

stände aufzuklären, zulässig sei, der Klägerin, die ja zweifellos ein jahrelanges Krankenlager durchmachte, ohne Anerkennung einer Rechtspflicht im Gnadenwege eine Entschädigung zuzusprechen.

Walther Hannes (Breslau).<sup>oo</sup>

**Priesmeyer, Walter: Unglücksfälle bei Zahnextraktionen.** Bonn: Diss. 1932. 37 S.

Die Arbeit bringt eine Zusammenstellung der Ursachen von Unglücksfällen. Hierher gehören abnorme Krümmungen und Spreizungen der Wurzeln, Abknickungen, knopfartige Hyperzementosen, die nur durch das Röntgenbild festgestellt werden können. — Frakturen kommen nicht nur an cariösen Zähnen vor, sondern auch an Nachbarzähnen; sie können zu Schadenersatzansprüchen führen. Unvermeidlich sind sie gelegentlich bei Verschmelzung von Zähnen. — Ein seltener und unvermeidbarer Unglücksfall ist das Mitentfernen von Keimen bleibender Zähne bei der Extraktion von Milchzähnen durch stark gekrümmte Milchzahnwurzeln. — Zangenbruch ist in der Literatur verschiedentlich erwähnt, sogar Aspiration von abgebrochenen Zangenteilen. — Verf. erwähnt weiter Frakturen des Alveolarfortsatzes, wodurch die Wurzeln der Nachbarzähne freigelegt werden können, ferner Kieferbrüche, Eröffnung des Antrum Highmori bei sehr langen Wurzeln, Eindringen von Zähnen in die Highmors-Höhle bei der Extraktion, Luxation des Unterkiefers. — Größte Vorsicht ist bei Hebeln mit Krückengriffen geboten, weil sie die Gefahr einer allzugroßen Gewaltanwendung in sich bergen. — Häufig treten Unglücksfälle auf bei Entfernung von Weisheitszähnen, weil deren Wurzeln nicht selten Anomalien aufweisen. Ein Todesfall trat ein durch Sepsis und Verblutung aus der verletzten Arteria alveolaris inferior; auch Emphysem kam nach Zahnextraktion vor. — Der unglücklichste Zufall ist der der Zahnaspiration. Es wird abgeraten, während der Narkose mit Hebeln zu extrahieren. — Verschwindet ein Zahn bei der Zahnextraktion, so muß alles versucht werden, den Verbleib des Zahnes zu klären. Der schlimmste Fehler besteht in dem Vertuschungs- und Selbstberuhigungsbestreben. — Nach erfolgter Aspiration eines Zahnes ist von Wichtigkeit, diesen bald möglichst aus den Luftwegen zu entfernen. — Im Durchschnitt beträgt der Blutverlust bei Zahnextraktionen 1,813 ccm. In schwierige Situationen kann der Zahnarzt bei starken Blutungen geraten. Hämophilie ist eine strenge Kontraindikation gegen jede Zahnextraktion. Nur die Indicatio vitalis kann hier eine Ausnahme machen. Starke Blutungen sind auch beobachtet bei Leukämie, Werlhofscher Krankheit, Albuminurie und Nephritis chronica; auch perniziöse Anämie, Chlorose, Ikterus sind zu beachten. — Blutungen kommen vor bei Verletzungen der Art. mentalis, Art. lingualis, der Art. maxillaris externa und alveolaris inf. — In seltenen Fällen können Aneurysmen und Angiome zu starken Blutungen Anlaß geben. — Den Schluß der Arbeit bilden Fälle von Nervenverletzungen und einige Fälle plötzlichen Todes bei der Zahnextraktion. — Die Extraktion erfordert anatomische und instrumentale Kenntnisse, Geschicklichkeit und Geistesgegenwart. — Die vorherige Röntgenaufnahme ist immer noch das beste Mittel, um Unglücksfälle zu vermeiden. Notwendig ist klare Übersicht des Operationsfeldes. Ein großer Fehler ist allzurashes Arbeiten. — Vor der Extraktion soll sich der Zahnarzt über den Allgemeinzustand des Patienten unterrichten. — Ein Literaturverzeichnis von 67 Nummern ergänzt die Arbeit. *Lochte (Göttingen).*

### Versicherungsrechtliche Medizin.

● **Handbuch der gesamten Unfallheilkunde.** Hrsg. v. Fritz König u. Georg Magnus. Bd. 1. Stuttgart: Ferdinand Enke 1932. VIII, 506 S. u. 44 Abb. RM. 47.—

Das vorliegende Handbuch ist als Ersatz für das allbekannte und geschätzte Handbuch der Unfallheilkunde von Thiem gedacht, das wohl jedem in der Unfallheilkunde tätigen Arzt als Ratgeber und Nachschlagewerk in verwickelten und strittigen Fällen gedient hat, aber im Laufe der Jahre veraltet ist. Die letzte Auflage erschien im Jahre 1910, und wenn das Thiemsche Handbuch auch heute noch seinen Wert behalten wird, so hat sich in den 22 Jahren, die seit seinem letzten Erscheinen verflossen sind, in der Unfallheilkunde manches geändert. Neue Rechtsauffassungen haben sich herausgebildet, neue Krankheitsbilder sind herausgearbeitet, neue Untersuchungsmethoden eingeführt, neue Gebiete in die Unfallkrankheiten

einbezogen worden, die Anschauungen über die Ursachen der Krankheitszustände haben sich vielfach gewandelt und manche ganz neuen Ansichten über den Zusammenhang der Erkrankungen mit Unfällen sind entstanden. So war eine Neubearbeitung nicht zu umgehen, die nunmehr in der Form des ersten Bandes eines neuen Handbuchs vorliegt. Es beschränkt sich auf die Darstellung der Unfallheilkunde; die Invalidenbegutachtung, die im Thiemschen Handbuch noch berücksichtigt ist, findet keine Berücksichtigung. In der Disposition des ersten Bandes ist auch sonst einiges gegenüber der Thiemschen Einteilung des Stoffes geändert worden. — Nach einer geschichtlichen Einleitung wird von juristischer Seite eine Einführung in die Unfallgesetzgebung gegeben, die das für den ärztlichen Gutachter wesentliche herausgreift und es nach der Rechtsprechung und den Entscheidungen des RVA. näher erläutert. Auffallend ist, daß manches, was für den Mediziner doch auch von Interesse ist, wie z. B. die Höhe der Renten und ihre Berechnung, keine Erwähnung findet. Die letzte Notverordnung, die ja auch für die Unfallheilkunde wichtige Änderungen, z. B. durch Beseitigung der Verletztenrenten unter 25% bringen, ist nicht erwähnt worden. Im 2. Abschnitt werden die mechanischen, die elektrischen und die thermischen Verletzungen abgehandelt, bei den elektrischen Verletzungen die physikalischen und technischen Grundlagen vom Techniker, die durch den elektrischen Strom hervorgerufenen Veränderungen am Körper durch den Mediziner; instruktive Abbildungen, auch mikroskopischer Schnitte, beleben den Text. Hier scheint das Schrifttum nicht überall erschöpfend berücksichtigt zu sein; wenigstens werden bemerkenswerte Untersuchungen aus der gerichtlich-medizinischen Literatur nicht erwähnt. Den Schluß dieses Abschnittes bildet die Besprechung der Wundinfektion. Der 3. Abschnitt wird mit einer Erörterung des Ursachen- und Krankheitsbegriffes und seiner Bedeutung für die Unfallheilkunde eingeleitet und hierbei darauf hingewiesen, daß das Reichsgericht und das Reichsversicherungsgericht dieselben Grundsätze hierüber angenommen haben, was von ärztlicher Seite oft verkannt wird. Es folgen Abhandlungen über die durch thermische Einwirkungen hervorgerufenen Krankheiten, über die Infektionskrankheiten, so über Tuberkulose, Osteomyelitis, Syphilis, eine sehr klare Darstellung der Geschwülste in ihrer Beziehung zum Unfall, die Besprechung der Stoffwechselkrankheiten und der akuten gewerblichen Vergiftungen als Unfallfolge. Als letzter Abschnitt wird die sog. Unfallneurose von verschiedenen Gesichtspunkten aus erörtert. — Ein Vergleich des vorliegenden 1. Bandes mit dem alten Handbuch von Thiem führt uns vor Augen, welche gewaltigen Fortschritte in der Beurteilung der Verletzungen und Krankheiten als Unfallfolgen durch die rastlos fortschreitende wissenschaftliche Forschung gemacht worden sind. Die Namen der Mitarbeiter bürgen für die Brauchbarkeit und den Wert des Werkes. Als Ersatz des Thiemschen Handbuchs wird es seinen Platz behaupten.

*Ziemke* (Kiel).

**Ziegler, Helmut: Der Unfallbegriff in der privaten Unfallversicherung.** Leipzig: Diss. 1931. 112 S.

Verf. geht bei seinen Betrachtungen von dem Unfallbegriff des allgemeinen Sprachgebrauches aus, dessen Grenzen flüchtig sind und den Schwankungen des allgemeinen Sprachgebrauches unterworfen sind. Für die Verwendung dieses Begriffes als Grundlage von Rechten und Verpflichtungen bedarf er einer systematischen Gestaltung. Der Hinweis, daß Schädigungen infolge rechtswidriger Handlungen Dritter wohl unter die Entschädigungspflicht fielen, nicht aber nach dem allgemeinen Sprachgebrauch Unfälle sind, ist nur bedingt richtig und trifft bei Schädigungen infolge eines von einem Dritten gegen den Versicherten begangenen Verbrechens zu, nicht aber für die Autounfälle, wo meist eine rechtswidrige Handlungsweise eines Dritten den Unfall erst herbeigeführt hat. Unter Unfall versteht man nach allgemeinem Sprachgebrauch einen Vorgang, bei dem jemand infolge eines plötzlich von außen einwirkenden Ereignisses unfreiwillig eine Körperverletzung erleidet. Der Unfall ist weder das schädigende Ereignis, noch die eingetretene Wirkung dieses Ereignisses, sondern er ist ein Vorgang; ein Streit hierüber ist müßig, es kommt auf die bei der Betrachtung eingenommene Stellung an. Die beste Formel für den Unfallbegriff ist die: Äußerliches und plötzlich Ereignis + unfreiwillige Körperbeschädigung. Der Kern des Unfallbegriffs ist die Plötzlichkeit, der genügt ist, wenn sie sich in einem verhältnismäßig kurzen und auch bestimmbar Zeitraume abspielt. Ein augenblicklicher Eintritt ist nicht erforderlich. Die Ansicht des RG., daß die Plötzlichkeit auch das Moment des Unerwarteten, Unvorgesehenen und Unentrinnbaren einschließt, ist nicht richtig. Auch Gasvergiftungen genügen dem Erfordernis der Plötzlichkeit, bei einer Überanstrengung kann hiervon aber nicht mehr die Rede sein. Das Unfallereignis muß sich außerhalb des Körpers vollziehen. Die Äußerlichkeit ist nach dem RG. in einem äußeren

Vorgang, im „äußerlich in Erscheinung treten“ zu sehen, sie ist auch dann gegeben, wenn Schädigungen bei beabsichtigten Körperbewegungen infolge eines unerwarteten Widerstandes eintreten. Zu weitgehend ist dagegen die Auffassung, daß schon die durch äußere Bewegung in der Lage der Körperteile zueinander hervorgehobenen Änderungen und die durch sie herbeigeführten Schädigungen unter den Unfallbegriff einzureihen sind. Das Erfordernis der Unfreiwilligkeit hat seine Wurzel in der Zufälligkeit, beide Begriffe decken sich nicht. Die Zufälligkeit bezeichnet die Kausalität zwischen menschlichem Verhalten und der Folge äußerer Vorgänge; die Unfreiwilligkeit weist nur auf das subjektive Verhalten des Versicherten, sie bezieht sich auf die Körperbeschädigung, nicht auf das Unfallereignis. Unter dem Begriff der körperlichen Beschädigung sind nicht nur rein wörtlich zu nehmende Verletzungen, sondern jede Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit zu verstehen. Das Merkmal des ärztlicherseits Erkennbaren stellt eine sachliche Voraussetzung der Entschädigungspflicht des Versicherers dar; in den neueren Versicherungsbedingungen ist diese Bestimmung wieder verschwunden. Der Kausalzusammenhang zwischen Unfallereignis und Unfallschädigung ist das umstrittenste Gebiet in der Unfallversicherung. Unfallfolge ist nicht etwa die infolge des Unfalls eingetretene Körperbeschädigung, sondern erst die Folgen dieser Schädigung. Zu unterscheiden ist zwischen Kausalzusammenhang im natürlichen und im Rechtssinne. Unfallereignis, Unfallschädigung und Unfallfolgen müssen in einem solchen Zusammenhang stehen, daß dem allgemeinen natürlichen und normalen Verlauf der Dinge nach angenommen werden muß, daß die eine Tatsache aus der anderen hervorgegangen ist. Selbständige ungewöhnliche und anormale Umstände unterbrechen den Kausalzusammenhang. Auch mittelbare Folgen stehen grundsätzlich mit dem Unfall in ursächlichem Zusammenhang. Man nennt diese hier wiedergegebene Auffassung der Kausalität die Theorie vom adäquaten Kausalzusammenhang. Ihre Anwendbarkeit wird auch auf dem Gebiet der Unfallversicherung allgemein anerkannt. Die jetzt getroffene Umschreibung des Umfangs der versicherten Gefahr ist nach Meinung des Verff. vorläufig die vollkommenste und zutreffendste Definition des Unfallbegriffs. Auf Einzelheiten in den auch für den Arzt interessanten Betrachtungen kann hier nicht eingegangen werden. Wer sich dafür interessiert, muß das Original nachlesen.

