzen, dagegen eine positive Reaktion mit Proben aus der Lederjoppe des Arbeiters. Diese Reaktion erklärt das Auftreten des Ausschlages in der Halsgegend. Einige Monate später ausgesprochen positive Reaktion auch mit den Betriebsstoffen, die früher negative Resultate ergeben hatten. Es handelt sich um eine sekundäre, polyvalente Sensibilisierung. Lutz lehnt eine Entschädigung ab, da die berufliche Tätigkeit nicht als ausschließliche oder vorwiegende Ursache des Ekzems in Frage käme. (Schweizerische Unfallgesetzgebung!) Michael (Berlin-Neukölln).

Misch, Julius, und Ernst Baader: Gewerbliche Schädigungen der Mundhöhle. Fortschr. Zahnheilk. 7, 684–702 (1931).

An der Mundschleimhaut kommen Verätzungen durch Laugen und Säuren, Schädigungen durch Quecksilber, Blei und Wismut vor. Der Quecksilbersaum im Zahnfleisch wird neben der Stomatitis mercurialis angeführt. Der Bleisaum wird häufig verkannt, wenn es sich um atypische Bleiausscheidung im Zahnfleisch handelt, die nicht als feiner Saum am Zahnfleischrand, sondern diffus verteilt im Gewebe sitzt. Auf die capillarmikroskopische Betrachtung der verschiedenen Schwermetallsäure wird besonders hingewiesen. Für die Wismutstomatitis ist im Gegensatz zur Hg-Stomatitis nicht nur die erste Erscheinungsstelle charakteristisch, sie beginnt in der Mahl Zahn-, jene in der Schneidezahngegend, sondern auch die schnellere Entwicklung der Ulcerationen. Schädigungen durch Lösungsmittel, wie Benzolhomologe (Xylol, Toluol) und Chlorkohlenwasserstoffe (Trichloräthylen, Perchloräthylen und Tetrachloräthan), sind ebenfalls bemerkenswert. Eine degenerative Zungenschädigung durch Tetrachloräthanvergiftung, bei der als führendes Krankheitssymptom jahrelang Zungenschmerzen bestanden, wird beschrieben. An den Zähnen werden Schädigungen durch Blei, Fluor und Röntgenstrahlen beobachtet. Letztere werden allerdings auch bestritten. An den Kieferknochen sind Schädigungen durch Phosphor, Fluor und Röntgenstrahlen beschrieben. (5 Abb.) Holländer.

Gudjonsson, Sk. V.: Über einige Vergiftungsfälle beim Schleifen von Messing-schiffsschrauben (chronische Kupfervergiftung?). Zbl. Gewerbehyg. N. F. 9, 32—33 (1932).

Die Arbeit Gudjonssons berichtet über 4 Fälle von Erkrankung bei Arbeitern, welche 2—3 Monate lang mit dem Schleifen von Messingschrauben beschäftigt waren und unter Erscheinungen von Magenschmerzen, Schwindel, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen erkrankten, am Rande der Haut, wo die Schutzmaske auflag, auch Furunkulose aufwiesen, nach Entfernung von der Arbeit mit Messing wieder vollkommen genesen. Da der Metallstaub neben 10% Zinn 90% Kupfer enthielt, ist G. geneigt, die Fälle als Kupfervergiftung zu deuten und fordert auf, evtl. gleichlautende Erfahrungen mitzuteilen. *Kalmus (Prag).*

Böttlich: Die Bedeutung der basophil getüpfelten roten Blutkörperchen, speziell für die Begutachtung von Bleikrankheiten. Zbl. Gewerbehyg. N. F. 9, 25—28 (1932).

Aus den Ausführungen des Verf. ist als Wesentlichstes hervorzuheben:

1. Die basophile Tüpfelung der roten Blutkörperchen ist als eine Bleiwirkung, aber nicht als Krankheit anzusehen. 2. Akute Krankheiten bei in Bleibetrieben tätigen oder tätig gewesen Personen machen den Nachweis der Tüpfelzellen erforderlich, wenn sie symptomatologisch als Bleierkrankung angesprochen werden sollen (nicht unbedingt! Ref.). 3. Bei abgelaufenen irreparablen Bleierkrankungen, wie alten Bleilähmungen, Schrumpfniere usw. ist keine Tüpfelung roter Blutkörperchen mehr nachweisbar. Das Wiederauftreten derselben läßt immer auf erneute Bleiwirkung schließen (evtl. ohne neue Aufnahme von außen, aus den Körperdepots mobilisierter Bleistrom! Ref.). 4. Die Tüpfelzellen sind auch in geringer Zahl stets als eine abnorme Erscheinung anzusehen. Dieselben schwinden bei Bleiarbeitern in relativ kurzer Zeit nach Niederlegung der Bleiarbeit. 5. Die Feststellung von Tüpfelzellen, selbst wenn sie die Grenzzahlen von 300 oder 500 erheblich überschreiten, berechtigt allein nicht zur Diagnose einer Bleierkrankung, wenn andere Symptome fehlen.

