

triebe elektrischer ärztlicher und zahnärztlicher Apparate. Bei vielbeschäftigten Zahnärzten nehmen die Störungen für die Umgebung einen beträchtlichen Umfang an. Es wirken nicht die von Bohrmaschinen ausgehenden Geräusche lästig, sondern die von dem Motor ausgehenden Ströme. Die Rundfunkhörer setzen sich gegen diese Störungen zur Wehr. Die Zahnärzte haben sich nun vor Jahresfrist an den Herrn Minister für Volkswohlfahrt gewendet und darauf hingewiesen, daß 1. die Rechtsprechung auf diesem Gebiete nicht einheitlich ist; 2. daß die technische Beseitigung der Rundfunkstörungen noch in voller Entwicklung ist; 3. die Störungsschutzvorrichtungen besitzen für den Zahnarzt noch keine volle Brauchbarkeit und Betriebsicherheit. Die Einschaltung des Störungsschutzmittels kann durch Kurzschluß zu einer Gefahr für Zahnarzt und Patient werden. 4. Es erscheint unbillig, nur einer Seite — nämlich den Zahnärzten — die Kosten für im Effekt zweifelhafte Schutzvorrichtungen aufzuerlegen; besonders bedenklich ist die Frage der Gefährdungshaftung, die kein Zahnarzt gewillt sein wird, zu übernehmen; wenn der Rundfunkhörer die Haftung übernimmt, ist damit nicht viel gewonnen, weil zweifelhaft bleibt, ob der Betreffende im Schadensfalle in der Lage ist, für die übernommene Haftung einzustehen. Da eine befriedigende Lösung dieser Fragen im Wege des Rechtsstreites kaum herbeigeführt werden kann und an dem Fragenkomplex mehrere Ressorts beteiligt sind, wird man versuchen müssen, auf anderem Wege eine Lösung zu finden. Nach schwierigen Verhandlungen sind nun die Vereinigung der Elektrizitätswerke und die Reichsrundfunkgesellschaft dahin übereingekommen, daß das Störproblem im Rundfunk auf technisch-wirtschaftlichem Wege gelöst werden soll. Beide Teile sind sich darüber einig, daß zur gründlichen Bekämpfung der Störungen sowohl an den störenden elektrischen Anlagen wie an den Rundfunkempfangsanlagen das Möglichste geschehen muß. Welche Mittel im Einzelfalle anzuwenden sind, kann nur örtlich von Fall zu Fall entschieden werden . . . Wird ein gütlicher Ausgleich hierbei nicht erzielt, so sind die zentralen Stellen mit der Angelegenheit zu befassen, um einen unfruchtbaren Rechtsstreit nach Möglichkeit zu vermeiden.

*Lochte (Göttingen).*

### **Versicherungsrechtliche Medizin.**

● **Die ärztliche Begutachtung in der Krankenversicherung.** Hrsg. v. **Helmut Lehmann und Eduard Mosbacher.** Berlin-Charlottenburg: Verl. f. Sozialmed. G. m. b. H. 1932. 376 S. geb. RM. 3.75.

Verf. beschränkt sich in seiner Schriftenreihe auf die Begutachtungsfragen der Krankenversicherung, und zwar im wesentlichen unter dem Blickfelde der *Therapia oeconomica*, und versucht darzulegen, wie unter Berücksichtigung des Notwendigen, aber unter Vermeidung des Überflüssigen das Ausreichende geschehen kann. Er bespricht zunächst die Begriffe der Krankheit, des Gebrechens, der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, Erwerbsbehinderung und dann die Leistungen der Krankenkasse. In einem weiteren Abschnitt erörtert **Lennhoff** Ärztliches zur Reichsversicherungsordnung, Unfall-, Invaliden- und Angestelltenversicherung, sowie die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei Erwerbslosen und die Einschaltung der Kriegsbeschädigten in die Krankenkasse. — **Fritz Okrass** bringt ausgewählte Kapitel aus dem Krankenversicherungsrecht. — **Wichmann** (Hamburg) gibt eine Übersicht über die gesetzlichen Bestimmungen des vertrauensärztlichen Dienstes. — Auf wirtschaftliche Verordnungsweise wird von **Martin Hirschberg** (Berlin) an Hand zahlreicher Beispiele und Einzelheiten verwiesen. — Die Richtlinien des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen für die Anwendung elektrophysikalischer Heilmethoden werden von **Mosbacher** erläutert, während **Chajes** Gewerbehygiene und Berufskunde bespricht. — Der **Chefarzt der AOKK.** Berlin erörtert die Heilfürsorge in der deutschen Arbeiter- und Angestelltenversicherung. Die einzelnen Gebiete der Inneren Medizin werden dann von verschiedenen Fachärzten, ebenso wie die der Chirurgie und Orthopädie, der Frauenheilkunde, der Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie der Krampfaderleiden behandelt. — Die genannten Abschnitte sollen keineswegs ein Nürnberger Trichter für einwandfreie Gutachten auf dem Gebiete der Krankenversicherung sein, sondern haben lediglich die Aufgabe, Kassenärzte und Vertrauensärzte mit vielen sozialrechtlich, versicherungstechnisch und volkswirtschaftlich bedeutungsvollen Gebieten vertraut zu machen und ihnen ein Wegweiser zu werden, durch zweckmäßige und durch falsche Sparsamkeit nicht beeinträchtigte therapeutische Maßnahmen die Krankheitsursachen zu beseitigen.

*Spiecker (Duisburg).*

● **Grasreiner, H.:** Die vertrauensärztliche Tätigkeit des Kommunalarztes. (Kommunalärztl. Abh. Hrsg. v. B. Harms u. Fr. Wendenburg. Nr. 5.) Leipzig: Leopold Voss 1932. VIII, 68 S. RM. 7.50.

Im ersten Teil der Arbeit schildert Verf. den Umfang der allgemeinen sozialen medizinischen Tätigkeit des Vertrauensarztes. Er führt die Gründe aus, die die Einstellung besonderer Fürsorgegutachter und die Einrichtung einer zentralen Sichtungsstelle notwendig machten. Er erörtert dann die einzelnen Arbeitsgebiete des Fürsorgegutachters, betont dabei das Erfordernis besonderer Vorbildung für diese und empfiehlt die Personalunion der Gutachter bei den verschiedenen Versicherungsträgern. Er bespricht dann die Methodik der Untersuchung unter Zuhilfenahme der Fürsorgeeinrichtungen und ergänzender Untersuchungen durch Fachärzte und Krankenhaus- und Krankenhausärzte, geht dann auf die Zusammenarbeit mit den Fürsorgebeamten, die Begutachtung der Arbeitsfähigkeit bei Fürsorgearbeitern, Hausfrauen, Schwangeren und Jugendlichen ein, bespricht die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Erwerbsunfähigkeit, die Begutachtung der Arbeitsfähigkeit für das Arbeitsamt und die Begutachtung der Berufskrankheiten. Im letzten Abschnitt des allgemeinen Teiles findet die Nachprüfung der ärztlichen Behandlung, der Krankenhausbehandlung, die Möglichkeit der Benutzung von Hilfseinrichtungen, wie Leichtkrankenhaus, Siechenabteilung, Versorgungs- und Altersheim, Waisenhaus und Überweisung in besondere Fachabteilungen eine nähere Würdigung. — Im besonderen Teil werden Richtlinien gegeben für Art und Dauer der ärztlichen Behandlung auf den verschiedenen Gebieten der äußeren und inneren Erkrankungen und ihrer Nebengebiete sowie der Zahnheilkunde. In einem Anhang finden sich dann noch Anhaltspunkte für die Nachprüfung der Rezepte und der Arztrechnungen. Ein Überblick über das Schrifttum vervollständigt die Abhandlung, in deren Einzelheiten ein Sachregister eine leichte Orientierung ermöglicht. — Die Abhandlung, welcher die Ergebnisse einer Umfrage bei bekannten Autoritäten zugrunde gelegt sind, soll Vertrauensärzten bei Kommunen und Krankenkassen in geeigneten Fällen eine rasche Entscheidung, und die darin empfohlene Handhabung der Therapie für den Kostenträger weitgehende Ersparnisse ermöglichen. *Spiecker (Duisburg).*

● **Ciampolini, Arnolfo:** Il trauma nella etiogenesi delle malattie. (Rapporti clinici e medico-legali.) Prefazione di Cesare Frugoni. (Coll. manuali del „Policlinico“. Nr. 40.) (Trauma als Krankheitsursache. [Klinische und gerichtlich-medizinische Beziehungen].) Roma: Luigi Pozzi 1932. 546 S. L. 52.—

Der über große praktische Erfahrung verfügende und durch eine Reihe wichtiger Schriften bekannte Mailänder Vertreter der versicherungsrechtlichen Medizin befaßt sich mit den Problemen des Traumas als Krankheitsursache in scharf kritisierender Weise. Er grenzt die klinischen und die gerichtlich-medizinischen Auffassungen gegeneinander ab, verwirft ein Gutachterwesen, das nicht auf umfassender biologischer Kenntnis und klinischer Erfahrung beruht. „Der Traumatologe muß vor allem ein Kliniker sein.“ Trotzdem gelangt er im speziellen Teil zu einer vielfach skeptischeren oder ganz ablehnenden Beurteilung als viele reine Kliniker. Die Darstellung ist keine Literatursammlung, sondern grundsätzlich auf die selbst erarbeiteten Anschauungen gegründet, die durch Anführung eigener Gutachten, durch etwas breite Auseinandersetzungen mit Gegnern und durch Anführung wesentlicher Mitteilungen aus der Literatur gestützt wird. Entsprechend der späteren Entwicklung der sozialen Medizin in Italien gegenüber Deutschland bringt die Arbeit manches, was dem deutschen Leser längst wohlbekannt ist, zumal die deutsche Literatur gerade der letzten Jahre sehr spärlich berücksichtigt ist. Von Interesse sind auch für uns die Einblicke in etwas abweichende Auffassungen des italienischen Gesetzes und der Rechtsprechung. Bedauerlich ist dagegen, daß die Quelle vieler Literaturzitate entweder fehlt oder nur einmal an entlegener Stelle gegeben, die übliche Zusammenstellung der Literaturunterlagen unterblieben ist. Die einzelnen Abschnitte behandeln die Kausalitätsfragen, die juristische Abgrenzung zwischen Unfall und Gewerbekrankheit, die Bedeutung der Überanstrengung, insbesondere bei Rückenschmerz, Eingeweidebruch, Orchitis, Krampfadern, Hirnblutungen, plötzlichem Tod und Erkrankungen der Atmungsorgane; ferner die Geschwülste, Blutkrankheiten, endokrine Krankheiten und schließlich die Erkrankungen des Skelets, des Gehirns und Rückenmarks, sowie der übrigen inneren Organe in Beziehung zum Trauma. Besonders ausführlich ist der neurologisch-psychiatrische Teil behandelt. Trotz unserer eigenen reichen und wertvollen einschlägigen

Literatur erscheint doch dieses Werk für den wissenschaftlich eingestellten Bearbeiter von Unfallfragen wegen der persönlichen Note und des Gedankenreichtums als schätzbare Arbeitshilfe.