*Ziemke (Kiel).*

● **Hildebrandt, H., und K. Ross: Individuelle Unfallaffinität. (Veröff. Med.verw. Bd. 36, H. 5.)** Berlin: Richard Schoetz 1932. 103 S. u. 12 Abb. RM. 5.20.

Das Material der vorliegenden Untersuchung geht von der Fraktion Unfälle (U) und Nichtunfälle (N) aus. In beiden Gruppen sind die verschiedenen Sparten eines Großbetriebs der Metallbranche, ferner Gelernte und Ungelernte, Lehrlinge und Berufsangehörige und insbesondere die Altersklassen unter 20 und bis zu 50 vertreten. Diese Mannigfaltigkeit der Zusammensetzung spielt natürlich eine um so größere Rolle, als das Material an sich nicht sehr groß ist. Dafür war aber die Beobachtungszeit ziemlich lang, etwa  $1\frac{1}{2}$  Jahre, und es wurde die Zahl der Unfälle überhaupt, die in der Beobachtungszeit, und die Zahl der Unfälle nach der Untersuchungszeit bis zum Jahre 1932, berücksichtigt. An experimentellen Untersuchungen wurden die Fahrerprobe nach Rupp-Halbauer, ferner Reaktionsversuche, und zwar mit optischem Reiz, mit akustischem Reiz nach Rupp, ferner der Kugelgreifversuch am Monotonieprüfer nach Giese und endlich der Ergographenversuch nach Mosso durchgeführt. — Die Versuche wurden ausgewertet möglichst im Stadium der Spontaneität, d. h. bevor Einübung aufgetreten war, 1. weil das dem Ernstfall mit seinem mannigfachen Wechsel der Situation entspricht, und 2. weil bei Einübung die Differenzen voraussichtlich noch geringer gewesen wären. — Daß die Fahrprobe keine deutlichen Unterschiede ergab, kann übrigens nicht gegen ihren Wert als berufstypische Eignungsprüfung verwandt werden.

Wichtig ist das vielleicht nicht ganz erwartete Ergebnis, daß die reine Reaktionszeit nicht aufschlußreich ist für die persönliche Unfallaffinität. Dasselbe gilt für die rein motorischen Verhaltensweisen. — Schon in der charakterlichen Richtung liegt es, daß durch die Versuche eine typische Störung im Handlungsgeschehen bei gesteigerter Aufmerksamkeit (im Moment der Gefahr etwa) eintreten kann. Man kann diese Hemmung erwartungsneurotisch (Ref.) nennen, und die Versuche geben übrigens einen Anhaltspunkt zu experimentellen Analysen der Erwartungsneurose. — Der Hauptwert liegt auf

den Ergebnissen der ärztlichen und allgemein psychologischen Untersuchung und Anamnese. Die Ergebnisse beider Untersuchungen werden in einer Tabelle zusammengefaßt; die hier berücksichtigten Momente sind folgende: Erfüllter oder nicht erfüllter Berufswunsch; häufiger Berufswechsel, Einstellung zur Arbeit, Familienleben und soziale Bedingungen, gesamte Lebensauffassung, Sexualeben, körperliche Konstitution, hereditäre Belastung, Krankheiten, Verletzungen und Verstümmelungen (evtl. durch frühere Unfälle), nervöse Erschöpfung. — Unter diesen Momenten spielen nicht erfüllte Berufswünsche und Stellung zur Arbeit eine sehr erhebliche Rolle, ebenso Krankheiten, und zwar zuungunsten der U. Die Tabelle ist vielleicht weniger eindrucksvoll als die Mitteilung über einzelne Fälle, die im Anhang zusammengestellt sind. Wünschenswert wäre es, wenn man diese „Unfalllebensläufe“ weniger schematisiert hätte lesen können. Die Arbeit gibt auch in den Einzelheiten eine Fülle von wertvollen Gesichtspunkten. Eliasberg (München).<sup>oo</sup>

**Lustig, Walter: Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit bei gesundheitspolizeilichen Anordnungen.** (*Polizeipräsidium, Berlin.*) Klin. Wschr. 1932 II, 1154—1156.

Die Frage, ob Arbeitsunfähigkeit vorliegt, spielt bei gesundheitspolizeilichen Anordnungen eine große Rolle. Zunächst sind es die Seuchengesetze (Reichsseuchengesetz, Landesgesetze betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten), die in gewissen Fällen eine Absonderung von kranken, krankheitsverdächtigen und ansteckungsverdächtigen Personen vorschreiben. Daß Kranke nun auch arbeitsunfähig sind, ist einleuchtend. Dagegen brauchen krankheitsverdächtige und besonders ansteckungsverdächtige Personen nicht eigentlich arbeitsunfähig zu sein, wenn auch hier und da in solchen Fällen die Art der Beschäftigung günstig auf die Entwicklung einer Infektionskrankheit einwirken kann. Weiter ist auch daran zu denken, daß offen Tuberkulöse, Geschlechtskranke, Bacillenausscheider in bestimmten Gewerben, Pflegepersonen, Hebammen gewissen Beschränkungen im Verkehr und in Ausübung ihres Berufes unterworfen werden können, ohne daß eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Es erhebt sich in solchen Fällen die Frage, ob solche Personen, die ja in Ausübung ihrer Arbeit geschädigt sind, lediglich weil polizeiliche Anordnungen maßgebend sind, Anspruch auf Entschädigung haben. Dies ist nur in beschränktem Maße der Fall (so bei Krankheiten des Reichsseuchengesetzes, wenn Verkehrsbeschränkungen angeordnet werden). Damit im Falle aufgezwungener Unmöglichkeit der Arbeitsleistung die Betroffenen nicht zu sehr geschädigt werden, hält Lustig es für erwünscht, daß die Krankenkassen im Interesse der Seuchenbekämpfung den Begriff der Arbeitsfähigkeit nicht zu eng auslegen. Mit diesem Wunsche kann man sich nur einverstanden erklären. Solbrig (Berlin).<sup>o</sup>

**Stier, Ewald: Unter welchen Umständen ist die Abänderung einer gerichtlich zuerkannten Rente wegen „wesentlicher Änderung der maßgebenden Verhältnisse“ durchführbar?** Mschr. Unfallheilk. 39, 345—361 (1932).

Verf. weist auf die dem Gutachter bekannte Schwierigkeit hin, eine Rentenänderung bei anerkannten psychogenen Erscheinungen nach Unfall herbeizuführen, auch wenn offensichtlich eine Rente zu Unrecht gegeben wird. Einige bemerkenswerte Reichsgerichtsentscheidungen, von denen die eine recht kraß ist, werden mitgeteilt; eine hohe Rente wird weiterhin anerkannt, obwohl Rentenempfänger voll erwerbsfähig ist. Verf. macht darauf aufmerksam, wie wichtig die Gutachtenformulierung ist. Eine Änderung der Verhältnisse kann auch darin erblickt werden, daß die Erwerbsfähigkeit wiedergekehrt ist; es sind auch nichtmedizinische Faktoren zu berücksichtigen. Ferner ist auf Besserung des Allgemeinverhaltens Wert zu legen. Und schließlich ist auch Wert darauf zu legen, daß neuere wissenschaftliche Methoden und Erkenntnisse, die zur Zeit der früheren Begutachtung noch fehlten, erlauben, zu dem Urteil einer Änderung der maßgeblichen Verhältnisse zu gelangen. (Ob diese Überlegung vor Gericht Erfolg haben wird, erscheint doch gerade bei den „traumatischen Neurosen“, die stets umkämpft waren, fraglich.) RVA. und RG. urteilen

nach verschiedenen Prinzipien, worauf in der Gutachtenfassung Wert zu legen ist. Eine Rechtsbelehrung des Sachverständigen vor Gutachtenerstattung ist zu wünschen.

F. Stern (Kassel).

**Sträussler, Ernst: Ein einfacher Kunstgriff zur Auslösung schwer auslösbarer Patellarreflexe.** Wien. med. Wschr. 1932 I, 398—399.

Verf. untersucht, wie wohl zahlreiche Neurologen auch, die Patellarreflexe bei Unsicherheit der Auslösung im Liegen so, daß der Oberschenkel des zu prüfenden oberliegenden Beines auf dem Oberschenkel des anderen ruht, der Unterschenkel in einem stumpfen Winkel herunter-sinkt und die Ferse locker auf dem Lager aufliegt. Von links her faßt er den Unterschenkel knapp oberhalb des Sprunggelenkes mit festem Griff, drückt die Ferse mit kurzem Ruck in schräger Richtung nach unten und gegen den Körper des Patienten zu, so daß eine plötzliche leichte Beugung im Kniegelenk eintritt und führt gleich darauf möglichst rasch den Hammer-schlag gegen das Ligam. pat. Es soll sich bei dieser empirisch gewonnenen Methode um optimale Bedingungen entsprechend den Ergebnissen von Hoffmann über die Physiologie der Eigen-reflexe handeln, daneben spielt das Überraschungsmoment eine Rolle. E. Loewy-Hattendorf.

**Erb, Karl H.: Über den Wert der Handkraftmessung bei ärztlicher Gutachter-tätigkeit.** (Chir. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.) Arch. orthop. Chir. 31, 267—274 (1932).

Zur Vervollkommnung der Abwehrwaffen gegen Übertreibung und Täuschung bei ärztlicher Gutachtertätigkeit empfiehlt Erb das Collinsche Dynamometer. Die Tatsache, daß der Ausfall der Handkraftmessung weitgehend vom Willen des Exploranden abhängig ist, führte den Verf. zur Beobachtung und Festlegung gewisser Gesetzmäßigkeiten im Verhalten der zu Übertreibung neigenden Unfallverletzten. Mit Hilfe der Dynamometrie konnte, gestützt auf die Ergebnisse früherer Untersuchungen, Aggravation oder Simulation bei einer gewissen Anzahl der Unfallverletzten nachgewiesen werden. E. empfiehlt, daß gutachtlich tätige Ärzte zur Vermeidung von Täuschungen sich der kleinen Mühe der Handkraftmessung unterziehen sollten, die ja doch aber wohl in allen größeren Instituten und Unfallstationen in der Regel geübt wird.

Rieder (Hamburg-Eppendorf).

● **Collie, John: Fraud in medico-legal practice.** (Betrug in gerichtlich-medizinischer Praxis.) London: Edward Arnold & Co. 1932. XI, 284 S. 10/6.

Seit Jahren ist der Verf. als Vertrauensarzt bei zahlreichen Versicherungsgesellschaften und als Gutachter in den verschiedensten Rentenangelegenheiten tätig. In der vorliegenden Monographie berichtet er über seine großen Erfahrungen bei der Beurteilung eingebildeter und vielfach direkt vorgetäuschter Krankheiten bzw. Unfälle. Er hatte bereits bis zum Jahre 1917 über 30000 Fälle dieser Art zu begutachten gehabt und seitdem die Zahl seiner Beobachtungen nahezu verdoppeln können. Ein großer Teil davon betraf besonders während der Kriegszeit Militärrentenempfänger, die ihm zur Oberbegutachtung ihrer oft raffiniert inszenierten Krankheitserscheinungen von den Militärbehörden zugewiesen wurden. Im 1. Kapitel werden zunächst allgemein psychologische Gesichtspunkte behandelt, die der Frage nach den Beziehungen zwischen Unfall, Versicherungszustand des Betroffenen und Verlangen nach Rente gewidmet sind. Wenn es auch immer schwierig ist, zu sagen, wo die Hysterie endet und der Betrug beginnt, so konnte Verf. doch auf Grund seiner großen Erfahrung nicht umhin, die Hauptbetonung in diesem Kapitel auf das Wort „Betrug“ zu legen, das sich auch in den folgenden Abschnitten, wie zahlreiche eindringliche Fälle zeigen, immer wieder beherrschend in den Vordergrund drängt und deshalb dem ganzen Buche seinen Namen geben mußte. In den folgenden Kapiteln führt der Verf. zahlreiche Untersuchungsmethoden an, die sich ihm im Laufe seiner langen Gutachtertätigkeit als besonders geeignet erwiesen haben, um eingebildete oder direkt vorgetäuschte Krankheiten nachprüfen und ausschließen zu können. Es werden weiterhin in einschlägigen Kapiteln verschiedene Organsysteme und Körperregionen mit den für sie typischen vorgetäuschten Krankheiten besprochen und immer wieder aus dem reichen Erfahrungsschatz bemerkenswerte Fälle dafür geschildert. Wiederholt betont Collie, daß der untersuchende Arzt auch den äußeren Umständen, wie z. B. der Kleidung des zu Untersuchenden, seine Aufmerksamkeit widmen soll, um aus deren Beschaffenheit, Abnutzungsart oder Beschmutzung Rückschlüsse auf das vorgebliche Leiden zu ziehen und die Angaben des Patienten (z. B. bei in Frage stehender Blaseninkontinenz oder Unfähigkeit, auf den Fersen aufzutreten) nachzuprüfen. Wie raffiniert bei den Selbst-

beschädigungen vorgegangen wird, zeigt u. a. die kurze Notiz über die Tollwutbehandlung der Soldaten in British-Indien. Diese wurden früher, wenn sie von einem tollwutverdächtigen Hunde gebissen waren, nach dem Pasteur-Institut in Paris zur Behandlung geschickt. Die auffallende Zunahme solcher Bißverletzungen erweckte bald den Verdacht, daß dabei nicht alles mit rechten Dingen zugehen konnte. Der Nachweis offensichtlichen Betruges wurde schließlich durch einen Regimentsarzt geführt, der feststellen konnte, daß mit Hilfe eines Hundekieferskelets sich die Soldaten typische, doch ungefährliche Hundebißspuren beibrachten. Durch das ganze Buch läßt sich das eindringliche Bestreben des Verf. verfolgen, die von ihm untersuchten Leute möglichst rasch von ihren mehr oder weniger psychogen überlagerten Erscheinungen zu befreien und sie wieder zurück zur Arbeit zu bringen. Wenn auch manches aus dem Inhalt des Buches dem gutachtlich tätigen Arzt bekannt sein dürfte, so bietet es doch viele wertvolle Anregungen auf Grund der ungemein reichen Erfahrungen seines Verfassers.