Rosenthal-Deussen (Magdeburg).

Engelhardt: Richtlinien für die Anerkennung beruflicher Bleivergiftungen. (*Landesversicherungsanst. Sachsen, Dresden.*) Dtsch. med. Wschr. 1932 I, 258—259.

Die Diagnose der chronischen Bleivergiftung hat auch große rechtliche Bedeutung (Entschädigungspflicht). Sie stützt sich auf den Nachweis der Bleiaufnahme bzw. einer Bleiwirkung, sodann — unabhängig hiervon — auf diejenige von Bleireaktionen im Organismus. Sowohl bei der Bleiwirkung als bei den Bleireaktionen kommen sichere, wahrscheinliche und mögliche in Frage. Sichere Bleisymptome sind: Nachweis von Blei in Blut, Harn usw., Bleikolorit, Bleisaum. Die basophilen Granulationen sind nicht eindeutig. Für wahrscheinliche Bleireaktion spricht ein Symptomenkomplex: wie Zusammentreffen von Kolik, Radialislähmung, Zittern, Hämatorporphyrin im Harn oder z. B. von Schrumpfniere, psychischen Störungen, basophilen Granulationen usw. Wahrscheinliche Bleisymptome sind solche, die an und für sich häufig bei Bleivergiftung auftreten, wenn sie mit sicheren Bleisymptomen kombiniert sind, mögliche Bleisymptome alle erfahrungsgemäß bei Bleivergiftung anzutreffenden Erscheinungen, falls sie vereinzelt auftreten.

Engelhardt (Berlin).

Engelhardt: Bleierkrankung als Todesursache oder als wesentliche Verschlimmerung einer anderen zum Tode führenden Krankheit. Ärztl. Sachverst.ztg 38, 7—11 (1932).

Gutachten. Erkrankung und Tod unter Erscheinungen, die an chronische Bleiintoxikation hatten denken lassen, zumal es sich um einen Arbeiter in einer Schrotfabrik handelte. Vor allem waren diffuse Lähmungserscheinungen, Anämie, Benommenheit, Hirnnervenlähmungen für Blei ätiologisch in Anspruch genommen worden. Die nähere Analyse ergab, daß es sich um ein Lungencarcinom mit Hirnmetastasen gehandelt hat. Ein in Erwägung gezogener verschlimmernder Einfluß einer Bleischädigung auf den Verlauf der Carcinomkrankung wird als durchaus unwahrscheinlich abgelehnt.

Panse (Berlin).

Baader, Ernst W.: Manganismus eines Trimmers. (*Kaiserin Auguste-Victoria-Krankenb., Berlin-Lichtenberg.*) Zbl. Gewerbehyg., N. F. 9, 1—3 (1932).

Kasuistische Mitteilung über einen typischen Fall von Manganvergiftung, den sich ein Hafenarbeiter bei wiederholtem Ausladen von Manganerzen zugezogen hatte. Auffallend ist das Auftreten der Vergiftung nach einer verhältnismäßig kurzen Gesamtbeschäftigung mit Mangan. Möglicherweise hat ein Bronchialkatarrh, der durch andere Arbeiten (mit schweflige Säure abspaltenden Erzen) unterhalten war, disponierend gewirkt. Verf. empfiehlt entsprechende Verhütungsvorschriften.

E. Rosenthal-Deussen (Magdeburg).

Schürch, O.: Weitere Erfahrungen über Carcinome bei Korksteinarbeitern. (*Chir. Klin. u. Dermatol. Klin., Univ. Zürich.*) Schweiz. Z. Unfallmed. **25**, 416—420 (1931).

Der Verf. fügt seinen 3 bei Korksteinarbeitern bereits beobachteten Fällen von Scrotalcarcinom 2 neue Fälle hinzu. Der Verf. findet unter 53 Arbeitern 5 mit Scrotalcarcinomen, also fast 10%. Es waren durchwegs ältere Arbeiter. Als Ursache beschuldigt Verf. den Pechstaub und schlägt als prophylaktische Maßnahmen vor: Verminderung der Staubbildung, Anstellung und Beschäftigung im Staub für kurze Zeit. Befristete Anstellung junger Leute, Aufklärung (Merkblatt), Schutzvorschriften (vollständiger Kleiderwechsel), vollständige Reinigung des Körpers vom Staub nach Schluß der Arbeit, periodische ärztliche Kontrolle. *M. Oppenheim (Wien).*°°

Ranelletti, A.: Die berufliche Schwefelkohlenstoffvergiftung in Italien. Klinik und Experimente. Arch. Gewerbepath. **2**, 664—675 (1931).