*P. Fraenckel* (Berlin).

**Fischer, A. W.:** Über das „Schmerzensgeld“. I. Vom Standpunkt des Arztes. (*Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.*) Med. Welt 1932, 1396—1397.

**Rosenmeyer:** Über das „Schmerzensgeld“. II. Vom Standpunkt des Juristen. Med. Welt 1932, 1398—1400.

Es ist ein dankenswertes Unternehmen, daß ein Jurist und ein Mediziner es unternommen haben, dem Arzt Richtlinien zu geben, wie er sich verhalten soll, wenn er vom Gericht aufgefordert wird, sich gutachtlich über Schmerzensgeldansprüche äußern zu müssen. Vom Standpunkt des Juristen nimmt Rosenmeyer Stellung zum Begriff des Schmerzensgeldes, das in Haftpflichtprozessen eine besondere Rolle spielt, im BGB. aber unter diesem Ausdruck nicht vorkommt, sondern als eine billige Entschädigung in Geld für einen Schaden bezeichnet wird, der nicht Vermögensschaden ist. Sie kann nur verlangt werden, wenn das Gesetz dies besonders bestimmt. Ein Ersatz des immateriellen Schadens ist im Falle einer Körperverletzung oder Verletzung der Gesundheit durch unerlaubte Handlung möglich, und eine unerlaubte Handlung liegt vor, wenn rechtswidrig eine Verpflichtung verletzt wird, die allgemein dem Publikum in seiner Gesamtheit gegenüber besteht. Bei einer Verletzung des Körpers oder der Gesundheit aus Vertrag ist kein Anspruch auf Schmerzensgeld gegeben, der Anspruch aus unerlaubter Handlung kann aber mit einer Vertragsverletzung zusammenfallen; z. B. wenn der Arzt bei der Behandlung die allgemein anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft außer acht läßt und die Pflichten eines sorgfältigen Arztes verletzt; er haftet dann neben dem Vertrag auch aus unerlaubter Handlung und damit für Schmerzensgeld. Der Anspruch ist nach dem Gesetz gegeben bei Körperverletzung und Gesundheitsbeschädigungen; jeder äußere Eingriff in die körperliche Unversehrtheit ist eine Körperverletzung, während Gesundheitsbeschädigungen durch die Störung innerer Lebensvorgänge verursacht werden, wenn z. B. eine Mutter bei der Nachricht der Tötung ihres Kindes durch fahrlässiges Fahren eines Kraftfahrzeuges einen Nervenschock erleidet. Schmerzensgeld wird gewährt für einen Schaden, der nicht Vermögensschaden ist, d. h. bei allen Benachteiligungen, die nicht mit einer Minderung des Vermögens verbunden sind, keine Aufwendungen veranlassen und den wirtschaftlichen Erwerb nicht beeinträchtigen. Der Anspruch tritt selbständig neben dem Ersatz des Vermögensschadens auf, das Maß des Vermögensschadens, z. B. die Länge der Erwerbsunfähigkeit, die ja zum Vermögensschaden gehört, darf bei Bemessung des Schmerzensgeldes nicht berücksichtigt werden. Die Entschädigung soll weiter eine billige sein. Das Schmerzensgeld soll freilich nach neuesten Entscheidungen den Verletzten in die Lage versetzen, sich für alle durchgemachten oder noch durchzumachenden körperlichen und seelischen Schmerzen, für Sorgen und Kummer, die durch unerlaubte Handlung verursacht werden, schadlos zu halten. Geringe Dauer und geringer Grad schließt den Anspruch nicht aus; der Richter darf den Anspruch nicht etwa deshalb ablehnen, weil er den Schaden für gering ansieht. Bei Bemessung des Schmerzensgeldes ist die Praxis der Gerichte außerordentlich verschieden, manche sind sehr freigebig, manche sprechen das Schmerzensgeld nur in den engsten Grenzen zu. Eine Reihe z. T. recht lehrreicher Beispiele werden zum Schluß angeführt. Allgemeine Maßstäbe, Taxen für die Berechnung des Schmerzensgeldes kennt das Gesetz nicht, es soll lediglich der Billigkeit entsprechen. — In sehr interessanter Weise setzt Fischer vom Standpunkt des Arztes auseinander, wie der Arzt dem Richter allerlei Hilfen geben kann zur Abschätzung der Höhe des Schmerzensgeldes. Nicht Sache des Arztes ist es, die wirtschaftliche Lage des Haftpflichtigen und des Beschädigten zu werten; wohl aber muß er ausführlich auf den erlittenen Schmerz eingehen, d. i. das körperliche und seelische Unbehagen, das der Geschädigte im Augenblick des Unfallereignisses, während der Dauer der Behandlung und Nachbehandlung erduldet hat und nach ärztlicher Erfahrung

fernerhin erdulden wird; nicht dagegen ist zu entschädigen der durch den Unfall erlittene materielle Schaden als Folge einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit. So kann der Arzt dem Richter eine Handhabe geben, zur zahlenmäßigen Fixierung der Entschädigungssumme zu kommen. Verf. stellt an der Hand prägnanter Fälle eine Art Stufenleiter auf, die er an einem Unterschenkelbruch erläutert. Sie wird nicht nach der Art der Verletzung, sondern nach den verschiedenen „Schmerzgraden“ unter Berücksichtigung der durch das Temperament begründeten, individuell verschiedenen Reaktion, des Alters, des Intelligenzgrades gebildet. Verf. schlägt vor, 6 verschiedene Grade zu unterscheiden, ganz leichte — leichte — mittelschwere — schwere — sehr schwere und ungewöhnlich schwere Fälle zu unterscheiden, die er an praktischen Fällen im einzelnen erläutert, wobei er nicht verkennt, daß diese Gradfolge ihre Schattenseiten hat, wenn sie schematisch angewandt wird. Das Urteil des Arztes muß auch ausführlich begründet werden. Eine bestimmte Geldsumme als angemessene Entschädigung zu nennen, ist nicht Sache des Arztes; diese zahlenmäßige Folgerung muß der Richter unter Benutzung des ärztlichen Urteils ziehen.

*Ziemke* (Kiel).

**Hoche, A. E.: Der Unsinn der Prozentangaben in Unfallgutachten.** Dtsch. med. Wschr. 1932 I, 220—221.

Verf. wendet sich gegen den „Unsinn“ der prozentmäßigen Abschätzung der Erwerbsbeschränkung, insbesondere kleinerer Abgrenzungen nach 5, 10 und 20%, bei denen sich das ärztliche Gewissen nicht wohl fühlen könne. Er schlägt statt dessen eine Abstufung nach weniger großer Stufen ( $\frac{1}{3}$  —  $\frac{1}{2}$  —  $\frac{2}{3}$ ) oder evtl. nach  $\frac{1}{5}$  vor. Dieser Vorschlag bietet nach des Ref. Ansicht vielleicht in gewisser Beziehung praktische Vorteile, er stellt aber keine grundsätzliche Änderung dar und beseitigt die von Hoche doch wohl nicht mit Recht als „Unsinn“ bezeichneten Unterscheidungen und Grenzssetzungen nicht, deren grundsätzliche Schwierigkeiten und Mißlichkeiten ja ebenso wie ihre praktische Notwendigkeit allen erfahrenen Gutachtern bekannt sind.

*K. Löwenstein* (Berlin).

**Horn, Paul: Über die Entschädigungspflicht bei Nervenleiden in der privaten Unfallversicherung.** Ärztl. Sachverst.ztg 38, 211—214 (1932).

Nach § 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Unfallversicherungsgesellschaften sind als entschädigungspflichtige Unfallfolge von vornherein vertragsgemäß ausgeschlossen u. a.: alle Erkrankungen infolge psychischer Einwirkungen, Gewerbekrankheiten, Vergiftungen, Malaria und sonstige Infektionskrankheiten, Gesundheitsschädigungen durch schädliche Strahleneinwirkungen, durch Licht-, Temperatur- und Witterungseinflüsse. Auch Unfälle, die sich infolge von bestimmten Störungen seitens des Nervensystems ereignen, und zwar infolge von Schlag-, Ohnmachts- und Schwindelanfällen, von Geistes- oder Bewußtseinsstörungen, sind von der Versicherung ausgeschlossen, sofern nicht diese Anfälle oder Störungen als solche durch einen Versicherungsunfall verursacht sind. Schließlich sind solche Unfälle von der Versicherung ausdrücklich ausgenommen, die der Versicherte erleidet, nachdem er von Geisteskrankheit, von einer Lähmung durch Schlaganfall, von Epilepsie oder schwerem Nervenleiden befallen ist. Es wird also stets eine Hauptaufgabe des erstuntersuchenden Arztes sein, festzustellen, ob nach Vorgeschichte und Befund bereits vor dem Unfälle ein krankhafter Zustand von seiten des Nervensystems vorlag. Schreck- und Angstneurosen (z. B. im Anschluß an einen Auto- oder Eisenbahnunfall) sind bei privater Unfallversicherung nicht entschädigungspflichtig. Hingegen wird nach § 7 Abs. 4 der Allgem. Versicherungsbedingungen für psychische und nervöse Störungen, durch welche im Anschluß an einen Unfall die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist, dann eine Entschädigung gewährt, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder auf eine im Anschluß an den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind. Die Beurteilung von Gehirnerschütterungsfolgen bereitet immer wieder Schwierig-

keiten, insbesondere wenn es sich um die Beurteilung der Invalidität handelt. Bei Beurteilung der Invaliditätsfrage muß man in der privaten Unfallversicherung etwa vorhandene, sekundär hinzugekommene psychogen bedingte Nervenstörungen so weit wie möglich von den eigentlichen Unfallfolgen abzutrennen versuchen, da alles psychogene Bedingte nicht unter die Entschädigungsverpflichtung fällt. Diese Trennung von „organisch“ und psychogen ist vielfach äußerst schwierig, sie ist auch unvollständig, da hiervon das Gebiet der Störungen auf endokriner Grundlage nicht ohne weiteres berührt wird. Auch in solchen Fällen kann aber die Frage der Entschädigungspflicht akut werden (traumatischer Basedow u. ä.).