*Schrader* (Bonn).

**Erben, S.: Simulation von Gangstörungen.** Ärztl. Prax. (Sonderbeil. d. Mitt. Volksgesdh. amt, Wien Nr 8), Nr 8, 237—238 (1932).

Kurzer zusammenfassender Hinweis auf die vielen Bedingungen, unter denen Gehstörungen chirurgischer und neurologischer Natur auftreten. Danach werden einige Simulationsproben kurz mitgeteilt. Hingewiesen sei auf eine Entlarvung von „Hinken“. Wenn man den Simulanten sich auf eine Stuhllehne stützen läßt und ihn dann auffordert, langsam Tretbewegungen auszuführen, hören die Störungen (Steifhaltung eines Gelenks oder Verkürzung der Stützphase) auf, wenn das Hinken gewollt ist.

*F. Stern* (Kassel).

**Brandes, K.: Vortäuschungen von Magenblutungen mit Kaliumpermanganat.** (*Chir. Univ.-Klin., Göttingen.*) Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir. 42, 561—568 (1932).

Bei einem 45jährigen Kriegsteilnehmer, der wegen angeblicher Magen- und Darmblutungen eine Rente von 100% bezog, wird anlässlich einer klinischen Beobachtung festgestellt, daß er die Magenblutungen vorgetäuscht hat durch Verschlucken einer Lösung von übermangansaurem Kali. Es wurden bräunliche, kaffeesatzähnliche Massen erbrochen, die eine positive Benzidinreaktion gaben, während sonst der Magensaft — und auch der Stuhl — stets negativ auf die Benzidinprobe reagierte.

Der Nachweis des Mangans erfolgt am sichersten durch die Oxydationsschmelzprobe nach Gutbier, die schon geringe Mengen von Mangan durch Entstehen einer grünen Schmelze anzeigt. Die Benzidinreaktion fällt im Magen ohne, im Stuhl nur bei Säurezusatz positiv aus. Aus tierexperimentellen Untersuchungen, die im Anschluß an die beschriebene Beobachtung angestellt wurden, ergibt sich, daß eine 1proz.  $KMnO_4$ -Lösung vom Hunde- und wahrscheinlich auch vom Menschenmagen mit einer reparablen Verätzung ohne sonstige Folgen vertragen wird.

*Landé* (Berlin).

**Lacassagne, Jean, et Jean Friess: Ulcérations génitales provoquées par du permanganate de potasse dans un but de simulation.** (Geschwüre an den Genitalien, erzeugt durch Kal. permang. zum Zweck der Simulation.) Arch. Méd. mil. 96, 417—423 (1932).

Boisseau beschreibt schon im Jahre 1869 in seinem Buch „Maladies simulées“ alle die Mittel und Wege, die seit den Zeiten der Römer und Griechen ausgebildet worden sind zum Zweck der Entziehung vom Militärdienst. Verhältnismäßig selten erscheinen dabei Vortäuschungen von Syphilis. Zum erstenmal wird von Richond des Brus von einem Falle berichtet, den er als Chirurg des Militärhospitals in Straßburg beobachtete, in welchem bei einem Soldaten ein Geschwür an der Vorhaut mit Vereiterung der Leistenröhren auftrat, das sich als eine Verbrennung mit heißer Tabaksasche und anschließender Verätzung mit Quecksilbersalbe erwies. — Boisseau führt noch eine Anzahl von Rezepten an zur Vortäuschung von Schankergeschwüren (einige Körnchen Stärke oder Puder auf dem Genitale anbrennen, oder mit einem Streichholz eine Brandwunde erzeugen, dieselbe mit Staub einreiben). Ähnliche Versuche beschreibt Thibierge, der während des Weltkrieges die Soldaten im Hospital Saint-Louis betreute.

Die eigene Beobachtung der Autoren betraf schankerähnliche Geschwüre an den Genitalien von Soldaten aus nordafrikanischen Regimentern. Es handelte sich um rundliche, nicht unterminierte, meist glatte, nicht eiternde Defekte von gelber

oder roter Farbe mit deutlich infiltriertem, aber nicht hartem Grunde, die am Penis und hauptsächlich am Penoscrotalwinkel, bisweilen an einer entsprechenden Stelle des Scrotums saßen. Die Diagnose war schwierig, am wahrscheinlichsten handelte es sich um tertiäre Veränderungen. Der Zufall bestätigte den Verdacht einer artefiziellen Schädigung, als ein Soldat neben Veränderungen an den Genitalien eine Verätzung am Oberschenkel aufwies. Die Nachforschung ergab, daß die Beschädigung durch Tabletten von Kal. permang. hervorgerufen war, welche 10—20 Minuten auf die betreffenden Stellen aufgedrückt wurden.

Löhe (Berlin).

**Veraguth, Otto:** Über die Beziehungen zwischen Trauma und einigen Nervenkrankheiten. Schweiz. Arch. Neur. 29, 153—166 (1932).

Die Beziehungen zwischen Trauma und Nervenkrankheiten können verschieden sein: 1. eine bestehende Nervenkrankheit bedingt das Trauma, 2. das Trauma bewirkt weder die Entstehung der Nervenkrankheit, noch beeinflußt sie eine bestehende Erkrankung, 3. das Trauma ist Hauptbedingung einer Nervenkrankheit, 4. das Trauma schafft eine Disposition für eine spätere Nervenkrankheit, 5. das Trauma macht eine latente Disposition manifest, 6. posttraumatische Verschlechterung einer bestehenden Nervenkrankung. Es werden die Beziehungen eines Traumas zu verschiedenen Nervenkrankungen besprochen: Gehirntumor, Schüttellähmung, Epilepsie, Abiotrophien, multiple Sklerose, Syringomyelie. Für die Diagnose eines traumatischen Hirntumors ist bedingend der Nachweis, daß vor dem Trauma kein Tumor bestand, daß das Trauma ausreichend war, daß die zeitlichen Verhältnisse zwischen Trauma und Krankheitserscheinungen entsprechend sind, Brückensymptome und histologischer Nachweis des Tumors. Das Studium der Literatur zeigt die Schwierigkeiten dieses Problems und die Unsicherheit der Erkennung des Zusammenhanges mit einem Trauma.

Schönberg (Basel).

**Timmer, A. P.:** Die traumatische Neurose in Verbindung mit der Pawlowschen Lehre der bedingten Reflexe. (Prov.-Ziekenh., Santpoort.) Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1932, 1478—1489 u. dtsh. Zusammenfassung 1489 [Holländisch].

Verf. referiert ausführlich die Experimente Pawlows zur Herstellung „traumatischer Neurosen“ bei Hunden. An sich unangenehme Reize können einen bedingten Reflex (z. B. Speichelreflex) erzeugen; wird die Intensität aber zu groß, dann tritt nicht nur eine Hemmung des bedingten Reflexes auf, sondern auch eine Umstellung: Unruhe, Angst, Fluchtreaktion bilden künftig den aufgerufenen Reflex statt des ursprünglichen Nahrungsreflexes. Es ist nachher sehr schwierig, den ursprünglichen Reflex von neuem herzustellen. Diese reflektorische Umkehr beobachtet man besonders bei Hunden, bei denen die bedingten Reflexe sich schon immer weniger widerstandsfähig gezeigt haben (bei denen bald „Hemmung“ auftrat), die von Pawlow so genannten „melancholischen“ Hunde; bei „sanguinischen“ Hunden ist die Verwirrung eine andere.

Auch bei dem traumatischen Neurotiker sind Fluchtreflex und Nahrungsreflex in Widerspruch geraten; der Wille zur Neurose bedient sich der auf niedrigem Niveau stehenden, primitiven Reaktionsweisen. Verf. weist darauf, wie unter diesen Neurotikern 2 Typen vorkommen: hysterische Psychopathen und schwerfällige, gewissenhafte, etwas schüchterne Pflichtmenschen, bei denen also corticale Hemmungen bald auftreten. Bei ihnen kann nach dem Trauma der Fluchtreflex dauernd überwiegen, wenn es nicht gelingt, wieder auf den Nahrungsreflex umzustellen. Verf. nimmt an, daß, wenn die neurotischen Mechanismen „bewußt“ sind, dennoch die primitiven Reflexmechanismen im Spiel sein können. — Der Aufsatz liegt vollkommen auf theoretischem Gebiete; inwieweit diese Anschauungen beim Menschen brauchbar sind, wird nur praktische Prüfung zeigen können.

Grewel (Amsterdam).<sup>oo</sup>

**Riese, Walther, und Otto Rothbarth:** Falsche Beurteilung des Unfallneurotikers und ihre Rechtsfolgen. Ärztl. Sachverst.ztg 38, 157—159 (1932).

Verf. meinen, daß die unberechtigte Anzweiflung der Glaubwürdigkeit einer verletzten Person, moralische Disqualifizierungen, unbegründete Annahme von bewußter Übertreibung oder Vortäuschung Neurosen hervorrufen können. (Hierzu wäre zu bemerken, daß Verbitterungsreaktionen nicht gleich mit den arbeitshemmenden

hysterischen Reaktionen, die wir bei unseren „Unfallneurotikern“ sehen, identifiziert werden können. Daß organische Folgeerscheinungen eines Traumas verkannt werden, namentlich wenn eine hysterische Maske vorliegt, kommt vor; daß eine hysterische Reaktion infolge der Verkenennung der organischen Grundlage gesteigert wird, hat Ref. nicht gesehen, ist jedenfalls etwas Exzeptionelles.) Die Verf. betonen, daß Neurosen infolge ärztlicher Fehlbeurteilung entschädigt werden müßten und daß auch die grundsätzliche Entscheidung des R.V.A. vom 24. IX. 1926 eine solche Auffassung zuläßt, ebenso wie die Rechtsprechung des Reichsgerichtes. *F. Stern* (Kassel).

**Reichardt, Martin:** Welche Gründe lassen sich vorbringen für die großen Verschiedenheiten in den gutachtlichen Auffassungen von der sogenannten Unfallneurose? (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Würzburg.*) *Schweiz. Z. Unfallmed.* 24, 306—313 (1930).

Zusammenfassende Beantwortung der im Titel aufgeworfenen Frage: ungenügende psychologische Vorbildung und Bildung, Einseitigkeiten der Auffassung, Unklarheit über die Grundfragen, ungenaue Namensgebung, falsche Diagnosen. *A. Hoche.*

**Rawak, F.:** Hirntraumatische Folgezustände. (*Abt. u. Poliklin. f. Nervenkrankh., Städt. Krankenh. Sachsenhausen, Frankfurt a. M.*) *Nervenarzt* 5, 134—140 (1932).

In vielen Gutachten über hirntraumatische Fälle fehlt eine psychologische Experimentaluntersuchung, die aber durchaus zu fordern ist. Außerdem ist für viele Fälle von hirntraumatisch Geschädigten wichtig, die Krankengeschichte durch eine zuverlässige Fremdanamnese zu vervollständigen, da man häufig erst durch diese das Ausmaß der traumatischen Charakterveränderung beurteilen kann. Beim Fehlen organischer Symptome macht sich nicht selten eine „mangelnde Ernstwertung“ psychischer Phänomene auch von seiten des Arztes bemerkbar. Verf. unterscheidet nun I. Primäre postkommotionelle Beschwerden: Kopfschmerzen, Schwindel, Brechneigung — mit Neigung zu völligem Verschwinden. II. Komotionspsychosen: meist akute Zustände. III. Traumatische Epilepsie. IV. Encephalopathia traumatica: a) leichtere Form: Kopfschmerzen, besonders in der Wärme und beim Bücken, Schwindelgefühle, Intoleranz gegen Lärm und Alkohol, herabgesetzte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit. Objektiv außer Störungen am Vasomotorium (Puls, Blutdruck usw.) kein Befund. b) Schwerere Form: Häufig Kontrast zwischen subjektiven Beschwerden und Befund. Evtl. tageweise, besonders bei Witterungswechsel, in der Wärme und bei Lagewechsel auftretende Kopfschmerzen. Wenig Krankheitsgefühl. Leichte Erschöpfbarkeit, Übermüdbarkeit, Erschlaffung. Ausgesprochene Charakterveränderung im Sinne der reizbaren Schwäche mit Neigung zu Affektausbrüchen. Störung im Schlafrhythmus. Veränderung der Libido. Auf intellektuellem Gebiete: Mangel an Antrieb, Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörungen, Ausfallserscheinungen höherer geistiger Funktionen bis zur traumatischen Demenz. Verwachsene Herderscheinungen: z. B. Störungen der Lage- und Stellreflexe. — 3 mitgeteilte eigene Fälle sollen das Ausgeführte illustrieren. Die von den Kranken immer wieder in derselben Zusammenstellung vorgebrachten Beschwerden, die Schilderung der Angehörigen über die Charakterveränderung, die häufig erst die Schwere der Störung ermessen läßt, ist von solcher Gleichförmigkeit, daß ein Fall dem anderen fast mit photographischer Treue gleicht. Für die Pathogenese ist wichtig, daß die Beschwerden häufig erst eine geraume Zeit nach dem Unfall auftreten, ohne daß dabei etwa inzwischen aufgetretene Rentenwünsche eine Rolle spielen. Bei den schwereren Formen der hirntraumatischen Folgezustände sollte man die Rente insbesondere anfangs nicht zu niedrig bemessen, da die subjektiven Beschwerden auch bei relativ geringem objektivem Befund oft genug die Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtigen können. Anfänglich ist große Schonung erforderlich, um so die Dauer der hirntraumatischen Folgezustände abzukürzen. Man sollte unter allen Umständen einem Rentenkampf und damit einer psychogenen Überlagerung am besten durch Abfindung vorbeugen. Eine wirklich fundierte Schätzung der Arbeitsfähigkeit ist nur auf Grund einer klinischen Beobachtung möglich.