Verf. berichtet in der Hauptsache über eine Sammelforschung über etwa 100 neuerdings in Italien beobachtete Fälle von CS₂-Vergiftung, von denen etwa 70 veröffentlicht sind (Literaturverzeichnis mangelt) und über eigene Tierversuche an Kaninchen. CS₂-Vergiftung hat neuerlich in Italien besondere Bedeutung einerseits wegen der ausgedehnten Viscosekunstseideindustrie und andererseits, weil die CS₂-Vergiftung unter die zu entschädigenden und die durch besondere Vorbeugungsmaßnahmen zu verhindernden Erkrankungen aufgenommen ist. Etwa 77% der Fälle stammten aus Kunstseidefabriken, die übrigen aus der Bearbeitung von Fetten und der Kautschukindustrie. In den Kunstseidefabriken war mehr als $\frac{1}{3}$ der Fälle in der Wäscherei entstanden. 80% der Fälle stellten Erkrankungen des Nervensystems dar, bei den übrigen beherrschten Anämie, Magen- und Darmstörungen das Bild. Verf. bemerkt, daß auch bei letzteren häufig nervöser Ursprung anzunehmen sei. 52% aller Fälle betrafen Psychosen, meist maniakalischen Typs, etwa 7% zeigten den strio-pallidären Symptomenkomplex, in der Mehrzahl Parkinson-ähnlich. Erkrankungen der peripheren Nerven traten in 10% der Fälle auf; vorwiegend motorische Lähmungen der unteren Extremitäten, z. T. auch mit sensiblen und trophischen Störungen. Bemerkenswert sind einige Fälle mit Störungen im Gebiet des Vagus und des Accessorius, die der typischen Diphtherieparese (Gaumenmuskellähmung) gleichen. In 17% der Fälle waren Blutveränderungen das hervorstechendste Symptom, insbesondere Verminderung der Zahl der roten Blutkörperchen, des Hgb. und des Globulinwertes. 2 plötzliche Todesfälle zeigten keine eindeutigen Befunde. Auch die schweren psychischen und nervösen Störungen heilten meist nach Aufhören der Schädigung in wenigen Monaten aus, in Einzelfällen blieb Demenz zurück. — Die Tierversuche wurden so angestellt, daß 4 Kaninchen in einem großen gut ventilierten und belichteten Versuchsraum Luft einatmeten, die 1 ccm CS₂ auf 1000 l enthielt. Die Tiere wurden täglich 2 mal 4 Stunden mit $1\frac{1}{2}$ stündiger Pause der Inhalation ausgesetzt, um die Arbeitsbedingungen in der Fabrik möglichst nachzuahmen. Nach etwa 2 Wochen zeigten sich nervöse Störungen wie Erregung, sinnloses Umherlaufen, erhöhter Geschlechtstrieb; sie steigerten sich zu tonisch-klonischen Krämpfen und erschwelter Atmung, auch traten die Störungen immer rascher nach Beginn des Einzelversuches auf. (Gesteigerte Empfindlichkeit.) Das Wachstum hörte auf, das Gewicht nahm ab, auch litt die Lebensfähigkeit der Nachkommenschaft: das Geburtsgewicht nahm ab, die Sterblichkeit der neugeborenen Tiere nahm zu. Die sehr genaue histologische Untersuchung ergab besonders Schwund der Nisslischen Tigroidsubstanz in den Nervenzellen des Großhirns; eigentümliche Veränderungen in der Lunge, Atelektase und Emphysemherde nebeneinander. In Milz und Leber Zeichen einer erhöhten Phagozytose und Phagocytose der roten und weißen Blutzellen. Die Tierversuche ergaben also in Übereinstimmung mit den Menschenbeobachtungen, daß CS₂ wesentlich das Zentralnervensystem und das Blutsystem schädigt.

Erika Rosenthal-Deussen (Magdeburg).°°

● **Wenzel, J.: Die Beiz-, Lackier- und Polierverfahren für Holz, ihre Gesundheitsgefahren und deren Verhütung. Mit einem Beitrag: Über einige Beiz-, Lackier- und**

Poliermittel, ihre Zusammensetzung und physiologische Wirkung. Von Hans H. Weber u. W. Gueffroy. (Schriften a. d. Gesamtgeb. d. Gewerbehyg. Hrsg. v. d. dtsh. Ges. f. Gewerbehyg. in Frankfurt a. M. H. 40.) Berlin: Julius Springer 1932. IV, 44 S. RM. 3.90.