*Kurt Mendel (Berlin).*

**Pilez, Alexander: Über die weiteren Lebensschicksale Hirnverletzter.** Jb. Psychiatr. 48, 317—338 (1932).

Pilez hat 1000 Krankengeschichten von Hirnverletzten (680 Hirnverletzte im eigentlichen Sinne: Verletzung durch Schuß, Granatsplitter, und 320 Hirnverletzte, die Commotionen durchgemacht haben bei Granatverschüttung, Sturz, evtl. Schädelbasisfraktur) nachuntersucht. Es handelt sich um das Material der Kopfschuß-Station von Prof. Fuchs in Wien. Von diesen Fällen sind 50 ad exitum gekommen. Das Material ist besonders mit Rücksicht auf die Frage der Epilepsie und der Leistungsfähigkeit gesichtet. Im allgemeinen werden die geltenden Anschauungen bestätigt. Was die Epilepsie betrifft, so wird wieder hervorgehoben, daß noch nach sehr langen Zeiten (Beobachtung bis zu 12 Jahren nach der Verletzung) der erste Anfall auftreten kann. Ob die frühe Operation das Auftreten von Epilepsie begünstigt oder nicht, ist nicht sicher zu sagen. Es ergab sich in Übereinstimmung mit Erfahrungen von Redlich, daß bei den Epileptikern die Fälle mit Defekten im knöchernen Schädeldach häufiger sind, ebenso wie das Zurückbleiben von Knochen- und Geschoßsplittern im Gehirn. Eine genaue Berücksichtigung der verschiedensten Momente: Alkoholismus, die verschiedene Form der Verletzung, die Lokalisation der Verletzung, das sonstige Verhalten der Patienten in bezug auf Beruf usw., ließ keinerlei eindeutige Gesetzmäßigkeit feststellen darüber, was für das Auftreten der Anfälle besonders ungünstig ist oder geeignet wäre, sie aufzuhalten. Was die spezielle Lokalisation betrifft, so dürfte das Verhältnis zwischen Epileptiker und Nichtepileptiker zuungunsten der Scheitelverletzungen liegen. Im allgemeinen entspricht der Prozentsatz von Epilepsie etwa dem früher von anderen beobachteten zwischen 40 und 50%. Was die allgemeine Veränderung und die Arbeitsfähigkeit betrifft, so kommt P. zu einem recht ungünstigen Resultat. Die weitaus überwiegende Mehrzahl der Verletzten ist psychischerseits und in rein somatischer Hinsicht invalide geworden und es geblieben. P. betont hier einen gewissen Gegensatz gegenüber günstiger lautenden Berichten anderer Autoren, ohne sagen zu können, auf welchen Faktoren diese verschiedene Beurteilung beruht.

*K. Goldstein (Berlin).*

**Bremer, Frédéric, Henri Coppez, Gabriel Hieguet et Paul Martin: Le syndrome commotionnel tardif dans les traumatismes fermés du crâne.** (Die Spätfolgen bei Commotio cerebri.) Rev. d'Otol. etc. 10, 161—223 (1932).

Verf. behandeln die Symptome, die sich nach einer Commotio cerebri mehr oder weniger langsam bemerkbar machen und wahrscheinlich auf kranio-cerebralen Störungen beruhen, und die wegen ihres chronischen oder schweren Auftretens von klinischer und rechtlicher Bedeutung sind. Es treten Kopfschmerzen auf, die entweder lokal oder diffus, dauernd oder periodisch angegeben werden und besonders heftig bei bestimmten Kopfhaltungen sind, ferner Schwindelerscheinungen und nervöse Symptome, darunter visuelle Hyperästhesien wie Unerträglichkeit von hellem Licht oder von beweglichen Gegenständen, Photophobie, übermäßige Empfindlichkeit gegen Geräusche und Gerüche, Störungen des Schlafes, schlechte Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisstörungen. Unter den subjektiven ophthalmologischen Zeichen sind es die schon von Worms studierten asthenischen Störungen, die sog. retinale Asthenie, bei der der Patient nach kurzer Zeit schon über Müdigkeit beim Lesen klagt. Wird das Lesen dann trotzdem weiter fortgesetzt, so treten Kopfschmerzen und Schweregefühl in den Lidern auf. Es treten weiter Gesichtsfelddefekte auf, meistens handelt es sich um konzentrische Einengungen. Bei der ebenfalls häufig auftretenden Amblyopie findet man ophthalmoskopisch keine Veränderungen. Die häufig geklagten Mouches volantes, das

Auftreten von Nebeln und relativen und passageren Verdunkelungen beruht auf Störungen der Gefäße (Hypertension der Retinalgefäße). Bei Messung des Druckes der Zentralarterie findet sich häufig eine Steigerung, nie Hypotension. In 70% ihrer Beobachtungen konnten Verff. eine Unbeständigkeit des retinalen arteriellen Gefäßdruckes feststellen, die als eine Reflexerscheinung der cerebralen Gefäßschwankungen zu deuten ist. Bei den Fällen von Amblyopie ohne sichtbare Schädigung, bei denen der Visus an den einzelnen Untersuchungstagen etwas schwankte, erreichte oder überschritt der retinale Arteriendruck 50. Es scheint zwischen letzterem und der Amblyopie eine Beziehung zu bestehen. Dies wird auch bestätigt durch die Sehstörungen, die bei Fällen von retinaler arterieller und bei allgemeiner vasculärer Hypertension auftreten. Bei den frischen Fällen mit intrakraniell Hochdruck besteht ein Parallelismus mit der retinalen Hypertension im Gegensatz zu den alten Fällen, wo diese Übereinstimmung fehlt. Bei Fällen mit reinen Commotionssymptomen ohne Herdkomplikationen wurde niemals eine richtige Stauungspapille beobachtet als Folge des retinalen Arteriendruckes, doch zeigten sich einige Male leichte Andeutungen von Stase der Zentralvene oder Ödem der Papille. Die physiologischen und pathologischen Grenzen sind aber sehr schwer zu ziehen. Bei mehreren Fällen von erhöhtem retinalen Arteriendruck (60) fand sich ein sehr niedriger Venendruck (10—20 mm Hg). Dabei war ein plötzliches Absinken des Dynamometers auffallend. Es ist wichtig, sowohl den arteriellen als auch den venösen Druck zu messen und dabei zu beobachten, ob ein plötzlicher Abfall erfolgt (venöse Hypotonie) oder ob die Pulsation dem Absinken vorausgeht (venöse Hypertonie). Bei der Commotio sind diagnostisch und prognostisch die häufig unmittelbaren Pupillenstörungen. Doppelte Mydriasis mit Pupillenstarre ist ein Zeichen schwerer Commotio. Miosis findet sich bei Fällen mit tiefen blutenden Verletzungen, bei denen Krämpfe und Zuckungen auftreten. Bei ungleich weiten Pupillen sitzt die Schädigung auf der Seite der weiteren Pupille, selbst wenn allgemeine Symptome, z. B. Hemiplegie, eine entgegengesetzte Lokalisation vermuten lassen. Die Existenz des posttraumatisch Argyll Robertson'schen Zeichens ist nicht einwandfrei erwiesen. Während es bei Syphilitikern mit normalem Westphalschen Zeichen einhergeht, ist diese beim posttraumatischen oder Pseudo-Argyll Robertson gesteigert, während beim Syphilitiker der Pupillendurchmesser konstant ist, ist er beim Traumatiker wechselnd, Cocain und Atropin erweitern die Pupille bei ersterem langsam und wenig, bei letzterem schnell und ausgiebig. Der okulokardiale Reflex hat als objektives Zeichen nur wenig Bedeutung. Das Mannsche Zeichen scheint mehr bei Herderkrankungen aufzutreten. Die oft geklagten Schwindelerscheinungen werden nach verschiedenen Beobachtungen angeblich durch eine cerebrale Hyperämie hervorgerufen. Letztere setzt sich fort und erhöht den Druck in der Art. centr. retinae. Dieses kann entweder passiv geschehen durch teilweisen Verschuß der cerebralen Venen, infolge der Ausdehnung der Ventrikel oder Subarachnoidalräume oder aktiv nach der Ansicht Cushings, der annimmt, daß durch Kompression des Gehirns eines Trepanierten ohne Stauungspapille der Druck in der Art. centr. retinae deutlich um etwa 10 mm Hg steigt. Bei alten Commotionen tritt seltener Drucksteigerung auf als beim sog. Spätsyndrom. Wiedergaben von Röntgenbildern und pathologischen Befunden. [Worms, *Annales d'Ocul.* **160**, 456 (1923).]  
[Stock] Hager (Tübingen).<sup>oo</sup>

**Soli, Duilio: Considerazioni cliniche ed anatomo-patologiche su 110 traumatizzati cranio-cerebrali con speciale riguardo ad alcuni casi rari.** (Klinische und pathologisch-anatomische Betrachtungen über 110 Fälle von Schädel-Gehirntrauma mit besonderer Berücksichtigung einiger seltener Fälle.) (*Sez. Chir., Osp. Magg., Bologna.*) *Clinica chir.*, N. s. 8, 693—722 (1932).