*Kurt Mendel* (Berlin).

**Stapel, Hans: Kommotionsfolgen bei Jugendlichen.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Leipzig.*) Leipzig: Diss. 1932. 58 S.

Die Arbeit stützt sich auf 15 Fälle, die in der Leipziger Nervenklinik beobachtet wurden. Die Verletzungen waren sehr verschieden schwer; bemerkenswert ist, daß auch bei Jugendlichen subjektive Beschwerden, besonders Kopfschmerzen, sehr lange Zeit nach dem Trauma vorkommen; häufig wurden auch Wesensänderungen, namentlich Empfindsamkeit beobachtet, mitunter auch periodische Erregungen und Verstimmungen. In 2 Fällen später epileptiforme Äquivalente. *F. Stern* (Kassel).

**Rosenthal, Curt: Zur Pathogenese, Ätiologie und versorgungsrechtlichen Bedeutung der „genuinen“ und posttraumatischen echten Narkolepsie.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Breslau.*) Arch. f. Psychiatr. 96, 572—608 (1932).

Die Grundursache der echten Narkolepsie ist in einer Labilität des vegetativen Systems zu suchen, und zwar desjenigen Anteils, welcher normalerweise während des Schlafes die biologischen Erneuerungsvorgänge bewerkstelligt. Bei der Narkolepsie handelt es sich um eine konstitutionelle Minderwertigkeit zentral-nervöser Apparate, die sich als narkoleptische Reaktionsbereitschaft (Kahler) äußert. Mit dieser Auffassung ist auch die Tatsache in Einklang zu bringen, daß die echte Narkolepsie vorwiegend zur Zeit physiologischer Krisen (Pubertät, Menstruation und Gravidität) auftritt, da in diesen Lebensabschnitten an den vegetativen Apparat höhere Anforderungen wie sonst gestellt werden. Die Narkolepsie besteht in einer während des Tages andauernden Unausgeschlafenheit bzw. Übermüdung; für das Verständnis des narkoleptischen Mechanismus scheint die Tatsache bedeutungsvoll zu sein, daß der Nachtschlaf dieser Kranken meistens gestört und ungenügend tief verläuft. Diese Schlafstörungen steigern sich mitunter bis zu den aus dem Schlaf erfolgenden „Wachanfällen“ (Rosenthal) oder zu der kurz vor dem Erwachen eintretenden *cataplexie du réveil* (Lhermitte), beide regelmäßig mit Angstzuständen und lebhaften halluzinatorischen Erlebnissen verbunden. Verf. teilt die echte Narkolepsie in drei Gruppen ein, und zwar 1. solche, bei denen Überanstrengung, Schreck- oder Shockwirkung der Erkrankung vorangehen, 2. solche, bei denen eine den Schädel nicht betreffende Verletzung oder ein leichter, mit oder ohne Bewußtseinsverlust einhergehender Kopfunfall kurz vor den ersten krankhaften Erscheinungen verzeichnet wird, und 3. solche, bei denen das Leiden unmittelbar an ein schweres Schädeltrauma anschließt. In versorgungsrechtlicher Hinsicht ist nach dem Verf. bei der I. Gruppe ein ursächlicher Zusammenhang abzulehnen, bei der zweiten dagegen zu bejahen, wenn sich die ersten Krankheitserscheinungen unmittelbar oder wenige Wochen nach dem Unfall zeigten. Bei Gruppe III ist der ursächliche Zusammenhang anzuerkennen. Die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit der Narkoleptiker wird dadurch beeinträchtigt, daß sie infolge ständiger Unausgeschlafenheit niemals ihre volle Leistungsfähigkeit entfalten können. Wegen der Gefahr des plötzlichen Einschlafens oder Hinfallens können sie bei den meisten Arbeiten nicht verwendet werden, so daß für diese Kranken eigentlich nur Garten-, Haus- und Feldarbeit in Betracht kommen. Die echte Narkolepsie verursacht also für einen Großteil der Berufe Invalidität, die Erwerbsverminderung ist je nach der Schwere des Falles zwischen 30—50% gelegen. *F. Pollak* (Prag).

**Funccius, Br., und H. Kraus: Gehirneysticerken und Unfallbegutachtung.** (*Prosektur d. Städt. Krankenanst., Wuppertal-Elberfeld.*) Mschr. Unfallheilk. 39, 161-166 (1932).

2 Obduktionsbefunde werden mitgeteilt. In beiden Fällen mußte an die Möglichkeit gedacht werden, daß ein Trauma für den Tod verantwortlich ist. Im 1. Falle war aber der Tod erfolgt durch Einklemmung eines *Cysticercus* im Foramen Monroi, die Annahme einer Kriegsdienstbeschädigung war irrig. Im 2. Fall fanden sich unter dem Ependym am Boden des 4. Ventrikels Blutungen, was darauf hinwies, daß die *Cysticerken* im 4. Ventrikel für den Tod verantwortlich waren. Der Tod war als cerebraler Erstickungstod aufzufassen. Beide Fälle haben das Gemeinsame, daß bei ihnen einerseits während des Lebens eine Diagnose wegen der Symptomenarmut nicht gestellt werden konnte, bei denen aber andererseits der ganzen Sachlage nach sehr wohl die Möglichkeit einer KDB. bzw. eines entschädigungspflichtigen Unfalles hätten vorliegen können. In beiden Fällen konnte die Todesursache „*Cysticerkenbildung im Gehirn*“ nur durch die Sektion restlos aufgeklärt werden. *Kurt Mendel* (Berlin).

**Naville et de Morsier: Traumatismes et syndromes parkinsoniens.** (Trauma und Parkinsonismus.) (*17. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 23.—25. V. 1932.*) Ann. Méd. lég. etc. 12, 165—224 (1932).

Die Arbeit ist dadurch ausgezeichnet, daß sie eine gründliche historische Übersicht und eine systematisch geordnete kurze Wiedergabe aller Fälle, bei denen ein Trauma in Betracht kommt, enthält. Dabei gehen die Verf. von 2 eigenen Fällen aus, von denen der eine allerdings wohl den Nachteil hat, daß die Angaben von dem Kriegsverletzten selbst im wesentlichen stammen und eine spätere Encephalitis nicht auszuschließen ist.

In der I. Gruppe von Parkinsonismus nach Kopftraumen, die imstande sind, Parkinsonsyndrome nach Kontusion oder Kommotion zu schaffen, werden 32 Fälle gesammelt, die wenigstens zum Teil tatsächlich beweiskräftig zu sein scheinen, wie z. B. ein autoptischer Fall von Paulian mit Blutungen in Thalamus und Linsenkern. Durchschnittlich sind die Kranken mit traumatischem Parkinsonismus viel jünger als die mit genuiner Paralysis agitans (vor dem 40. Jahr 44%, gegen 13,5% bei Paralysis agitans). Meist tritt der traumatische Parkinsonismus gleich nach dem Trauma oder einige Tage und Wochen nachher auf; einmal mehrere Jahre später (?). Bei diesem Leiden überwiegt zunächst der Tremor über Hypertonie, häufig ist Hemiparkinson, häufig auch psychische Störungen, Bradyphrenie sowohl wie Korsakow. Der traumatische Parkinsonismus ist jeder anderen traumatischen Schädigung (Aphasie, Epilepsie) gleichzusetzen; er kann auch progressiv verlaufen. In der II. Gruppe sind Fälle gesammelt, in denen ein Trauma verschlimmernd oder auslösend wirkt (bei früher schon bestehender Paralysis agitans, encephalitischem Parkinsonismus, Parkinsonismus bei Personen, die früher an akuter Encephalitis gelitten hatten, Auslösung des Parkinsonismus bei erblich gleichsinnig belasteten Personen). Hieran schließen sich Kapitel über die Auslösung akuter Encephalitis durch ein Trauma und die Wirkung psychischer Traumen. Ein umfangreiches Kapitel behandelt dann die Fälle von Paralysis agitans, die nach einem peripheren Trauma auftraten. 42 Fälle aus diesem umstrittenen Gebiet werden zusammengestellt. Die Verff. nehmen an, daß ein Zusammenhang zwischen peripherem Trauma und Paralysis agitans tatsächlich existiert und führen als charakteristische Zeichen an: Zwischen Trauma und Paralysis agitans bleibt das verletzte Glied schwach, schmerzhaft oder dysästhetisch; Zittern und Rigor treten fast immer im verletzten Glied ein; die Ausbreitung des Paralysis agitans-Syndroms erfolgt zuerst im Glied der verletzten Seite; psychische Störungen fehlen. Die pathophysiologische Rolle der zentralen Ganglien soll nicht überschätzt werden; eine Schädigung des peripheren afferenten Teils des extrapyramidalen Reflexbogens kann die gleiche Bedeutung haben wie die Schädigung der Zentren selbst, die Wirkung der Läsion eines Neurons auf ein assoziiertes anderes sei erwiesen, Vergleiche mit den Physiopathien werden gezogen.

F. Stern (Kassel).

**Katzenstein, Erich: Kasuistischer Beitrag zur Frage der „traumatischen Myelodese“.** (*Univ.-Poliklin. f. Nervenkrankte, Zürich.*) *Nervenarzt* 5, 192—201 (1932).

Sturz vom Velo auf die Straße, mit Kopf und Nacken auf Straße aufgeschlagen,  $\frac{1}{4}$  Stunde bewußtlos. Dann entwickelt sich eine „traumatische Myelodese“. Alle sonstigen in Betracht kommenden Rückenmarkserkrankungen werden differentialdiagnostisch ausgeschlossen. Neben der Commotio cerebri und der sehr wahrscheinlich erlittenen Schädelbasisfraktur tritt zuerst eine Schwäche der Nackenmuskulatur auf, die auf einen spinalen Läsionsherd zurückgeführt werden muß (C<sub>1-3</sub>). Von hier nahm auf- und absteigend der Prozeß an Ausbreitung zu: Es folgte eine Schwäche der linken Schultermuskulatur (C<sub>4-5</sub>). Die anzunehmende gliöse Reaktion hatte sich  $\frac{3}{4}$  Jahre nach dem Unfall auf C<sub>6</sub> erstreckt und stieg weiterhin bis C<sub>8</sub> hinab, denn es entstand rechterseits ein oculo-pupilläres Syndrom. 9 Monate nach dem Unfall zeigten sich bulbäre Erscheinungen (Schluckbeschwerden), der Prozeß war also nach oben aufgestiegen. 1 Jahr später waren sogar ein leichter Nystagmus, eine Facialisparesie rechts, ein Abweichen der Zunge nach links, eine rechtsseitige Gaumensegelparesie, eine Trigemini-schwäche rechts, fibrilläre Zuckungen der Zunge und eine Beteiligung des Vago-Accessorius (Pulsbeschleunigung, Sternocleidioschwäche) nachweisbar. Auch der Phrenicus (C<sub>4</sub>) zeigte eine Funktionsbeeinträchtigung (deutlich pathologischer Kontraktionsablauf der rechtsseitigen Zwerchfellaktion). Nach  $4\frac{1}{4}$  Jahren scheint der Prozeß zum Stillstand gekommen zu sein, was gegen eine echte Syringomyelie spricht und den Fall im Sinne Kienböcks als traumatische Myelodese erscheinen läßt. Bei letzterer kommt es in der Umgebung des Zentralkanals zu Infarzierung in größerer Ausdehnung und bei der Vernarbung zur Bildung eines Gliastiftes oder auch einer cystischen Umwandlung, die jahrelang progredient sein kann und eine echte Syringomyelie vorzutauschen vermag, bis sie schließlich stationär bleibt.

Kurt Mendel (Berlin).

**Stern, R.: Über den Zusammenhang von Tabes dorsalis mit Kriegsdienstbeschädigung, erläutert an einem Obergutachten.** (*Med. Univ.-Poliklin., Breslau.*) *Mschr. Unfallheilk.* 39, 97—104 (1932).