Der 1. Teil der vorliegenden, im Auftrage des Technischen Ausschusses der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene verfaßten Arbeit bringt eine für den Gewerbearzt, aber auch für den als Sachverständigen tätigen sehr lehrreiche Darstellung der heute üblichen Beiz-, Lackier- und Polierverfahren für Holz. Sie lehrt dem Arzt Gesundheitsgefahren kennen, an die er auf Grund seiner klinischen Ausbildung wohl kaum jemals gedacht hätte. — Der 2. Teil behandelt einige Beiz-, Lackier- und Poliermittel, ihre Zusammensetzung und physiologische Wirkung. Er stammt aus dem Gewerbehygienischen Laboratorium des Reichsgesundheitsamtes und bringt aus dem großen Material eine Auswahl von Stoffen welche entweder bereits in gewerblichen Betrieben Gesundheitsstörungen hervorgerufen oder wenigstens im Verdacht gestanden haben, dies zu tun. Aus der Zusammenfassung sei erwähnt, daß Mischungen von n-Butylacetat (die meist auch freien Butylalkohol enthalten) mit Benzol und dessen Homologen, Sanganjode und Testbenzine, Chrom usw. am häufigsten zu Klagen Anlaß gegeben haben. Sehr erwähnenswert für den hygienisch tätigen Arzt ist auch ein im 1. Teile der Arbeit enthaltene, von den Lackfabrikanten herausgegebenes Merkblatt, sowie ein Ausblick, welcher die lacktechnischen, aber auch die gewerbehygienischen Forderungen für die nächste Zukunft enthält. — Im ganzen auf 44 Seiten ein sehr wertvolles Material, das jeder Arzt kennen sollte.

Kalmus (Prag).

Gerichtliche Psychiatrie und Psychologie.

Fuster, J.: Die psychologischen Methoden zur experimentellen Untersuchung des moralischen Urteils. (*Inst. Ment. de la Santa Cruz, Barcelona.*) Rev. méd. Barcelona 16, 435—458 (1931) [Spanisch].

Verf. erzählt seinen Probanden Tatbestände verschiedener Verbrechen und läßt sie das ihnen gerecht erscheinende Strafmaß angeben. Die Antworten von 100 Verbrechern und 100 Unbestraften teilt er in übersichtlicher graphischer Darstellung mit. Es ergibt sich, daß die Verbrecher im allgemeinen mildere Urteile fällen und häufiger zu Freisprüchen kommen. Wenn sie verurteilen, so zeichnen sie sich häufig durch besondere Grausamkeit aus. Verbrechen gegen das Eigentum beurteilen sie eher milder, Sittlichkeitsverbrechen eher schärfer als die Unbestraften. Die Korrelationskoeffizienten zwischen den Ergebnissen mit dieser Methode und den Resultaten der Intelligenzprüfung sind so klein, daß irgendwelche nennenswerte Korrelation ausgeschlossen werden kann.

Eduard Krapf (München).

Hübner: Bemerkungen zum Kürten-Prozeß. Sonderdruck aus: Mitt. forens.-psychol. Ges. Hamburg Nr 1, 2 S. (1932).

Die kurz gehaltenen psychiatrisch-forensischen Bemerkungen über den Lustmörder Kürten weisen darauf hin, daß eine Geistesstörung im engeren Sinne bei ihm nicht nachzuweisen war. Auch der Alkohol spielte bei keiner seiner Straftaten eine Rolle. Der Spannungszustand, in welchem Kürten sich vor Begehung seiner Delikte befand, unterschied sich in nichts von dem geistig gesunder Notzüchtler. Bei den Straftaten handelte es sich um keine raschen, im Affekt begangenen Tötungen, sondern um langsame und wohlbedachte Betätigungen. Tötungsabsicht sowie die Fähigkeit während der Begehung der strafbaren Handlung Überlegungen anzustellen, mußten auf Grund der Begleitumstände als gegeben angesehen werden.

Birnbaum (Berlin-Buch).

Grzywo-Dabrowska, Marja: Über Selbstmord der Schuljugend auf Grund einer Enquete. *Oswiata i wychowanie* 2, 38—163 (1932) [Polnisch].

Das polnische Unterrichtsministerium hatte 129 Selbstmordfälle der Schuljugend aus den Jahren 1909—1930 zusammengestellt. Diese amtliche Zusammenstellung wurde nun vom Verf. einer gründlichen Bearbeitung unterzogen. In der Mehrzahl der einschlägigen Selbstmordfälle lassen sich äußere Beweggründe feststellen, die das Kind zum Selbstmord führten. Als solche Gründe seien erwähnt: ungünstige häusliche Verhältnisse, schlechte materielle Lage, schlechte Schulzeugnisse usw. Wichtiger sind innere Beweggründe, zu welchen außer jenen, die aus dem Entwicklungsalter sich