In der Statistik von S o l i war die Sterblichkeit ziemlich gering (25,45%) im Vergleich zu der von anderen Verfassern beobachteten. Die sensorialen und motorischen Störungen, die sofort auf das Trauma folgen (Facialislähmung, Blindheit usw.), dauern im allgemeinen an. Andere nachfolgende Störungen (Epilepsie, Geistesstörungen usw.) können langsam zurückgehen. Auf jeden Fall ist, da im Laufe der Zeit sowohl eine Besserung als auch eine Verschlechterung eintreten kann, vom gerichtsmedizinischen Standpunkt aus eine periodische Untersuchung der Patienten (wenn dieselben versichert sind) anzuraten.  
G. Patrassi (Florenz).<sup>oo</sup>

**Catola, Junio: Sur les rapports pathogéniques, entre les traumatismes et certaines maladies organiques du système nerveux central. À propos de plusieurs cas personnels.** (Über die pathogenen Beziehungen zwischen Traumen und manchen organischen Krankheiten des Zentralnervensystems. Einige persönliche Fälle.) *Encéphale* **27**, 292—301 (1932).

Im 1. Falle traten bei 59jährigem Manne nach Sturz auf rechtes Scheitelbein mit komotionellen Erscheinungen erst Jackson-Anfälle, dann Lähmungserscheinungen ein; Tumor im Centrum semiovale, inoperabel. Ein Zusammenhang des Tumors mit dem Trauma wird

aber darum wenig wahrscheinlich gemacht, weil der Patient, wie zufällig erfahren wird, schon vor dem Trauma einen schweren Schwindelanfall hatte. Dann folgt die Beschreibung von 2 Fällen mit Parkinson-Erscheinungen nach Komotionen; allmähliche Ausbreitung der Symptome. — Im 4. Fall entwickelte sich nach einer Schußverletzung der Ischiadicuswurzeln mit Knochenläsion des 5. Lendenwirbelkörpers eine Syringomyelie mit typischen Symptomen an den Beinen, Beginn etwa 1 Jahr nach dem Schuß, dann einige Zeit fortschreitend, dann längere Zeit stationär bis zu dem an interkurrenter Krankheit erfolgenden Tod. Höhlenbildung im 4. Lumbal- bis 2. Sacralsegment und Fissura transversalis; leider fehlt eine genaue histologische Untersuchung, so daß man nicht entscheiden kann, ob eine echte Syringomyelie vorlag. Verf. bringt den Fall als Beitrag für die Bedeutung peripherer Traumen auf die Entstehung einer Syr. Er schließt aber mit den Worten, daß ein Trauma nie einzige Ursache einer essentiellen Syringomyelie, eines Tumors, einer Parkinsonschen Krankheit sein kann.

F. Stern (Kassel).

**Frank, Th.: Spätabsceß im Hirn, der 17 Jahre nach der Verwundung zum Tode führt.** (*Versorgungsamt, Frankfurt a. M.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* 38, 146—150 (1932).

Autopsisch verifizierter Fall eines Spätabscesses des Gehirns, der 17 Jahre nach der Verletzung des Gehirns durch Knochen- und Granatsplitter auftrat und zum Tode führte.

Wartenberg (Freiburg i. Br.).

**Laubenthal, F.: Duraendotheliom und Trauma.** (*Univ.-Klin. f. Psychiatrisch- u. Nervenkrankte, Bonn.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* 38, 197—198 (1932).

48jähriger Landwirt. Früher gesund. Sturz vom Fahrrad, schweres Schädeltrauma. 4 Tage bewußtlos. Blutung aus Nase, Mund und Ohr. Dann entwickelt sich das Bild eines Tumors der linken Parieto-Occipitalgegend. Operation ergibt daselbst eine gut apfelsinen-große Geschwulst. Wesentliche Besserung. Histologische Diagnose des Tumors: Psammom der Dura.

Kurt Mendel (Berlin).

**Klestadt, W.: Über klinisch wichtige Gesichtspunkte bei Fern- bzw. Spätschädigungen des N. VIII durch Starkstrom.** (*Städt. Hals-, Nasen- u. Ohrenklinik., Magdeburg-Sudenburg.*) *Passow-Schaefers Beitr.* 30, 244—254 (1932).

Ein Monteur war im April 1923 vom Starkstrom (15000 Volt und 2—300 Amp.) getroffen, hatte Brandwunden am Unterarm und beiden Handflächen, war 6 Tage bewußtlos, wurde nach  $\frac{1}{4}$  Jahr wieder arbeitsfähig. Erst nach fast  $\frac{1}{2}$  Jahr nach dem Unfall erste ohrenärztliche Untersuchung, da Patient erst jetzt angab, er habe 6 Tage nach dem Unfall links nicht gut gehört und habe an Geruch und Geschmack eingeübt. Der erste ohrenärztliche Untersucher hatte einen vom Unfall unabhängigen, anfangs sekretorischen Mittelohrkatarrh festgestellt, der sich nach Katheterisieren besserte. Bei den in den nächsten Jahren vorgenommenen Untersuchungen desselben Arztes wurde nun der Charakter der Schwerhörigkeit als Innenohrtyp sicher, bis sich im Frühjahr 1925 das linke Ohr als völlig taub und calorisch unerregbar erwies. Mit dieser Octavusausschaltung als Endzustand sah Verf. den Patienten im August 1931, um ein Gutachten über einen Zusammenhang mit dem Unfall abzugeben. In der Literatur sind Berichte über nur 11 Fälle von Fernschädigung des Octavus zu finden mit häufig nicht ausreichenden fachärztlichen Angaben. Es geht aus diesen Berichten hervor, daß es sicher Octavuschädigungen durch elektrischen Strom gibt, die nach einer Latenzperiode auftreten, die evtl. bis zu 2 Jahren dauern kann. Schwer kann es fallen, zwischen dem mechanischen und elektrischen Effekt zu unterscheiden. In dem Falle des Verf. hat es sich bei dem Fehlen einer Fraktur und einer Commotio cerebri (auch Lues war auszuschließen) sicher um eine Spätschädigung durch Starkstrom gehandelt. Von Anfang an braucht die Störung keine spezifische Form zu haben, ja, sie kann den Charakter einer Leitungsstörung haben oder sich nur auf Ohrensäusen beschränken, es können leichte und schwerste Veränderungen vorliegen. Man muß nach Starkstromschädigungen dem Betroffenen daher bis zu 2 Jahren Raum geben, um Klagen vorbringen zu dürfen.

A. Sonntag (Güstrow).

**Eckerström, Sten: Ein Fall von posttraumatischer extrapyramidaler Hirnaffektion.** (*Interne Abt., Allg. Krankenh., Jönköping, Schweden.*) *Acta psychiatr. (Københ.)* 7, 785—795 (1932).

52jähriger Bautischler stürzt aus ungefähr 5 m Höhe, im Fallen griff er mit dem rechten Arm in eine Fensteröffnung, fiel aber weiter, schlug auf den Boden auf, wobei er sich im Rücken, an der rechten Hüfte und am Kopf verletzte. Verspürte bereits im Fallen ein Reißen in der rechten Schulter, als er in die Fensteröffnung griff. Fühlte sich nachher „etwas sonderbar“, glaubte aber nicht, bewußtlos gewesen zu sein. Nach dem Unfälle starke Schmerzen in der rechten Schultergegend, die in den rechten Arm und die Finger ausstrahlten, sowie Schmerzen in der rechten Hüftregion und der unteren Rückenpartie. Nach Behandlung mit Bädern und Massage ließen die Schmerzen allmählich nach. Etwa 3 Monate nach dem Unfall entwickelte sich jedoch schleichend allmählich das Bild des Thalamussyndroms: Rigor und extrapyramidale Parese des rechten Armes und des rechten Beines; zentrale Schmerzzustände auf ganzer rechter Körperseite, insbesondere rechts hemikranische Erscheinungen; stark ausgesprochene Hemian-

ästhesie der rechten Körperhälfte für Berührungs-, Schmerz-, Tiefen- und Warmempfindung bei markanter Kältehyperästhesie auf ganzer rechter Seite; keine spastischen Reflexe; rechtsseitiger Jochbeinstreichreflex; myodystone und myotone Reaktion bei faradischer Reizung im Bereiche der rechtsseitigen Handmuskulatur, myotone Reaktion des rechten M. trapezius. Blut, Liquor, Röntgenbilder des Schädels, der Wirbelsäule und des rechten Schultergelenks o. B. Außerdem leichte Deltoideusabflachung rechts, leichte Reduktion des Ulnarisgebietes des rechten Armes, Unvermögen, mit den drei lateralen Fingern der rechten Hand Adduktions- und Abduktionsbewegungen auszuführen.

Nach Ansicht des Verf. sprächen die Abschwächung der Sehnen- und Periostreflexe des rechten Armes und die Paresen der 3 ulnaren Finger der rechten Hand für eine durch den Unfall verursachte Überdehnung des rechten Plexus brachialis. Die bei faradischer Reizung festgestellten Störungen der elektrischen Erregbarkeit hält er für pathognomonisch für eine Affektion der zentralen Ganglien. Die unbedeutend vorhandenen Atrophien wurden auf Inaktivität zurückgeführt.

G. Winkler (Gleiwitz).

**Gross, Wilhelm: Ein akut entstandener Fall von Parkinson nach Unfall im Rangierdienst.** Z. Bahnärzte 27, 186—190 (1932).

43jähriger Rangierer. Zugentgleisung; Patient sprang, um sein Leben zu retten, von der Plattform des Eisenbahnwagens herab; er kam auf seine Füße zu stehen, stand eine Zeitlang mit über dem Kopf erhobenen Armen wie zu einer Bildsäule erstarrt da, bestieg dann einen anderen Zug, fiel aber alsbald hin und blieb einige Minuten bewußtlos liegen. Dann beständiges Weinen, motorische Unruhe, starkes paroxysmales Zittern des ganzen Körpers. Bettruhe, Brom. Nach 10 Tagen fiel eine tiefgehende Wesensveränderung auf; es bestand kleinschlägiges Zittern vorzugsweise der rechten Körperseite, Gesichtsausdruck ängstlich gespannt, starke motorische Unruhe; Bild der agitierten Melancholie. Später Änderung in Gang und Haltung, nach vorn fallender, fast hemmungsloser Gang, steife Rumpfhaltung, Kopf nach vorn gebeugt, maskenartiges Gesicht mit Salbenglanz, Rigor der Körpermuskulatur, Fehlen der normalen Mitbewegungen, der Reaktiv- und Initiativbewegungen, Fehlen der Pupillenerweiterung bei sensiblen oder sensorischen Reizen, motorische Unruhe, Hyperidrosis. Also klassisches Bild des Parkinson. Verf. nimmt eine Blutung ins Pallidum, ausgelöst durch den Affektsturm, an.