Mitteilung des sehr anfechtbaren (Ref.) Gutachtens: Fall von Tabes mit Wanderkrankung

der Hauptschlagader. Beide Leiden sind auf Lues zurückzuführen. Pat. war im Jahre 1915 wegen frischer Syphilis im Lazarett behandelt worden. Im Jahre 1916 sagte man ihm im Lazarett ohne eingehende Untersuchung, die Lues sei ausgeheilt. „Da ich annehme, daß bei rechtzeitiger und gründlicher Behandlung der Lues in den Jahren 1915—1917 das Auftreten der jetzigen Krankheit zwar nicht mit voller Sicherheit, aber doch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verhütet worden wäre, so schließt sich meines Erachtens die Kette der Beweise dafür, daß man mit ganz überwiegender Wahrscheinlichkeit die jetzt vorhandenen Spätererscheinungen der Lues als KDB. anerkennen muß.“ Ungenügende Lazarettbehandlung der Syphilis und ungenaue Krankenjournalführung werden dafür angeschuldigt, daß die Syphilis nicht ausgeheilt ist und daß es zu der nachsyphilitischen Erkrankung kam; der Pat. darf aber nicht unter den Unklarheiten des Krankenblattes leiden; für sie trage ebenso wie für die mangelhafte Behandlung das Reich juristisch die Verantwortung. *Kurt Mendel* (Berlin).

**Zara, Eustachio: Contributo all'azione del trauma nell'etiologia della sclerosi laterale amiotrofica.** (Beitrag zur Frage nach der Rolle des Traumas in der Pathogenese der amyotrophischen Lateralsklerose.) (*I. Istit. di Pat. Med., Univ., Napoli.*) *Cervello* **11**, 101—109 (1932).

Es wird ein Fall von amyotrophischer Lateralsklerose beschrieben, bei dem die Symptome nach einem Trauma auftraten. Es handelt sich dabei um eine Kontusion der Lumbosacralgegend bei einem 56 jährigen Manne. Die 6 Monate nach dem Unfall noch bestehenden Schmerzen sowie gastrische Störungen veranlaßten den Patienten, sich einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Die Untersuchung deckte außer Zeichen einer „peripheren“ Arteriosklerose die typischen Symptome der amyotrophischen Lateralsklerose auf. Es wird die mögliche Rolle des Traumas bei der Entstehung der Erkrankung diskutiert. *Ö. Fischer* (Breslau).

**Lhermitte, Jean: Étude de la commotion de la moelle.** (Über die Rückenmarkserschütterung.) *Revue neur.* **39**, I, 210—239 (1932).

Ausgeschaltet aus der Beschreibung sind alle Fälle mit Komplikationen, Wirbelfrakturen, größeren Erweichungen, Blutungen, doch gehören pathologisch zur spinalen Kommotion Fälle mit kleinen Petechien, Blutaustritten meist auf die Adventitialräume beschränkt, insulären kleinen Nekroseherden; außerdem finden sich histologisch primäre Axondegeneration (Fibrillenmethoden), retrograde Axon- und Zellalterationen. Die Symptomatologie — in 3 Gruppen, cervicalen, dorsalen und lumbalen Kommotionen besprochen — ist eine sehr reichhaltige; Residuen können in sehr verschiedenen Formen zurückbleiben. Abgesehen von residuären spastischen Paraparesen, spinalen Hemiplegien, Monoplegien und doppelseitigen Armlähmungen usw. werden besonders mehrere Formen sensibler residuärer Störungen besprochen: Radikuläre Schmerzen; hyperalgetische Formen (Schmerzen nur bei Berührungen und Bewegungen); Kausalgien, Schmerzen wie bei Elektrisieren, z. B. bei Rumpfbewegungen; Juckformen; Heteroästhesie. Die Schmerzen werden auf Spinal-, nicht Wurzelläsion zurückgeführt, die Elektrisierungsempfindungen auf Entmarkung bzw. Axonisolierung. Spätformen der Kommotionen werden beschrieben. Auf die spät eintretenden Muskelatrophien, die den Charakter Aran-Duchenne haben können, wird ausdrücklich hingewiesen. Auch die Beziehungen der Spinalkommotion zu anderen Rückenmarkserkrankungen werden besprochen; Provokation einer multiplen Sklerose, Tabes, myelitischen Erkrankungen fraglich; zugegeben wird unbedingt die Provokationsmöglichkeit bei amyotrophischer Lateralsklerose. Syringomyelieartige Erkrankungen nach Kommotionen kommen vor, echte Syrinx fraglich. Zur Pathogenese: Die Vasopathien werden anerkannt, ihre Entstehung ist an sich fraglich, eine Sympathicusganglionläsion dürfte nicht ihre Ursache sein. Aber nicht alle Spinalsymptome sind Folge vasoneurotischer Vorgänge (Stase usw.), sondern auch eine direkte Gewebsschädigung liegt vor, und zwar dadurch, daß Liquor im Überdruck in die Virchow-Robinschen Räume eingepreßt wird und gewebsschädigend wirkt. Bei Entstehung sekundärer Myelomalacien wirken vielleicht auch autotoxische Vorgänge mit. *F. Stern* (Kassel).<sup>oo</sup>

**Rolandi Ricci, P.: I traumatismi cranici nella genesi della acromegalia.** (Die Bedeutung des Kopftraumas für die Entstehung der Akromegalie.) (*Istit. di Clin. Med., Univ., Genova.*) *Endocrinologia* **7**, 166—177 (1932).

Das sehr reichhaltige Schrifttum über Akromegalie enthält wenig Beobachtungen, nach denen an einen Zusammenhang zwischen Schädeltrauma und Akromegalie gedacht werden

kann. Verf. schildert einen einschlägigen Fall: Ein 24-jähriger hochwüchsiger Soldat erkrankt 4 Tage nach einem Sturz vom Pferd, der unmittelbar von Blutung aus Nase und Ohren und 3stündiger Bewußtlosigkeit gefolgt war, vorübergehend an Polyurie und Polydipsie. Schon 2 Monate später auffallende Vergrößerung der Akren. Nach 1 Jahr Klage über Abnahme der Libido und Verzögerung der Ejaculation. Verkleinerung der Testikel. Auffallende Teilnahmslosigkeit und Mißgestimmtheit. Türkensattel auf das Doppelte vergrößert. Keine Störung des Gesichtsfeldes, keine Kopfschmerzen. Verf. nimmt an, daß durch das Trauma eine latent vorhandene Neigung zu Hypofunktion der Hypophyse frei gemacht wurde. Die Vergrößerung des Türkensattels wird erklärt durch die Annahme eines Hämatoms. *Scharfetter.*°°

**Steinitz, Kurt: Basedow nach psychischen Traumen.** (*Med. Poliklin., Univ. Breslau.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* 38, 57—60 u. 71—79 (1932).

In einer größeren Anzahl von Basedowfällen ist ein psychisches Trauma nachzuweisen. Verf. führt die Fälle aus der Literatur an, in denen das Leiden durch ein (meist psychisches) Trauma ausgelöst wurde (davon 5 Fälle des Ref.). Ihnen schließt er 3 eigene Fälle an. Es wird immer unmöglich sein, den Anteil der somatischen Verletzung und den Anteil der psychischen Alteration zu trennen. Tritt das mechanische Trauma ohne begleitende Schreckreaktion allein hervor, so ist an eine direkte Schädigung der vasomotorischen Zentren, die die Funktion der Schilddrüse regulieren, zu denken. Für den klinischen Verlauf der Erkrankung ist die Tatsache wichtig, daß in den Fällen, in welchen ein Trauma als auslösendes Moment nachgewiesen werden kann, die Erscheinungen eine relative Unabhängigkeit davon aufweisen. Dies ist dadurch verständlich, daß gerade in diesen Basedowfällen die eigentliche Rolle durch das kranke Nervensystem übernommen wird und das Trauma nur die Zündschnur ist, durch die der Sprengstoff zur Explosion gebracht wird. Neben dem traumatischen Basedow besteht nicht selten eine protrahierte Schreckreaktion oder eine konstitutionelle endogene Nervosität. Der traumatische Basedow entwickelt sich in  $\frac{3}{4}$  der Fälle plötzlich oder in einigen Tagen bis Wochen;  $\frac{1}{4}$  hat die Entwicklungszeit von Monaten bis höchstens 1—2 Jahren. In letzteren Fällen ist das dauernde, die Arbeitsfähigkeit behindernde oder zum mindesten stark einschränkende Vorhandensein von Brückensymptomen unbedingt zu erfordern. Die traumatische Hysterie darf nicht als Brückensymptom gelten. *Kurt Mendel (Berlin).*°°

**Simon, Alfred: Kasuistischer Beitrag zur Frage der traumatischen Achselnervenlähmung.** *Ärztl. Sachverst.ztg* 38, 127—129 (1932).

Sprung aus dem Fenster aus 2—3 m Höhe. Kein Sturz auf die Schulter, keine Schulterschmerzen. Oberschenkelbruch. 4 Monate später Schwäche im rechten Arm, pelziges Gefühl in der rechten Schultergegend, Atrophie, 12 Jahre nach diesem Unfall Sturz auf die linke Schulter. Die jetzige Untersuchung ergibt eine typische rechtsseitige Axillarislähmung. Dieselbe ist auf den Unfall vor 12 Jahren zurückzuführen: beim Sprung aus dem Fenster ist damals der Nerv geschädigt worden. Schon das Aufstützen auf die rechte Hand beim Sturz dürfte genügt haben, den Nerven zu lädieren; vielleicht hat damals eine leichte Verrenkung im Schultergelenk vorgelegen, die weder dem Verunglückten zum Bewußtsein gekommen, noch ärztlich festgestellt worden ist. *Kurt Mendel (Berlin).*°°

**Veronalvergiftung infolge eines Unfalles gilt nicht als Vergiftung im Sinne von Versicherungsbedingungen.** *Z. ärztl. Fortbildg* 29, 443 (1932).

Ein mit 20000 RM. für den Todesfall versicherter Kunstmaler erlitt einen Unfall durch Sturz. Die äußeren Verletzungen heilten, während Schlaflosigkeit und heftige neuralgische Schmerzen in den Beinen bis zu dem ein halbes Jahr später erfolgten Tode anhielten. Die Behandlung bestand in Verordnung von Veronal und veronalhaltigen Medikamenten, als Todesursache wurde durch die Obduktion chronische Veronalvergiftung festgestellt. Die beklagte Versicherung-A.-G. verweigerte die Bezahlung auf Grund des § 2 IIa der allgemeinen Versicherungsbedingungen, wonach Vergiftungen nicht als Unfälle gelten, sie wurde aber in allen Instanzen (LG., OLG. und RG.) zur Zahlung verurteilt. Die angezogene Versicherungsbedingung kommt nur dann in Betracht, wenn sie sich als erstes Glied der den Tod bedingenden Ursachenreihe ereignet. Die Veronalvergiftung hat den ursächlichen Zusammenhang zwischen Sturz und Tod nicht unterbrochen. *Giése (Jena).*

**Hessberg, R.: Einseitige praktische Blindheit und die durch sie bedingte Erwerbsminderung.** (*Augenklin., Städt. Krankenanst., Essen.*) *Kl. Mbl. Augenheilk.* 88, 767—773 (1932).

Ein Auge gilt als praktisch blind, wenn das verbliebene Sehvermögen zur Orien-

tierung im Raum und zur Erzielung beidäugigen körperlichen Sehens nicht mehr ausreichend. Gewöhnlich wird das der Fall sein, wenn nur noch Handbewegungen wahrgenommen werden, doch kann auch bei besserem Sehvermögen ein Auge als praktisch blind angesehen werden, wenn die Ausnutzung des Sehvermögens durch Störung anderer Funktionen (Gesichtsfeld, Lichtsinn), bzw. durch den besonderen Beruf des Verletzten beeinträchtigt wird. Nach der Spruchpraxis des R.V.A. wird die Erwerbsminderung bei völliger oder praktischer Erblindung eines Auges gewöhnlich mit 25% bewertet. Die Gewährung höherer Übergangsrenten ist in den meisten Fällen überflüssig. Nach der 4. Notverordnung wird eine Rente nicht mehr gewährt, wenn die Erwerbsfähigkeit durch Unfallfolgen weniger als 20% beträgt. Eine 20proz. Rente fällt weg, wenn sie 2 Jahre lang bezogen wurde (einige Ausnahmen). Für die Wiedergewährung einer Rente muß die nachzuweisende Verschlimmerung wenigstens eine 10proz., nach Abfindung eine 15proz. Zunahme der Erwerbsminderung verursachen. Augenverletzte mit Renten von ursprünglich 15—20% können bei nachfolgender Erblindung oder späterem Verlust des verletzten Auges nach diesen Bestimmungen nicht in den Genuß einer Rente gelangen, da in diesen Fällen die Erwerbsminderung gewöhnlich mit 25% gewertet wird. Dem gänzlichen Fortfall der Rente für praktische bzw. tatsächliche Erblindung eines Auges wird man aber nur zustimmen können, wenn Sicherungen geschaffen werden für den Fall späterer Schädigung des gesunden Auges. Das Arbeitsministerium sollte durch Sonderbestimmungen auf die besonderen Verhältnisse der Augenverletzten Rücksicht nehmen, etwa in der Form, daß bei einem Verschlimmerungsantrag von Augenverletzten der Nachweis einer 25proz. Erwerbsminderung genügt.