Kurt Mendel (Berlin).

**Kulkov, A. E.: On the problem of traumatic parkinsonism.** (Über traumatischen Parkinsonismus.) (Neurol. Sect., Obuch Inst., Moscow.) J. nerv. Dis. 75, 361—373 (1932).

Kulkov steht der Möglichkeit eines rein traumatischen Parkinsonismus skeptisch gegenüber; die meisten Fälle sind nicht beweiskräftig und lassen die Möglichkeit zu, daß eine andere Krankheit vorlag, insbesondere eine Encephalitis; die provokatorische Rolle des Traumas ist dabei durchaus zuzugeben.

Zum Beweis seiner Auffassung teilt K. 2 Fälle mit, in denen sich einige Monate nach einem erheblichen mit Kommotion oder Kontusion verbundenen Kopftrauma ein Parkinsonismus entwickelte; encephalopathische Beschwerden hatten nach dem Kopftrauma dauernd bestanden; es ließ sich aber bei genauen Explorationen feststellen, daß einige Monate nach dem Trauma eine leichte akute Encephalitis mit Schlafsucht und Doppelbildern als Ursache des Parkinsonismus durchgemacht wurde; Verf. nimmt an, daß das Kopftrauma auf die Encephalitis auslösend gewirkt hat.

F. Stern (Kassel).

**Klieneberger, Otto: Ischias als Fehldiagnose.** Dtsch. med. Wschr. 1932 II, 1287 bis 1288.

Die Diagnose „Ischias“ soll nicht als Behelfsdiagnose, sondern nur dann gestellt werden, wenn sie durch ihre charakteristischen Erscheinungen (Druckempfindlichkeit des Ischiadicus an der Austrittsstelle oder im Verlauf, Lasègue, Kernig, Erhöhung des Patellar-, Herabsetzung des Achillesreflexes, Muskelhypotonie, sekundäre Skoliose der Lendenwirbelsäule) gesichert ist. Aber auch in solchen Fällen sind Lumbalpunktion, Rectaluntersuchung, Durchleuchtung, zum mindesten zur sicheren Ausschaltung anderer, ähnliche Störungen zeitigender Prozesse, zweckmäßig.

Kurt Mendel.

**Oesterlen, O.: Thyreogene Fettsucht als Folge eines Halsschusses?** Med. Klin. 1932 I, 795—797.

Mitteilung des Falles: Halsschuß. Einschuß fast markstückgroß über der Mitte des linken Schlüsselbeins, Ausschuß auf der rechten Halsseite in Höhe des Kehlkopfs. Kehlkopf nicht beschädigt. Glatte Heilung. 12 Jahre später wird eine thyreogene Fettsucht festgestellt. Dieselbe wird mit dem Halsschuß in Verbindung gebracht: der Halsschuß habe zu einem Substanzverlust der Schilddrüse und damit zu einer Änderung des Stoffwechsels im hypo-



thyreotischen Sinne geführt; daher sei für die Adipositas KDB mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Verf. spricht sich gegen diese Annahme von DB aus: die Schußverletzung war relativ unbedeutend, es fand sich nicht das Bild des Myxödems, erst Jahre nach dem Halschuß zeigte sich die thyreogene Fettsucht. Eine traumatische Entstehung der letzteren ist abzulehnen.

*Kurt Mendel* (Berlin).

**Stern, R.: Zur Frage der Herzmuskelschädigung durch Tangentialschüsse, erläutert an einem Obergetachten.** (*Med. Univ.-Poliklin., Breslau.*) Mschr. Unfallheilk. 39, 411—415 (1932).

Ein jetzt 34-jähriger Mann wurde 1918 durch Schrapnellprellschuß an der Brust verwundet. Er hatte eine fünfmarkstückgroße Wunde in der Mitte der Brust in Höhe der 5. Rippe, die bis zum Brustbein reichte. Sie heilte ohne Zwischenfälle. 1929 wurde zuerst bei ihm ein Herzfehler festgestellt. In der Zwischenzeit war er nie ernstlich krank gewesen. Die Untersuchung ergab am Herzen ein systolisches Geräusch und im Elektrokardiogramm einen rechtsseitigen Schenkelblock. Verf. führt diese Erscheinungen auf eine Narbenbildung im rechten Schenkel zurück. Arteriosklerose wurde ätiologisch wegen des jugendlichen Alters vom Verf. ausgeschlossen. Eine infektiöse Ätiologie kam ebenfalls nicht in Betracht, auch keine Lues. Verf. hielt es dagegen für das wahrscheinlichste, daß die Schrapnellschußverletzung die Ursache des Herzleidens war, und zwar durch transperikardiale Wirkung des Prellschusses auf den Herzmuskel in Form einer Kontusion desselben mit Blutungen in das Myokard und späterer dauernder Narbenbildung. Die allmähliche Entwicklung der Symptome erst nach Jahren sprach nicht dagegen, wenn auch wegen der geringen Zahl analoger Beobachtungen der Fall nicht sicher geklärt werden konnte. Das RVG. schloß sich dem Gutachten an und billigte eine Rente von 30% für die Herzmuskelschädigung zu. *Weimann* (Beuthen, O.S.).

**Melzer: Die ärztliche Begutachtung Lungentuberkulöser hinsichtlich ihrer Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit und Invalidität.** (*Landesheilst. Oberschles., Ziegenhals.*) Prakt. Tbk.bl. H. 2, 17—23 u. H. 3, 33—35 (1932).

Nach einer knappen Definition der Begriffe „arbeitsunfähig“, „erwerbsunfähig“ und „invalide“ legt Verf. dar, wie sich die Begutachtung bei den verschiedenen Formen der Tuberkulose gestaltet. Es kommt vor allem auf eine exakte Diagnosenstellung an, wobei die Beurteilung der mittelschweren Fälle besondere Schwierigkeiten macht und ohne Heranziehung der mannigfachen Laboratoriumsmethoden selten möglich sein wird. Besondere Berücksichtigung finden noch die Pneumothoraxpatienten, die man oft zeitig invalidisieren wird und die offen Tuberkulösen, bei denen Melzer den Standpunkt vertritt, daß es verfehlt wäre, sie grundsätzlich als arbeitsunfähig zu erklären.

*Kayser-Petersen* (Jena).

**Rehfeldt, P.: Zur Polizeidienstbeschädigung bei Lungentuberkulose.** Ärztl. Sachverst.ztg 38, 241—247 (1932).

Polizei-Medizinalrat Rehfeldt weist auf die großen Schwierigkeiten hin, welche sich bei Beurteilung der Frage der Dienstbeschädigung der Polizeibeamten ergeben, betont den großen Wert regelmäßiger Röntgenuntersuchungen und die Art der Unterscheidung von frischer Infektion bzw. Reinfektion, die Berufsgefahren, welche speziell den Polizeibeamten durch den Kontakt mit vielen kranken Personen treffen, die „Erkältungskrankheiten“, welche ein Auflackern latenter Lungenprozesse bewirken können usw. Auch auf familiäre bzw. häusliche Infektion ist zu achten. Der Gutachter müsse die Gefahren des polizeilichen Berufes kennen, damit er den wegen Krankheit aus dem Dienst scheidenden Beamten kein Unrecht zufüge. *Kalmus*.

● **Safir, Horia: Unsere heutigen Kenntnisse vom Gießfieber.** (*Abt. f. Gewerbekrankh., Kaiserin Auguste Viktoria-Krankenh., Berlin-Lichtenberg.*) (*Veröff. Med.verw. Bd. 38, H. 4.*) Berlin: Richard Schoetz 1932. 31 S. RM. 1.60.

Das Gießfieber ist die Folge einer Inhalation von feinsten Metallpartikeln. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um Staub oder Dämpfe von Zink und Zinkoxyd, gelegentlich von Kupfer, Eisen und anderen Metallen. Es ist ein akuter Krankheitszustand, der ausgelöst wird durch Einwirkung von feinstverteilten Schwermetallen auf Körpereiweiß in großer Oberfläche. Chronische Folgezustände des Gießfiebers werden im allgemeinen nicht beobachtet. Die Verhütung des Gießfiebers ist ein Problem der Raumventilation.

*Autoreferat.*

**Michel: Peut-on forcer un ouvrier atteint de hernie à subir une cure radicale?** (Kann man einen Arbeiter, welcher mit einer Hernie behaftet ist, zwingen, sich einer Radikalkur zu unterziehen?) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 14. III. 1932.*) Ann. Méd. lég. etc. **12**, 445—450 (1932).

M. Michel erörtert die Sachlage in der oben angeführten Frage nach den derzeit in Frankreich gültigen gesetzlichen Bestimmungen und kommt zu dem Ergebnis, daß der Verletzte immer das Recht hat, eine chirurgische Behandlung oder Operation abzulehnen. Der Sachverständige habe die Pflicht, das Tribunal über die Ursachen und Folgen der Weigerung aufzuklären und die Gerichte haben daraus den Schaden abzuschätzen, welcher dem Verletzten aus der Situation erwächst, in welcher er zu verbleiben sich freiwillig entschlossen hat.

*Kalmus (Prag).*

**Duvoir: À propos de la hernie, accident du travail.** (Zur Frage der Hernie als Unfallfolge.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 14. III. 1932.*) Ann. Méd. lég. etc. **12**, 451—456 (1932).

Zwei einschlägige Fälle veranlassen den Verf., die divergierenden Ansichten der Mediziner und Juristen zu erörtern. Es handelt sich um die Beantwortung der Frage, ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Anstrengung während der Arbeit und Bruchbildung besteht. Während dieses aus rein ärztlichem Standpunkt verneint werden muß, liegt die juristische Beurteilung anders. Laut dem Gesetz vom 9. IV. 1898 wird in Frankreich eine jede Krankheit, welche sich während der Arbeit ausbildete, als Unfall gewertet, sofern es sich nicht um eine zweifellose Berufskrankheit handelt. So muß auch die Incarceration einer Hernie während der Arbeit bei normaler Anstrengung als Unfallfolge betrachtet werden, selbst wenn der Mediziner annehmen müßte, daß die Incarceration auch ohne Anstrengung kurze Zeit darauf zustande gekommen wäre. Aus diesem Grunde bezeichnet Verf. die Entscheidungen des obersten Gerichtshofes im Sinne der Bejahung der Arbeitsschädigung, zwar im medizinischen Sinne befremdend, aber durchaus logisch. Ferner wird auf die Bedeutung der großen Unterschiede in der Auslegung einzelner Fachausdrücke seitens des Juristen und Mediziners hingewiesen.

*Schwarz (Berlin).*

**Krenslöhner, Stefan: Zur Frage der Entstehung posttraumatischer Schäden am Magen-Darmkanal.** (*III. Med. Univ.-Klin., Wien.*) Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir. **42**, 623—629 (1932).

Verf. beobachtete einen Fall mit Deformität am Bulbus duodeni („Bulbus duodeni etwas flüchtig gefüllt, zeigt an der großen Kurvaturseite eine flache konstante Einziehung. Die Schleimhautfalten normal verlaufend, keine Nische darstellbar“) und profuser Darmlutung bei chronischer Colitis. Er führt sowohl die Veränderung am Bulbus, der nach Krenslöhner ein Ulcus zugrunde liegt, wie die Blutung auf ein Trauma zurück. Pat. wurde 8 Wochen vor der klinischen Beobachtung von einer Kuh gegen eine Wand gepreßt, wobei der Oberbauch am stärksten der Gewalt ausgesetzt war. Es kam zu blutigem Erbrechen und frischen Blutbeimengungen im Stuhl. Die Oberbauchschmerzen dauerten — mit 14 Tagen Pause — bis zur Aufnahme in die Klinik an. 4 Jahre zuvor war Pat. mit einer Magen-Darm-Infektion erkrankt, die 6 Wochen lang dauerte: Schlechtes Allgemeinbefinden, Erbrechen nach Nahrungsaufnahme, starke Durchfälle. Sonst nie ernstlich krank gewesen. Verf. stellt sich den Verlauf so vor, daß es durch das Trauma zu einer ausgedehnten Verletzung am Duodenum kam mit nachfolgender Schorfbildung (= beschwerdefreies Intervall!) und nach Abstoßung des Schorfes zum Auftreten eines Ulcus mit typischen Ulcusbeschwerden. Bei dem schon vorher erkrankten Colon war das Trauma Auslösmoment für die Blutung.

*Bernstein (Danzig).<sup>oo</sup>*

**Strauss, H.: Begutachtung bei Erkrankungen der Verdauungsorgane.** Med. Klin. **1932 II**, 1261—1264.

Die Begutachtung auf dem Gebiete der Verdauungskrankheiten hat mit besonders großen Schwierigkeiten zu kämpfen. Unter den Erkrankungen des Magens interessiert besonders das Ulcus. Hyperacidität, Hypersekretion, Nachweis von okkultem Blut, der Röntgenbefund sichern in vielen Fällen die Diagnose; daneben gibt es aber auch ulcusähnliche Fälle, selbst mit Blutungen, bei denen die Untersuchung „nur“ eine Gastritis ergibt. Dasselbe gilt für das Ulcus duodeni. Den Haupterfolg einer Ulcuskur

sieht Strauss wesentlich in der Beseitigung einer periulcerösen Entzündungszone. Röntgenologisch nachgewiesene Faltenverdickungen, Wulstungen und Körnelungen der Schleimhaut brauchen nicht immer mit klinischen Erscheinungen einherzugehen. Das Carcinom wird klargestellt durch Sub- oder Anacidität, Gewichtsverlust, Anämie, Zunahme der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen. Der Gastroptose liegt eine Astenie, also ein Allgemeinleiden zugrunde. Diese Fälle gehören demnach in eine andere Kategorie. Außer psychogenen und neurogenen Erkrankungen ist auch noch an extraventrikuläre Leiden zu denken. Die Röntgenuntersuchung stellt nicht den Anfang, sondern das Ende der Untersuchung dar. — Traumatische Ulcera kommen in 2—3% der Fälle in Frage. Wichtig ist die Feststellung, daß vor dem Unfall keine Ulcussymptome bestanden, der Unfall muß eine gewisse Intensität gehabt haben. Sehr bald nach dem Unfall müssen die Ulcuserscheinungen oder „Brückensymptome“ aufgetreten sein. Beim Magencarcinom beträgt das Intervall zwischen Trauma und Erkrankung mindestens einige Monate oder höchstens 2—3 Jahre; außerdem muß das Trauma eine gewisse Intensität besessen haben. Zur Invalidisierung führt das Carcinom; in seltenen Fällen auch das Ulcus, besonders nach (evtl. mehrmaligen) Operationen. — Die Begutachtung der Darmkrankheiten bietet bezüglich der Diagnose größere Schwierigkeiten (besonders die Colitis ulcerosa und das Carcinom). Besonders ist auch die Begutachtung der chronischen Appendicitis schwierig; evtl. muß eine Probeparatomie in Erwägung gezogen werden; man denke auch an Hernien, Bleikolik, Nierensteine, Gallensteine, gynäkologische Affektionen. — Rectumcarcinome werden gelegentlich übersehen. Nicht ganz selten spielen nach vorausgegangenen Traumen Adhäsionen eine Rolle, die zu schmerzhaften Prozessen, selbst zu Stenosen Anlaß geben können; man denke auch an gewerbliche Blei-, Quecksilber- und Arsenintoxikation. — Von den Erkrankungen der Leber interessieren besonders die Gallenblasenerkrankungen. Die Duodenalsonde kann durch den Nachweis leukocytenreicher oder cholesterinhaltiger Galle Aufschluß bringen. Zuweilen kann die Röntgenuntersuchung Gallensteine aufdecken. Die Diagnostik dieser Fälle wird eingehender geschildert und gewertet. Traumen können bekanntlich auch Gallenblasenerkrankungen erzeugen. Etwa 20% der operierten Gallenblasenerkrankungen erfahren keine völlige Beseitigung ihrer Beschwerden. Nach unseren heutigen Anschauungen kommt für die Entstehung der Lebercirrhose nicht bloß dem Alkohol, sondern auch chronischen gewerblichen Giften — dem Arsen, Phosphor, Nitrobenzol — Bedeutung zu, ja wir müssen mit jahrelang wirkenden minimalen Giftwirkungen als einem ätiologischen Faktor rechnen. — Für die Begutachtung von Pankreaserkrankungen kommt neben der Stuhluntersuchung, der Duodenalsondierung, besonders der Diastasebestimmung im Harn und der Lipasebestimmung im Blut Bedeutung zu; ferner natürlich dem Palpations- und Röntgenbefunde. Pankreasblutungen und Pankreaszysten können durch Traumen bedingt sein. Ein Diabetes kann als Unfallfolge nur dann anerkannt werden, wenn es zu einem Schwunde des größten Teiles des Pankreas, z. B. durch Absceßbildung, gekommen ist. — Für die Invaliditätsprophylaxe spielt die Durchführung einer sachgemäßen Dauerdiät oft eine entscheidende Rolle. Die Unterscheidung zielbewußter Aggravation von Hypersensitivität ist oft mehr Sache der Menschenkenntnis, weniger der ärztlichen Untersuchungstechnik. *Lochte (Göttingen).*

**Wiegmann, F.: Herpes zoster faciei auf traumatischer Grundlage.** (*Ohren-, Nasen-, Halsabt., Städt. Krankenanst., Solingen.*) Passow-Schaefers Beitr. 30, 160—166 (1932).

19jähriger Mann, dem beim Arbeiten mit einer „Imi“-Lösung (Soda + Trinatriumphosphat + Wasser) ein Tropfen davon ins rechte Auge kam. Daraufhin Conjunctivitis rechts und im Anschluß daran, vom Unterlidrand ausgehend und offenbar durch das Tränenträufeln bedingt, eine Dermatitis der rechten Wangenhaut. Auf deren Basis entstand plötzlich ein Herpes zoster im Bereiche des vom 2. Trigeminusast versorgten Hautgebietes. Heilung mit Narbenbildung, Braunpigmentierung und mit Sensibilitätsstörungen dieses Hautbezirkes und der zugehörigen Mundschleimhaut sowie der Zähne im Ober- und Unterkiefer. Verf. nimmt einen traumatisch entstandenen Herpes zoster an; eine infolge Hineinspritzens von „Imi“-Lösung ins rechte Auge hervorgerufene Bindehautentzündung erzeugte durch herab-

laufende Tränenflüssigkeit eine umschriebene Wangenhautentzündung, welche als eine Art Locus minoris resistentiae die Eintrittspforte für die Entstehung eines Herpes zoster faciei bildete. Kurt Mendel.°°

**Teleky, L., und Erna Zitzke: Untersuchungen über das Bäckereczem und seine Ursachen. I. Tl. Teleky, L.: Wirtschaftliche und gesundheitliche Wandlungen in Mühlenindustrie und Bäckergewerbe. (Univ.-Klin. f. Hautkrankh., Köln.) Arch. Gewerbepath. 3, 68—121 (1932).**

Die Arbeit Telekys bringt die Ergebnisse sehr eingehender Untersuchungen über das Ekzem der Bäcker, welche mit dem gebleichten oder verbesserten Mehl in Berührung kamen, das seit den Jahren 1925—1926 bzw. 1930—1931 in vielen Gegenden Deutschlands zur Verwendung kam. Es wird überzeugend nachgewiesen, daß die Verwendung der Bleichmittel (z. B. nach dem Goloverfahren, Ageneverfahren, des Novadelox) sowie der Verbesserungsmittel (z. B. Elco II, Porit, Glutin, Secalit, Multaglut usw.) zu Schädigungen der Haut bei den betreffenden Bäckerarbeitern geführt hat. Diese Schädigungen (Ekzeme) können so hartnäckig werden, daß die betroffenen Bäcker zu ihrem Beruf vollkommen untauglich werden. Darin liegt die gerichtlich-medizinische Bedeutung dieser Berufskrankheit und die Notwendigkeit, daß jeder gerichtsärztliche Sachverständige diese neu auftretende Schädigungsmöglichkeit kenne. Kalmus (Prag).