*Jendraski (Gleiwitz).*

**Thiele, Rudolf: Zwei Gutachten zur Frage der Scheinblindheit.** (*Psychiatr. u. Nervenclin., Charité, Berlin.*) Nervenarzt 5, 302—309 (1932).

Fall I: Hysterische Sehestörung auf der Grundlage einer schweren Psychopathie. „Flucht in die Krankheit.“ — Fall II: 33jähriger Rentenempfänger, der sein Augenleiden (Blindheit) auf einen im Jahre 1916 erlittenen Gewehrstreifschuß an der linken Kopfseite zurückführt. Die Frage ist: liegt Simulation oder hysterische Reaktion vor? Für psychopathische Veranlagung sprach nichts. Die Scheinblindheit findet ihre Erklärung nicht in einer krankhaften seelischen Abartigkeit des Patienten, sie steht der zweckbewußten Krankheitsvortäuschung jedenfalls näher als der bewußtseinsfernen hysterischen Krankheitsdarstellung. Daß Patient gerade eine Scheinblindheit darbietet, hat in der vorausgegangenen Augenkrankheit (Hornhautnarben) und der dadurch bedingten Sehverschlechterung seinen besonderen psychologischen Grund.

*Kurt Mendel (Berlin).*

**Frey, H.: „Luftzug“ als Ursache von Mittelohreiterungen: ein gerichtsärztliches Gutachten.** Mschr. Ohrenheilk. 66, 561—565 (1932).

Der Kern der Darstellung läuft darauf hinaus, daß ein dauernder Aufenthalt in zugigen Räumen nicht als Ursache einer akuten Mittelohreiterung anerkannt wurde. Der Verf. hätte dagegen einen Zusammenhang des Auftretens einer akuten Mittelohreiterung mit einem einmaligen Ereignis starker Abkühlung, so auch durch Luftzug, als Auslösungsursache der Infektion gelten lassen.

*Klestadt (Magdeburg).*

**Bigler, Max: Über die professionelle Schwerhörigkeit in ihren rechtlichen Beziehungen zur Unfallversicherung.** Schweiz. med. Wschr. 1932 I, 179—186.

Verf. hielt ein Referat über die Schweizerische Unfallversicherung und vergleicht deren Erweiterung mit derjenigen der Deutschen Unfallgesetzgebung, insbesondere der Verordnung, die unter einer Reihe von Berufskrankheiten auch die Lärmschwerhörigkeit als entschädigungspflichtig anerkannte. Verf. schildert die pathologische Anatomie, die moderne Art der Messung des Lärms in Betrieben nach Phon, zitiert eine Reihe von Angaben über Frequenzen der Erkrankungen in den verschiedenartigen Betrieben, referiert die Diagnose und gibt eigentlich nichts Eigenes außer dem anfangs genannten Vergleich. Aus diesem ist interessant zu wissen, daß in der Schweiz nur unfallsmäßige Schädigungen durch Lärm bisher entschädigt werden, ferner, daß in diesem kleinen Staate immerhin  $\frac{1}{4}$  Million Arbeiter in Lärmbetrieben beschäftigt sind; weiterhin, daß der Verf. die Anlehnung an die Deutsche Versicherungsgesetz-

gebung für zweckmäßig hält, jedoch eine eingehendere Festlegung der Entschädigungsätze verlangt, als sie bisher vom Deutschen Reichsversicherungsamt erfolgt ist. Zuletzt, meint Verf., sei noch prophylaktisch ein umfangreicher Arbeiterschutz gegen Lärmschädigung einzuführen, bei dem auch Berufsberatungsstellen in Wort und Schrift (Merkblätter) mitwirken sollen. Älteren Berufsschwerhörigen, für die kein Berufswechsel mehr in Frage kommt, sollen staatlicherseits, wie Verf. meint, die Kosten für Hörrohre, Ableseurse usw. gewährt werden.

*Kleesadt (Magdeburg).*

**Brandis, W.: Raynaudsche oder juvenile Spontan-Gangrän? oder Thromboangitis obliterans? Med. Klin. 1932 I, 227—229.**

Ein 33jähriger Arbeiter von kräftigem Körperbau und mittlerem Ernährungszustand erlitt im Mai 1926 eine Quetschung der rechten Großzehe dadurch, daß ihm eine etwa 14 Pfund schwere Welle darauflief. Es trat eine blaue Verfärbung der Zehe ein, die bestehen geblieben sein soll. Da die Schmerzen in der Zehe allmählich schlimmer wurden und auch den Fuß ergriffen, ging er schließlich nach 5 Monaten zu einem Arzt, arbeitete aber auch dann noch 5 Wochen weiter. Die Schmerzen nahmen zu und er kam 9 Monate nach dem Unfall in das städtische Krankenhaus, wo ihm nach  $3\frac{1}{2}$  Monaten, also im 13. Monat nach dem Unfall, wegen Raynaudscher Gangrän am rechten Fuß der rechte Unterschenkel unterhalb des Kniegelenks abgenommen werden mußte. Verf., Amtsrichter a. D., befaßt sich eingehend mit dem versicherungsrechtlichen Schicksal dieses Falles, den zahlreichen von privaten und Vertrauensärzten, von chirurgischen und medizinischen Universitätskliniken und mehreren Professoren dieser beiden Fächer erstatteten Gutachten, die zum Teil recht entgegengesetzte Äußerungen vertreten, in der überwiegenden Mehrzahl aber doch zu dem Ergebnis kommen, daß eine Raynaudsche Erkrankung nicht vorliegt, es sich vielmehr um eine sog. juvenile Spontangangrän handelt, ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Entstehung oder Verschlimmerung der Erkrankung nicht angenommen werden kann. Das RVA. schließt sich dieser Auffassung an.

*G. Stiefeler (Linz).<sup>oo</sup>*

**Simon, W. V.: Lumbago in der Unfallbegutachtung. Z. orthop. Chir. 56, 642 bis 650 (1932).**

„Je mehr es gelingt, die Bezeichnung „Lumbago“ mit Hilfe einer exakten Diagnose durch präzise Krankheitsbezeichnungen zu ersetzen, desto mehr wird Klarheit in dies verworrene Gebiet kommen.“ Für bereits gut differenzierte Erkrankungen, wie Spondylitis def., Frakturen, Sacralisation, Spondylolisthesis usw. darf die Diagnose Lumbago nicht in Frage kommen. Wenn auch der rheumatische und der traumatische Lumbago sich oft symptomatisch sehr ähneln, so sollen sie doch getrennt werden gerade im Hinblick auf die Unfallfrage, obgleich auch ein latenter traumatischer Lumbago durch Unfall ausgelöst oder verschlimmert werden kann, der sich aber dann als wesentlich mitwirkende Ursache, nicht als Gelegenheitsursache, darstellen muß. Die diagnostische Abgrenzung des traumatischen Lumbago, der Folge von Zerrungen oder kleinen oder größeren Muskelrissen an der Wirbelsäule oder am Becken, aber auch von Distorsionen der kleinen Wirbelgelenke sein kann, ist wesentlich abhängig von der genauen Untersuchung durch den zuerst zugezogenen Arzt, der die unbedingte Aufgabe hat, diesen Untersuchungsbefund minutiös festzuhalten, ein „einwandfreies Aktendokument“ darüber zu liefern. Es werden sich bei dieser Form meist bestimmtere Schmerzpunkte als beim rheumatischen Lumbago nachweisen lassen, die Schmerzanfälle pflegen nicht so heftig zu sein, die Bewegungen dementsprechend freier, und bezüglich seiner Dauer kann gesagt werden, daß „ein angeblich traumatischer Lumbago, der nicht innerhalb 4 Wochen beschwerdefrei ist, hinsichtlich seiner traumatischen Genese sehr zweifelhaft“ sein muß.

*Sievers (Leipzig).<sup>o</sup>*

**Zur Verth, M.: Beiträge zur Lumbagofrage. I. Sacralisation und Unfall. Mschr. Unfallheilk. 39, 265—277 (1932).**

An der Hand eines Falles, der zu verschiedenartiger Beurteilung Anlaß gab, zeigt Verf., wie durch einen Unfall bei bestehender Sacralisation die Krankheitsbereitschaft entstehen, die konstitutionelle Veranlagung sensibilisiert werden kann. Dann bedarf es nur eines geringen Anstoßes (Heben von Holz, Lösen des Schuhs, Aufstehen), um sie immer wieder von neuem in Form von Kreuzschmerzen in Erscheinung treten zu lassen.

*Kurt Mendel (Berlin).<sup>o</sup>*

**Weil, P.: Lumbago und Trauma.** Ärztl. Sachverst.ztg 38, 103—107 (1932).

Lumbago ist eine rheumatische Affektion der Lendenmuskulatur; diese Erkrankung ist sehr häufig und neigt zu Rückfällen. Die Lumbago rheumatica entsteht nicht durch mechanische Einwirkungen; bei Muskelzerrungen, Muskelrissen und anderen Verletzungen der Lendengegend soll man nicht von einer Lumbago traumatica sprechen. Schmerzattacken nach Verletzungen leichter Art, wie Muskelrisse und Muskelzerrungen, pflegen in 1—2 Wochen abzuklingen. Bei bestehender „rheumatischer Disposition“ kann durch eine außergewöhnliche Belastung der Rückenmuskulatur eine Lumbagoattacke ausgelöst werden, doch werden bei derartigen Fällen fast immer ein oder mehrere vorangegangene Lumbagoschübe festzustellen sein. Eine Lumbago traumatica im engeren Sinne des Wortes gibt es nicht. Kurt Mendel (Berlin).

**Tanturri, V.: Le fratture nasali. Considerazioni cliniche e medico-legali.** (Die Nasenbrüche. Klinische und gerichtlich-medizinische Überlegungen.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Milano.*) *Rass. ital. Otol.* 6, 22—34 u. 49—87 (1932).

Verf. beschreibt eine große Zahl von Fällen eigener Beobachtung, wo beinahe alle klinischen Formen von Frakturen der Nase und des angrenzenden Gesichtsknochens vorkommen. Interessant sind seine gerichtlich-medizinischen Auseinandersetzungen. Ausführlich behandelt er das Problem der Begutachtung des Schadens bei Unfallversicherten, wobei er großen Wert legt auf die spezifische Arbeitsfähigkeit, während die meisten Gesetzgebungen nur den Schadenersatz der allgemeinen Arbeitsfähigkeit berücksichtigen. Um den größeren oder kleineren Wert der spezifischen Arbeitsfähigkeit in bezug auf die Nasenläsionen festzustellen, versucht Verf. den Wert der verschiedenen Nasenfunktionen im Vergleich zu den verschiedenen Handwerken zu schematisieren und schlägt eine diesbezügliche Tabelle vor. Zavka (Adria).

**Schiff, Paul, et J.-O. Trelles: Hyperostose frontale (syndrome de Stewart-Morel) d'origine traumatique. Considérations médico-légales.** (Frontalhyperostose [Syndrom Stewart-Morel] traumatischer Herkunft. Gerichtlich-medizinische Betrachtungen.) (*16. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 4.—6. V. 1931.*) *Ann. Méd. lég. etc.* 12, 10—14 (1932).

Bei dem von Stewart und Morel beschriebenen Syndrom handelt es sich um eine umschriebene symmetrische Verdickung beider Laminae internae des Stirnbeins mit Freibleiben der mittleren Partien. Andere Knochenveränderungen, insbesondere solche der Schädelbasis, finden sich nicht. Diese symmetrische Knochenverdickung ist immer begleitet von Fettsucht vom hypophysären Typ, Polydipsie, Polyurie, Polyphagie, Schlafstörungen, von Störungen also, die auf die Tuberregion zu beziehen sind. Immer finden sich Kopfschmerzen, gelegentlich Gleichgewichtsstörungen oder auch Reizbarkeit, Apathie, Schläffheit, mitunter sind die psychischen Störungen größerer Natur mit Amnesie, Desorientierung, Konfabulationen. Man nimmt an, daß durch die Knochenverdickung des Stirnbeins ein Zug an der Dura mater ausgeübt wird, welche ihrerseits auf die Tuberregion drückt.

Mitteilung eines Falles. Ein 60jähriger Mann erleidet eine schwere Gehirnerschütterung und zeigt danach 8 Tage lang eine rechtsseitige Hemiparese. 1 $\frac{3}{4}$  Jahre später finden sich neben rentenneurotischen Erscheinungen die deutlichen Zeichen des Stewart-Morelschen Syndroms. Ursächlicher Zusammenhang desselben mit dem Trauma wird angenommen. Panse (Berlin).