**Teleky, L., und Erna Zitzke: Untersuchungen über das Bäckereczem und seine Ursachen. II. Tl. Zitzke, Erna: Untersuchungen über die Ursache des Bäckereczems. (Univ.-Klin. f. Hautkrankh., Köln.) Arch. Gewerbepath. 3, 122—152 (1932).**

Dieser 2. Teil der Arbeit aus der dermatologischen Klinik in Köln kommt zu dem Ergebnis, daß das Bäckereczem in der weit überwiegenden Mehrzahl eine allergische Dermatoze, daß die auslösende Schädlichkeit ein Mehlverbesserungsmittel, in erster Linie Multaglut und Porit, sei, deren wichtigster Bestandteil Ammoniumpersulfat bilde. Als praktische Schlußfolgerung ergebe sich: Notwendigkeit der Untersuchung derjenigen Personen, welche das Bäckerhandwerk ergreifen wollen, Notwendigkeit des Verbotes der Verwendung von Persulfaten, Notwendigkeit der Entschädigung der an chronischem oder chronisch-rezidivierendem Ekzem leidenden Bäcker einschließlich der Bäckermeister. Kalmus (Prag).

**Rodenacker, Georg: Das psychogene Ekzem des Sozialneurotikers. (Krankenanst. d. I. G. Farbenindustrie, Wolfen.) Zbl. Gewerbehyg., N. F. 9, 58—62 (1932).**

Verf. will an Hand einiger Krankengeschichten zeigen, daß der Mehrzahl der sog. Gewerbeekzeme gar keine eigentliche gewerbliche Ursache zugrunde liegt, sondern daß es sich vielmehr um psychogene Ekzeme handelt, sie entstünden durch die psychischen Affekte, welche erst durch die Sozialversicherung geschaffen seien; das Gewerbeekzem ist nach Ansicht des Verf. meist eine Rentenneurose. (Ref. möchte dazu bemerken, daß die Beispiele, die der Autor gewählt hat, keineswegs seine Annahme stützen.) Auf weitere sehr subjektive Anschauungen über den Zusammenhang von „allergischer Neurose“ mit „seelischen Minusvarianten“ sei kurz hingewiesen. R. L. Mayer (Breslau).°°

**Haupt, G.: „Das psychogene Ekzem des Sozialneurotikers“. Erwiderungen auf den gleichlautenden Artikel von Dr. Rodenacker im März-Heft d. Zs. S. 58. Zbl. Gewerbehyg., N. F. 9, 102—103 (1932).**

Die Ansicht Rodenackers (vgl. vorst. Ref.) stellt weniger ein wissenschaftliches Ergebnis seiner Forschungen dar, als die offensichtliche Bestrebung, Gewerbeekzeme als entschuldigendspflichtige Berufserkrankungen auszuschalten. Die von Rodenacker angeführten Fälle entbehren absolut der Beweiskraft. R. L. Mayer (Breslau).°°

**Meyer-Brodnitz: „Das psychogene Ekzem des Sozialneurotikers“. Erwiderungen auf den gleichlautenden Artikel von Dr. Rodenacker im März-Heft d. Zs. S. 58. Zbl. Gewerbehyg., N. F. 9, 103—105 (1932).**

Zurückweisung der Ansichten Rodenackers (vgl. obiges Ref.), der aus Einzelbeobachtungen, die nach Ansicht des Verf. nicht richtig beurteilt sind, einen unzulässigen, verallgemeinernden Schluß gezogen habe. Der Beweis, daß man von einem psychogenen Ekzem des Sozialneurotikers sprechen könne, sei Rodenacker schuldig geblieben. R. L. Mayer (Breslau).°°

**Placzek: Positiver Wassermann und Dienstfähigkeit.** Z. Bahnärzte 27, 147—152 (1932).

Verf. verlangt für alle im Außendienst tätigen Eisenbahnbeamten periodische Gesamtuntersuchungen mit Einschluß der WaR. und Entfernung aller Beamten mit positiver WaR. aus dem Außendienst, um zu verhüten, daß Beamte durch Ausbruch metasymphilitischer Erkrankungen die Sicherheit des Bahnbetriebes gefährden. Eine Liquoruntersuchung ohne Einverständnis des Patienten zu fordern, besteht kein ausreichendes Recht. Roscher.

**Andreesen, Remmer: Über Meniscusbeschädigung und Unfall.** (Chir. Abt., Krankenh. Bergmannsheil, Bochum.) Mschr. Unfallheilk. 39, 310—317 (1932).

Bei einem Bergarbeiter, der viel in kniender Stellung arbeitete, wurde auf operativem Wege eine totale Zertrümmerung eines Teiles eines Kniegelenkmenciscus und zahlreiche freie Knorpelstücke festgestellt; ferner war der Knorpelüberzug eines Femur-Condylus ausgedehnt defekt. Diese Veränderungen des Kniegelenks wurden von einem Vorgutachter auf einen Unfall zurückgeführt, den sich der Arbeiter bei seiner knienden Beschäftigung sollte zugezogen haben. Ein ausführliches Gutachten aus dem Krankenhause Bergmannsheil in Bochum bringt eingehende Darstellung der degenerativen Veränderungen der Meniscus des Kniegelenks und lehnt darnach in dem eben genannten Falle einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfälle und den oben genannten anatomischen Veränderungen im Kniegelenk ab. Die Gründe zu dieser prinzipiellen Anschauung werden eingehend angeführt. Verf. vertritt die Ansicht, daß zur Zerreißen des sehr festen Gewebes des Meniscus schon eine ziemliche Gewalteinwirkung notwendig sei. Die Bezeichnung „Meniscusverletzung“ wird vom Verf. zweckmäßiger als Meniscusschädigung angeführt, womit sich dann sehr leicht die Beobachtung erklären läßt, daß anfangs durch ganz geringe äußere Einflüsse leichte Beschwerden auftreten, die erst nach längerer Zeit zu erheblicheren Störungen führen. Diese sogenannten spontanen Meniscuserkrankungen treten oft in beiden Kniegelenken auf. Die frischen Meniscusverletzungen haben im allgemeinen recht erhebliche klinisch feststellbare Symptome. Hook.

**Borchard, A.: Über die Begutachtung der inneren Verletzungen des Kniegelenks.** Mschr. Unfallheilk. 39, 320—325 (1932).

Verf. weist darauf hin, daß in der letzten Zeit bei Verletzungen des Kniegelenks auffallend häufig die Diagnose „Meniscusverletzung“ gestellt wird. Er meint, es sei gewissermaßen Modesache geworden, bei einer mit Erguß einhergehenden Verletzung des Kniegelenks und plötzlich auftretender Schmerzhaftigkeit eine Meniscusverletzung anzunehmen. Er will deshalb auf die einzelnen Verletzungen des Kniegelenks eingehen und sie in differentialdiagnostischer Beziehung beschreiben. Er bringt dann in kurzen aber prägnanten Worten das Bild der Distorsion des Kniegelenks mit Abriß bzw. Einriß des Seitenbandes; das innere Band reißt gewöhnlich am oberen Rande, das laterale am Fibulaköpfchen. Die Prognose dieser Verletzung ist sehr verschieden, konstitutionell bedingt; bei Gelenkschwächlingen, wie sie Payr bezeichnet, geht die Resorption viel langsamer vor sich, der Erguß kehrt häufig wieder. Gelegentlich kommt es zu einer Wucherung der Fettzotten der Ligamenta alaria, die später zu leichten Einklemmungserscheinungen führen kann. In einem Alter von 50 Jahren hat jede Kniegelenksdistorsion eine viel ernstere Bedeutung. Wichtig für die Beurteilung der späteren Folgen ist eine etwa zurückbleibende Verdickung der Gelenkkapsel oder eine evtl. Abmagerung des Oberschenkels. Man tut gut, alle Distorsionen des Kniegelenks von vornherein als nicht gleichgültige Verletzungen anzusehen und von Anfang an durch energische Maßnahmen — Ruhigstellung für die erste Zeit — zweckentsprechend zu behandeln. Unter dem Begriff des Dérangement interne faßte man früher die Schädigungen des Meniscus und der Kreuzbänder zusammen. In den letzten Jahren hat man jedoch gelernt, beide Verletzungen voneinander zu trennen. Verf. gibt dann zunächst ein Bild der Meniscusläsion. Die meisten Meniscusverletzungen treten beim Sport ein; gewöhnlich ist es anscheinend eine leichtere Verletzung, die bei gebeugtem Knie und Auswärtsdrehung des Unterschenkels erfolgt. Die Behandlung bei frischen Fällen ist konservativ; unter dieser Behandlung nach der ersten Verletzung ist völlige Heilung ohne funktionelle Störung nicht selten. Es ist sogar, wie aus weiteren Beobachtungen hervorgeht, eine Regeneration des ganzen Meniscus möglich. Bei älteren Fällen, die zu Rezidiven geführt haben, kommt nur die Operation in Frage. Die Frage, ob nach der Operation eine Arthritis deformans zu befürchten sei, kann im allgemeinen dahin

beantwortet werden, daß nicht so sehr die Operation, als eine länger anstehende Meniscusschädigung zur Arthritis deformans führt. Im Gegensatz dazu führt die Verletzung der Kreuzbänder eher zur Entstehung einer Arthritis deformans. Die Ursache ist im Gegensatz zur Meniscusschädigung eine plötzliche forcierte Drehung des Unterschenkels nach innen bei halber Beugung und gleichzeitiger Abknickung des Unterschenkels nach innen. Das Röntgenbild zeigt in nicht seltenen Fällen die Spitze der Eminentia intercondyloidea abgerissen. Bei allen mit schwereren Erscheinungen einhergehenden Verletzungen der Kreuzbänder ist die Operation dringend zu empfehlen, wenn natürlich auch zu berücksichtigen ist, daß die Naht des abgerissenen Kreuzbandes sicherlich kein gleichgültiger Eingriff für das Kniegelenk ist. Andererseits verhütet die Operation am sichersten die Entstehung der Arthritis deformans. Die sog. Hoffasche Krankheit, die Blutungen in das parapatellare Fettgewebe, die nach den ersten Veröffentlichungen von Hoffa vielfach angenommen wurde, ist in den letzten Jahren weniger häufig diagnostiziert worden; sicherlich ist sie nicht so häufig, wie früher angenommen wurde. Bei der Beurteilung von Kniegelenksverletzungen ist es von größter Wichtigkeit, genau zwischen den einzelnen Arten der Verletzung zu unterscheiden, da sie prognostisch von ganz verschiedener Wertigkeit sind. Für die Beurteilung etwa zurückgebliebener Schädigungen des Kniegelenks nach Verletzungen ist und bleibt von größter Bedeutung die Abmagerung des Oberschenkels. Wenn eine solche nach längerer Zeit — nach 1 Jahr etwa — noch vorhanden ist, können wir mit Sicherheit eine Störung funktioneller Art im Gelenk annehmen.