**Silfverskiöld, Nils: Chondromalacia patellae.** *M Schr. Unfallheilk.* 39, 193—198 (1932).

Die Chondromalacia patellae (C. p.) ist als Vorbote der Arthritis deformans (A. d.) bedeutsam, sie ist noch zu wenig bekannt. C. p. muß nicht immer einer A. d. vorausgehen, doch glaubt Silfverskiöld, daß dies im Kniegelenk sehr häufig vorzukommen schein. Ursache der C. p. unbekannt, Trauma spielt eine große Rolle, jedoch nur als Verschlimmerung einer bestehenden „herabgesetzten Vitalität des Knorpels“, vielleicht durch Verletzung in frühester Kindheit (Fall aufs Eis). Wahrscheinlich ist nach schwerem einmaligen Trauma bei Erwachsenen C. p. möglich, doch genügt in der Regel geringe Gewalteinwirkung, um eine „latente C. p. in eine beständige“ zu verwandeln. Klinisch unterscheidet man drei Grade nach Vorgeschichte

und Behandlungserfolg. Leichte Fälle (unbestimmte Schmerzen, Empfindlichkeit beim Abwärtsgehen, Unverträglichkeit größerer Anstrengungen u. ä. m.) erzielten bei Vermeidung der den Kranken bekannten Anlässe Beschwerdefreiheit. Mittelschwere Fälle (zunehmende Schmerzen, Kniebeuge, Knien, langes Sitzen in gebeugter Stellung unmöglich, „wehenartige“ Schmerzen, Müdigkeit, Steifheit, Kapselschwellung, Erguß, Bedürfnis das Knie zu strecken und zu gehen) werden auf Ruhe und Schonung besser, was charakteristisch für den zweiten Grad ist. Die Beschwerden kehren bei geringer Beanspruchung wieder. Fälle des dritten Grades sollen operiert werden. Reine C. p.-Fälle bessern sich so, daß sie zu den leichteren gerechnet werden können. S. verfolgte mehrere Fälle recht lange, ohne daß A. d. auftrat. Erfahrungen sind vorläufig noch zu gering. Versicherungsrechtlich ist eine C. p. nach geringer Verletzung, z. B. mittelschwerer Distorsion, nur als Verschlimmerung einer bisher latenten Chondromalacie anzusehen (Aleman).  
Rüdel (Würzburg).

**Balthazard et Y. Hélie: Les altérations osseuses tardives consécutives aux grandes amputations.** (Spätveränderungen an den Knochen nach großen Amputationen.) (17. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 23.—25. V. 1932.) Ann. Méd. lég. etc. 12, 464—470 (1932).

Bei den Amputierten der unteren Gliedmaßen, weniger bei denen der oberen Gliedmaßen sind als Spätfolgen eine Reihe von Knochenveränderungen zu beobachten, welche teilweise bis jetzt nicht genügend bekannt waren: Resorptionen von Kalk und selbst von Knochengewebe, Osteophytenwucherungen, Veränderungen des Hüftgelenks, Veränderungen des Beckens und Skoliosen, letztere ebenso häufig bei den Amputierten der oberen als der unteren Gliedmaßen. Während die Deformierungen und Skoliosen durch mechanische Einflüsse erklärt werden, sind die Veränderungen am Knochen zum großen Teil auf örtliche oder allgemeine Ernährungsstörungen zurückzuführen, welche nicht so deutlich bei den Friedensamputierten sind wie bei den Kriegsverletzten. Bei diesen spielen Shock, Infektion, monatelang dauernde Eiterungen eine große Rolle. Diese Veränderungen entwickeln sich sehr langsam im Verlauf der Jahre.  
Kaerger (Kiel).

**Oehlecker, F.: Über Klinik und Unfallbegutachtung der chronischen Osteomyelitis der Wirbelsäule.** (I. Chir. Klin., Krankenh., Hamburg-Barmbeck.) Chirurg 4, 473 bis 482 (1932).

Patient, im 16. Lebensjahr im Anschluß an eine fieberhafte Angina erkrankt, ging 3 Jahre durch drei verschiedene Kliniken mit der Diagnose: Tuberkulose des Kreuzbeins. Fisteln entstanden in der Lumbalgegend. Später perforierte die Kreuzbeineiterung auch in die Blase. Verf. bezweifelte bei seiner Untersuchung die bisher gestellte Diagnose, nahm vielmehr — auch auf Grund des Röntgenbildes und von Tierversuchen — eine Osteomyelitis der Wirbelsäule an. Operation. Besserung. In einem zweiten Falle handelt es sich um eine chronisch gewordene Osteomyelitis der Wirbelsäule, die als Herd einer Allgemeininfektion ausnahmsweise als Unfallfolge (Rißwunde am kleinen Finger durch Draht) anerkannt werden muß. — Die Kenntnis der Wirbelosteomyelitis, die nicht selten unter der Flagge Tuberkulose segelt, ist auch für die Unfallbegutachtung nicht ohne Bedeutung.  
Kurt Mendel (Berlin).

**Borchard, A.: Über Perthesche Krankheit und Unfall.** Mschr. Unfallheilk. 39, 317—319 (1932).

Verf. beschreibt den Fall eines 16jährigen jungen Arbeiters, der über eine Rolle mit Drahtgeflecht gestolpert war und gleich hinterher nicht mehr gehen konnte. Der zuerst begutachtende Arzt diagnostizierte eine Epiphysenlösung, die aber nicht durch den Unfall entstanden, sondern als Folge einer Knochenweichung (Perthesche Erkrankung) aufzufassen sei. Verf. selber stellt sich im Gegensatz dazu auf den Standpunkt, daß die Epiphysenlösung durch das angeschuldigte Trauma zustande gekommen sei, da es Erfahrungstatsache sei, daß selbst nach Stolpern ohne Hinfallen ein Bruch im Schenkelhals und bei jungen Leuten eine Lösung in der Epiphysenlinie auftreten könne. Das Röntgenbild zeigte im übrigen gar keine Verunstaltung des Kopfes im Sinne des Perthes, sondern lediglich eine Verschiebung in der Epiphysenlinie, so daß die Diagnose Perthesche Erkrankung überhaupt abgelehnt werden müsse. Die Ätiologie der Pertheschen Erkrankung ist noch ungeklärt. Wahrscheinlich handelt es sich überhaupt um kein einheitliches Krankheitsbild. Daß ein einmaliges Trauma eine Perthesche Erkrankung herbeiführen könne, hält Verf. für ausgeschlossen. Mau (Kiel).

**Genée, R. W., und W. Reinhorst: Betrachtungen über die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges zwischen Armverlust und Lungentuberkulose. (Zu der Arbeit von Reg.-Med.-Rat Dr. Theodor Klusmann, Osnabrück, Ärztl. Sachverständigen-Zeitung, Nr 12, 15. Juni 1931.) (Versorgungsärztl. Untersuchungsstelle, Berlin.)** Ärztl. Sachverst.ztg 38, 60—64 (1932).

Das Reichsversorgungsgesetz verwirft nicht mit Unrecht, daß Möglichkeiten bei der Lösung der Frage eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen vorliegenden Geschehen im Versorgungs- und Versicherungswesen als Beweise angenommen werden. Es fordert ausdrücklich zu diesem Zwecke die Erbringung des Nachweises der Wahrscheinlichkeit. — Die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen Armverlust und Lungentuberkulose soll einerseits durch die Behinderung der Atmung infolge Atrophie von Brust-, Schulter- und Armmuskeln, andererseits durch phthiseogenetische Ansichten geklärt werden können. — Verf. sprechen sich dahin aus, daß ein Zusammenhang zwischen einseitigem Armverlust und gleichseitiger Lungentuberkulose infolge ungünstiger Beeinflussung der Atmung durch Muskelatrophie an Brust, Schulter und Rücken nicht anzunehmen ist und daß die zur Bejahung des erwähnten Zusammenhanges neigenden Ausführungen die Gefahr in sich bergen, daß in Fällen, die durch Armverlust beschädigt und nach vielen Jahren an Lungentuberkulose erkranken, unerfüllbare Hoffnungen erweckt werden. (Vgl. diese Z. 18, 278 [Klusmann]). Schellenberg.°

**Koenigsfeld, H.: Trauma und Lungentuberkulose. (Med. Univ.-Poliklin., Freiburg i. Br.)** Schweiz. med. Wschr. 1932 I, 494—497.

Primärinfektion der Lunge mit Tuberkulose durch Trauma kommt praktisch nicht vor. Durch Blutung, langdauernde Eiterung usw. kann bei Unfall der Organismus so geschwächt werden, daß die Möglichkeiten einer exogenen Reinfektion vergrößert werden. Hier muß, um einen Kausalzusammenhang anzunehmen, in den allermeisten Fällen gefordert werden, daß die klinisch manifeste Erkrankung sich sofort an das Trauma anschließt. Für die Auslösung eines endogenen Reinfektes muß gefordert werden, daß das Trauma direkt den abgekapselten Herd trifft. Auch hier müssen sich die klinischen Erscheinungen nach höchster kurzer Latenzzeit bemerkbar machen. Wird ein Mensch mit klinisch manifester Tuberkulose durch ein Trauma getroffen, so kann ein neuer Reinfekt entstehen. Hier muß die kranke Stelle direkt getroffen werden, und es muß, in ziemlich unmittelbarem Anschluß an das Trauma, zur weiteren Ausbreitung der Erkrankung kommen. Indirekt kann ein schweres Trauma durch Schwächung der Abwehrkräfte die Ausbreitung der Tuberkulose begünstigen. Es wird ein Fall mitgeteilt mit einseitiger, produktiver Lungentuberkulose, bei dem sich im Anschluß an einen schweren Unfall auf der anderen Lunge eine frische Tuberkulose entwickelte, wahrscheinlich durch Ansiedlung von im Blute kreisenden Tbc.-Bacillen im geschädigten Gewebe. Steiger.°

**Olivier, E.: Un cas qui démontre l'utilité des autopsies. (Ein Fall, der die Nützlichkeit der Leichenöffnung zeigt.) (Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 13. VI. 1932.)** Ann. Méd. lég. etc. 12, 510—512 (1932).

Bei einem Manne, der aus einer Höhe von 8 m gestürzt war, wurde eine Humerusfraktur, Herzfraktur und auch eine Gehirnerschütterung festgestellt. Der Verletzte erholte sich, doch etwa 2 Jahre nach dem Unfall starb er angeblich während eines epileptischen Anfalles, der in Zusammenhang mit dem Trauma gebracht wurde. Die Obduktion fand keine Reste einer Knochenverletzung am Schädel, aber auch keine einer Herzruptur; letzteres fühlte sich weich an und war verbreitert. Der Tod war infolge Herzerkrankung eingetreten, nach Aussagen der Kinder hatte der Verstorbene auch Ödeme an den Beinen. Foerster (Münster i. W.).

**Leclereq, J.: Peut-on imposer une cure radicale de hernie à un blessé du travail? (Kann man eine Hernienradikaloperation einem verletzten Arbeiter aufzwingen?) (Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 14. III. 1932.)** Ann. Méd. lég. etc. 12, 243—250 (1932).

An der Hand verschiedener divergierender Entscheidungen französischer Gerichte über die Frage, ob sich ein Arbeiter mit einer Hernie eine Radikaloperation gefallen lassen muß, glaubt Verf., einen unbedingten Zwang nicht anerkennen zu können, da trotz der meist günstigen Resultate der Radikaloperation immerhin auch bei den besten Operateuren etwa 3% Rezidive vorkommen und Todesfälle bei der Anästhesierung, auch bei der lokalen, vorkommen.

In einer darauffolgenden Diskussion äußern sich andere Chirurgen in ähnlichem Sinne, wobei noch eigens betont wird, daß von derartig Operierten häufig über Störungen, die von der Operationsnarbe ausgehen, geklagt wird. Scheuer (Berlin).°°

**Discussion de la communication de M. Leclercq: Peut-on imposer une intervention chirurgicale à un blessé du travail?** (Aussprache über die Mitteilung von Leclercq: Kann man einem Unfallverletzten eine chirurgische Operation zumuten?) *Ann. Méd. lég. etc.* **12**, 397—402 (1932).

Leclercq hatte die Frage zur Erörterung gestellt, ob einem Versicherten, der sich infolge Unfalles eine Hernie zugezogen hat, eine Radikaloperation zur völligen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zugemutet werden könnte. (Siehe vorstehendes Referat.)

Es herrschte Übereinstimmung darüber, daß diese Operation nicht als eine absolut ungefährliche und stets sicheren Erfolg versprechende anzusehen sei wegen möglicher Infektion, Hodenatrophie, Lungenembolie usw. L. legte der Gesellschaft für Gerichtliche Medizin eine entsprechende Entschließung vor. (Siehe auch folgendes Referat.) *Giese*.

**Fredet, Pierre: À propos des hernies: Hernies inguinales et traumatismes.** (Leistenhernien und Unfall.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 13. VI. 1932.*) *Ann. Méd. lég. etc.* **12**, 496—510 (1932).

Verf. vertritt die Ansicht, daß man einem Unfallkranken mit Leistenbruch eine Operation nicht aufzwingen kann, denn so einfach die Operation bei gewöhnlichen Leistenbrüchen sei, so gefährlich und unsicher sei sie bei Unfallverletzten. Verf. erörtert dann die Frage, ob ein Unfall überhaupt geeignet sei einen Bruch hervorzurufen, oder, was dasselbe sei, einen schon vorhandenen dauernd zu verschlimmern. Die Entstehung eines Bruches durch eine große Gewalteinwirkung auf den Leib (Bauchfellreizung, Shock, örtlicher Schmerz, Hinfallen) wird als selbstverständlich betrachtet. Gewöhnlich werden aber die kleinen, einfachen Brüche als Folgen sogar nur ganz geringer Unfälle bezeichnet. Embryologen, Anatomen und Chirurgen seien sich darüber einig, daß diese gewöhnlichen Brüche durch Unfälle nicht hervorgerufen würden, sondern durch Entwicklungshemmungen. Verf. beschreibt dann eingehend die Anatomie des Leistenkanals und dessen Entwicklung, daran anschließend die Entstehung der verschiedenen Leistenbrüche. Die Bruchmißbildung sei unabhängig von jedem Unfall. Wenn durch eine Anstrengung der Bruchsack gedrückt oder gezerrt werde, so glaube der Betroffene, die bisher noch nicht in Erscheinung getretene Entwicklungshemmung auf die Anstrengung zurückführen zu müssen, durch welche erst der Bruch bemerkbar geworden ist. Für die Anerkennung eines Bruches als Unfallfolge seien nachstehende Voraussetzungen erforderlich: 1. Der Druck auf die Bauchwand müsse so stark sein, daß die Bauchwand platze. 2. Das seitliche Bauchfell werde unter Zerreißung der Gefäße von der Bauchwand abgelöst. 3. Das Bauchfell müsse so gelockert sein, daß es sich zu einem Sack ausstülpen könne, ohne zu zerreißen. 4. Der Samenstrang müsse auseinander weichen, um dem Bruchsack Platz zu machen. 5. Der neugebildete Sack müsse frei in der Höhle liegen ohne Verbindung mit den Nachbarorganen. Bei einer Operation eines durch Unfall entstandenen Bruches müßten sich die gesamten Veränderungen im Verein mit Blutungen finden. Bei gewöhnlichen Brüchen fände man aber bei dem Eingriff nichts davon, auch wenn schon in den nächsten Stunden nach dem angeblichen Unfall die Operation vorgenommen wurde. Die Verschlimmerung eines schon vorhandenen Bruches durch Gewalteinwirkung auf den Leib oder durch heftige Anstrengung bei bestimmter Körperhaltung wird anerkannt, und zwar sowohl eine zeitweise, als auch eine dauernde. In den meisten Fällen gehe die Verschlimmerung in wenigen Tagen vorüber. In anderen Fällen werde der Bruch etwas größer. Die Schädigung sei eine erheblichere, wenn ein vorher sehr kleiner Bruch in brüsker Form in einen dauernd großen, und ein bisher beweglicher und zurückdrückbarer in einen nicht mehr reponierbaren Bruch durch den Unfall umgewandelt werde. Die Gesetzgebung nehme unter diesen Umständen den früheren Zustand als nicht vorhanden an und die Verschlimmerung als Unfallfolge. Die ernsteste Folge sei die Einklemmung der Eingeweide, die mit voller Entschädigungspflicht anzurechnen sei. Verweigere der Verletzte bei Einklemmung die Operation, so sei die Entschädigungspflicht vermindert, weil die Operation als einzige Behandlungsmethode in Betracht komme, desgleichen wenn er seine Einwilligung zu spät gäbe. *Spiecker* (Duisburg).

**Dietrich, A.: Begutachtung einer seltenen Darmverletzung.** (*Path. Univ.-Inst., Tübingen.*) *Chirurg* 4, 513—516 (1932).

In einem Oberrgutachten hat Dietrich nach vorausgegangener genauer pathologischer Untersuchung Klarheit bezüglich eines Falles von stumpfer Bauchverletzung mit Darmabriß gebracht. Die Wichtigkeit der pathologischen Untersuchung zur Klärung schwer zu deutender Fälle wird betont. Der vorbegutachtete Verstorbene hatte auf einem steilen, nassen Waldwege beim Wenden eines schweren Leiterwagens einem Fuhrmann geholfen und sich hierbei gegen den hinteren Leiterbaum gestemmt. Der Fuhrmann sah, daß sein Helfer mehrmals die Hände gegen den Bauch preßte, als ob er Schmerzen hätte. Klagen wurden nicht geäußert, vielmehr fuhr der Betroffene noch mit seinem Rade zum Stempeln, besuchte zwei Wirtschäften und klagt erst ca. 7—8 Stunden später zu Hause über Leibscherzen. Diese steigerten sich so, daß seine Frau ca. 3 Stunden später einen Arzt anrief, der wiederum ca. 3 Stunden später kam und Anzeichen eines Durchbruches in die Bauchhöhle feststellte. „Die gegen  $\frac{1}{2}$  12 Uhr nachts vorgenommene Operation ergab eine schwere Darmzerreißung, Abriß des Mesenteriums und Blutungen im Netz. Das zerrissene Darmstück wurde entfernt und Darmaht angelegt. D. starb bereits einige Stunden später.“ Ein Zusammenhang zwischen Darmverletzung und Wagenwenden wurde wegen der Schwere der Verletzung und der Länge der beschwerdefreien Zeit von den Vorgutachtern abgelehnt und daraufhin eine Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft verneint. Ein weiterer Gutachter veranlaßte die Untersuchung des resezierten, in Alkohol aufbewahrten Darmabschnittes. Diese von Dietrich vorgenommene Untersuchung ergab folgenden Befund: „Es liegt zunächst eine Quetschung und Abriß eines Gekrösestückes vor, sodann aber eine Abrollung des Darmes, wodurch die äußeren von den inneren Schichten innerhalb der lockeren Unterschleimhautschicht getrennt wurden, etwa wie man an einem Weidenzweig durch Rollen die Rinde in der Bastschicht von dem Holz trennen kann (Weidenpfeife). Dabei ist die äußere Schicht eingerissen und durch ihre elastische Beschaffenheit eingeschnürt, der innere Schlauch dagegen ist herausgefallen. Da ihm elastische Schichten fehlen, hat er den schlaffen Schlauch gebildet. Vermöge der Gefäßverbindungen in der Schleimhaut blieb eine Ernährung möglich, aber es trat entzündliche Reaktion ein. In der Mitte des Schlauches litt jedoch die Blutversorgung, es kam zum Absterben und Durchbruch.“ Da außerdem unter dem linken Rippenbogen eine blutunterlaufene Stelle bereits festgestellt war, nimmt D. an, daß eine stumpfe Gewalt den Bauch schräg und flach getroffen hat. Hierdurch wurde bei schlaffen Bauchdecken eine Dünndarmschlinge gegen die Wirbelsäule gequetscht und diese eigenartige Verletzung erzeugt. Da der Durchbruch des Darmes erst später erfolgte, traten dementsprechend auch peritonitische Erscheinungen auf. Jedenfalls hält D. den ursächlichen Zusammenhang zwischen Wenden des Leiterwagens und Darmverletzung für gegeben.

*Plenz (Berlin-Zehlendorf).*

**Liebig, Hans: Trauma und Diabetes mellitus.** (*Med. Univ.-Klin., Münster i. Westf.*) *Med. Klin.* 1932 I, 357—360.

An Hand einiger Fälle und theoretischer Überlegungen kommt Verf. zum Schlusse, daß es keineswegs berechtigt ist, den traumatischen Diabetes abzulehnen, daß man vielmehr unter Würdigung des Sachverhalts sehr wohl in einer Anzahl von Fällen zugunsten des Versicherten zu entscheiden hätte. *R. Siegel (Frankfurt a. M.).*°°

**Beneke, R.: Zur Frage des traumatischen Glioms.** (*Gutachten des Herrn G. R. Borst-München.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* 38, 183—187 (1932).

Verf. nimmt eingehend Stellung zu einem Gutachten Borst, München, in dem es sich um die Feststellung eines ursächlichen Zusammenhangs eines Glioms im Sinne einer Verursachung oder wesentlichen Beschleunigung zwischen Unfall und Tod handelt. Während Borst auf dem Standpunkt steht, daß Gliome aus embryonalen Keimen hervorgehen, hält Verf. es für einen Irrtum, daß embryonale Keime für die Entwicklung der Gliome eine Rolle spielen. Verf. ist der bestimmten Ansicht, daß fast alle Fälle der Gliome sich auf äußere akute oder chronische Beeinflussungen zurückführen lassen. Die klinische und pathologisch-anatomische Epikrise muß seines Erachtens in jedem Einzelfall von Gliom die Frage nach einem etwa vorangegangenen akuten Erlebnis berücksichtigen und ferner zu bestimmen suchen, welche Symptome zunächst etwa nur als einfach posttraumatische zu deuten sind, sowie von welchem Zeitpunkt der vorschreitenden Erkrankung an mit einiger Sicherheit auf die sekundäre Entartung des Heilungsvorganges zu einem Blastom geschlossen werden darf. Die Berücksichtigung des Traumas soll hier sicher eine ebenso große Rolle wie bei der Epilepsie spielen.

*Trendtel (Altona).*

**Reiche, F.:** Zur Genese der Bronchialkrebse und ihre Beziehungen zu Kampfgas-schädigungen. *Med. Welt* 6, 1013—1014 (1932).

Die Beobachtung 2 primärer Bronchialcarcinome, eines auf dem Boden einer umfangreichen Narbenbildung der Lunge und des Bronchus (vor 24 Jahren Lungen-gangrän am jetzt ergriffenen Hauptbronchus), ein anderes bei einem Patienten, der vor 14 Jahren eine schwere Kampfgasvergiftung mitgemacht hat, führt zur Besprechung der Ätiologie der Bronchialkrebse; Einfluß der Petro- und Benzingase, des Straßenstaubes geteeter Straßen, Schneeberger Bergkrankheit, chronische Bronchitis, starkes Tabak-rauchen, Influenza. Verf. hält auch einen Zusammenhang zwischen Kampfgasver-giftung und Lungenkrebs für durchaus möglich. *Kieffer (Köln).*

**Steinthal, K.:** Diagnostische Irrtümer bei primären Lungencarcinomen aus der Unfallpraxis. *Brun's Beitr.* 155, 515—524 (1932).

Während die bösartigen Lungentumoren an Häufigkeit zuzunehmen scheinen, ist ihre Diagnostik weit entfernt davon, ärztliches Allgemeinut zu sein. Sowohl die häufige Erschei-nungsform der Lungencarcinome als Lungenabsceß, als auch die oft sehr frühen Knochen-metastasen, besonders in der Wirbelsäure, derartiger Tumoren führen wiederholt zu Fehldia-gnosen (siehe Fischer). Verf. schildert den Verlauf eines besonders eindrucksvollen Falles, bei dem trotz mehrfacher Untersuchung und Begutachtung durch erfahrene Ärzte erst die Sektion Klarheit brachte. Es handelt sich um ein primäres, polypöses Bronchialcarcinom, bei dem die Wirbelmetastasen 9 Monate vor den Lungenerscheinungen klinische Symptome machten. Die Wurzelschmerzen wurden mit einem Autounfall in Zusammenhang gebracht und als traumatische Wirbeltuberkulose gedeutet, die späteren Lungenerscheinungen als unabhängig davon entstandener bronchopneumonierter Absceß. Forderung frühzeitiger Röntgen-aufnahmen bei Wurzelschmerzen, die in diesem Fall vernachlässigt wurde. Hinweis auf das charakteristische Röntgenbild der Metastasen, zentrale Aufhellung unter Erhaltung von Corticalis und Zwischenwirbelscheibe, im Gegensatz zur Wirbeltuberkulose. *C. E. Jancke.*

**Vischia, Quintino:** Il trauma nella genesi dei tumori. Sarcoma della gamba conse-cutivo a trauma. (Contributo isto-patologico.) (Trauma und Geschwulstentstehung. Unterschenkelsarkom nach Trauma. [Histopathologischer Beitrag.]) (*Istit. di Radiol. Med., Univ., Roma.*) *Radiol. med.* 19, 55—57 (1932).

Auf Grund der vorliegenden Literatur wird das Problem Trauma und Geschwulst-entstehung erörtert und auf die praktische Bedeutung dieser Frage, speziell für die Ver-sicherungsmedizin, hingewiesen. Kasuistischer Beitrag: Eine 27jährige gesunde Frau erlitt vor 2 Jahren ein Trauma. Kurze Zeit nach erneutem Trauma an derselben Stelle begab sich die Kranke in Behandlung. Es wurde ein Tumor an der Tibia diagnostiziert, der sich histologisch als Fibrosarkom erwies (Röntgenbilder, Mikrophotogramme). *Ab. Simons.*

### Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

**Sioli, F.:** Über die Aufnahme von Geisteskranken in die Heil- und Pflegeanstalten und den ministeriellen Erlaß vom 21. I. 1932. (*Psychiatr. Klin., Med. Akad., Düsseldorf.*) *Med. Welt* 6, 1037—1041 (1932).

Der Ministerialerlaß vom 21. I. 1932 zur Unterbringung der Geisteskranken soll für den praktischen Arzt eine Reihe von Schwierigkeiten machen. Unter Gemein-gefährlichkeit wird ein Zustand verstanden, der zum Schutze des Kranken Verwahrung erforderlich macht und der es der Polizei ermöglicht, einen Kranken gegen seinen Willen in eine Anstalt zu bringen. Bedenklich soll sein, daß für eine derartige Aufnahme das Attest eines beamteten Arztes oder eines Anstaltsarztes notwendig ist. Als be-denklich wird ferner angesehen, daß die Entlassung nur auf Grund einer polizeilichen Anordnung geschehen kann und daß die Polizei ihre Verfügung dem Geisteskranken schriftlich mitteilen muß. *Trendtel (Altona).*

**Beyer, Alfred:** Über die Aufnahme von Geisteskranken in die Heil- und Pflege-anstalten und den ministeriellen Erlaß vom 21. I. 1932. (*Preuß. Ministerium f. Volks-wohlfahrt, Berlin.*) *Med. Welt* 6, 1041 (1932).

Der ärztlicherseits angegriffene Ministerialerlaß über die Unterbringung von Geisteskranken (vgl. Sioli) wird von dem Sachbearbeiter des Ministeriums für Volks-wohlfahrt verteidigt, allerdings wird ausgeführt, daß der Erlaß für den Arzt sicherlich Schwierigkeiten bieten würde, jedoch, daß er zur Beilegung von Streitigkeiten zwischen