Zillmer (Königsberg i. Pr.).

**Lange, Max: Fehldiagnosen bei der Begutachtung eines Wirbelbruches.** (*Orthop. Klin., Univ. München.*) Münch. med. Wschr. 1932 II, 1076—1079.

Ein Fall von typischer Fraktur des 1. Lendenwirbelkörpers, die vom behandelnden Krankenhausarzt übersehen war, wurde nach einigen Monaten zunächst richtig als Fraktur begutachtet und sodann von 3 weiteren Gutachtern mit 3 verschiedenen Fehldiagnosen belegt: tuberkulöse Spondylitis, skoliotischer Keilwirbel und Adoleszenzenkyphose. Eingehende differentialdiagnostische Abhandlung. Es wird gefordert, bei jeder Verletzung des Körperstammes, bei der für später mit irgendwelchen Entschädigungsansprüchen zu rechnen ist, immer gleich 2 gute Röntgenbilder anfertigen zu lassen. Viele schwierige Begutachtungen können dadurch vermieden werden. Die Berufsgenossenschaften mögen berücksichtigen, daß die Beurteilung von Wirbelverletzungen auch heute noch zu den schwierigsten Aufgaben der Begutachtung gehört. Die Begutachtung von zweifelhaften Fällen von Wirbelveränderung soll deshalb nur von den Ärzten vorgenommen werden, die dies schwierige Arbeitsgebiet, auf dem in den letzten Jahren soviel neue Erkenntnisse gewonnen wurden, auch wirklich beherrschen.

E. Feldmann (Danzig).

**Erben, S.: Über Simulation von Kreuzschmerzen.** *Ärztl. Prax. (Sonderbeil. d. Mitt. Volksgesdh.amt, Wien Nr 10) Nr 10, 282 (1932).*

Bei Kreuzschmerzen ist darauf zu achten, wieweit die Lendenwirbelsäule dauernd unbeweglich gehalten wird. Normalerweise neigen sich die gesunden Wirbelgelenke beim Gehen nach der Seite des jeweiligen Stützbeines. Bei Rumpfbeugung und Seitenneigung können einige Lendenwirbel die Bewegungen nicht mitmachen, „gesperrt“ sein. Schmerzlosstellung der erkrankten Lendenwirbelgelenke verursacht Skoliosen, die das Geradebiegen verhindern, die Seitwärtsneigung aber ohne Abwehr gestatten. Umschriebene Klopfempfindlichkeit ist nur bei Erkrankung der Kreuzdarmbeinfuge am oberen hinteren Darmbeinstachel vorhanden. Bei chronischer Gelenksaffektion der Wirbelsäule ist Röntgenaufnahme nötig, die beim akuten Hexenschuß o. B. ist. Außer bei Arthritis kommt Kreuzschmerz bei Osteoarthritis fibrosa cystica, Arthropathia tabica, Ostitis deformans, Spondylitis u. a. vor. Weiter muß auf Veränderungen der Gelenkkapsel oder der Gelenkknorpel an den großen Körpergelenken gefahndet werden, die auf ähnliche Prozesse an den Lendenwirbeln schließen lassen. Nachbarorgane, die Kreuzschmerzen verursachen können (Prostata, Uterus, Nieren, chronische Appendicitis, Ulcus duodeni), sind zu untersuchen. Bei fettreichen Frauen mit starker Lordose kann es durch Überlastung des Bandapparates der Kreuzdarmbeinfuge nach längerem Stehen zu Kreuzschmerzen kommen, die sich auch durch seitliche Kompression der Darmbeinkämme

auslösen lassen. Bei Neuropathen findet sich Rachialgie mit Schmerzen, die gegen den Kopf aufsteigen mit Druckschmerzhaftigkeit der Wirbeldorne ohne Haltungsanomalie und ohne Bewegungseinschränkung. Anders lokalisiert ist die Lumbago, bei der das Umdrehen im Bette besonders schmerzhaft empfunden wird. Tabes, Myelitis, Tumor zeigen außer Kreuzschmerz andere Nervensymptome. Findet sich keine diagnostizierbare Erkrankung, so sind folgende Simulationsproben vorzunehmen: Stoßweise Belastung der Schultern (kein Schmerz bei akuter Lendenzerrung oder chronischer Spondylarthritis durch muskuläre Fixation des erkrankten Wirbelsäulenteiles, Schmerz möglich bei Spondylitis oder Wirbelkörperbruch). Ausgiebige Rumpfbiegung bleibt bei Versteifung der Lendenwirbelsäule von den vikariierend eintretenden Hüftgelenken aus möglich. Eine Weigerung des Untersuchten, den Rumpf zu beugen, ist verdächtig. Simulationsverdächtig ist auch Rumpfbiegung von den Sprunggelenken aus, so daß Umfallen droht, während normalerweise bei Rumpfbiegung die Sprunggelenke sich zur Gleichgewichtserhaltung strecken.

Adolf Friedemann (Berlin-Buch).

**Oehlecker, F.:** Zur traumatischen Entstehung von Nierensteinen. (*J. Chir. Klin., Krankenh., Hamburg-Barmbeck.*) Zbl. Chir. 1932, 1264—1274.

Im Anschluß an einen außerordentlich interessanten Fall von schwerem Trauma mit Bruch des 3. Lendenwirbels und Abbrechen von mehrfachen Querfortsätzen der Lendenwirbel beider Seiten und sich daran anschließender doppelseitiger Nierensteinbildung, geht Oehlecker auf die metatraumatische Nierensteinbildung ein. Echte traumatische Nierensteine sind solche, bei denen nach einer direkten Schädigung der Niere ein im Nierenbecken steckengebliebenes Blutklümpchen den Kern für die Steinbildung abgibt. Oe. empfiehlt besser von unmittelbar und mittelbar traumatisch entstehenden Nierensteinen zu sprechen als von echten und unechten. Nach direktem Trauma der Niere bilden sich selten Nierensteine; ebensowenig nach unseren operativen Nierentraumen, da zur Steinbildung nicht allein das dem Fremdkörper gleichzusetzende Blutklümpchen, sondern noch als zweites Moment eine Zustandsänderung des Harns nötig ist, die den Urin zum Steinaufbau geeignet macht. Stets muß ein Bildungszentrum vorhanden sein, das aus Fibrinflöckchen, Blutklümpchen, Bakterienhäufchen, Produkten entzündlicher und geschwüriger Schleimhautvorgänge usw. bestehen kann. Zu den mittelbar metatraumatischen Konkrementen rechnet Oe. vor allem die nach Rückenmarksverletzungen mit Blasenlähmung; Stauung und Infektion spielen hier die Hauptrolle.

G. Gottstein (Breslau).<sup>oo</sup>

**Klieneberger, C.:** „Nierenentzündung, Urämie, Suicid, Hirnödem mit Ausschluß des freien Willens.“ Gutachten. (*Stadtkrankenh., Zittau.*) Med. Klin. 1932 II, 1245 bis 1247.

Wie bedenkenlos mitunter eine geistige Störung als Ursache eines Selbstmordes von Ärzten angenommen wird, wenn die Zahlung einer Versicherungssumme für die Hinterbliebenen in Betracht kommt, zeigt der folgende, vom Verf. für die öffentliche Versicherungsanstalt der sächsischen Sparkassen begutachteter Fall, in dem vom behandelnden Arzt als Grund der Selbsttötung ein akutes Nierenleiden mit Hirnödem angenommen, das dem Erkrankten die freie Willensentscheidung geraubt und zur geistigen Verwirrtheit geführt hatte. Eine Autopsie für das angenommene Leiden als Kontrolle fehlte. Schon von einem Vorgutachter war das vom behandelnden Arzt angenommene Nierenleiden als unerwiesen hingestellt, gleichwohl war aber von Rechtsvertretern der Hinterbliebenen die Auszahlung der Versicherungssumme von 30000 M. verlangt worden. Verf. weist nun eingehend nach, daß das Vorliegen einer Nierenentzündung und gar einer Urämie gar nicht in Betracht gezogen werden kann. Der Verlauf der Erkrankung mit Fieber und guter Diurese spreche gegen eine akute Nierenerkrankung; die Diagnose sei nicht einmal durch die wichtigsten Zeichen — Urinuntersuchung und Blutdruckkontrolle — gesichert worden. Die Annahme eines „Hirnödems“ bei guter Diurese ohne andere sonst gewöhnliche Cerebralzeichen der Urämie sei eben nur eine Annahme des behandelnden Arztes, die nachzuweisen, aber nicht anzunehmen sei. Es könne bei jeder schweren aussichtslosen körperlichen Erkrankung, bei Unerträglichkeiten des Lebens, der Verhältnisse, bei Zukunftsverzweiflung zum Selbstmord kommen. Der Selbstmord im vorliegenden Fall mit Ordnung der Angelegenheiten, mit tadellos sitzendem Schuß in der Herzgegend sei eine starke zielsichere Handlung, zu der im allgemeinen ein Urämiker weder die Energie noch die Sicherheit aufbringen würde. Die Erregung oder die Teilnahmslosigkeit, die körperliche und seelische Schwäche, die den Urämiker kennzeichnen, müßten die hier gewählte Art des Selbstmordes ausschließen oder mindestens nicht so gelingen lassen. Daß Urämiker, die erst 16 Tage krank sind, derart Selbstmord begehen, hält Verf. nach Art der menschlichen Naturanlage für sehr wenig wahrscheinlich; um so weniger als bei so kurzer Krankheit auch der Arzt kaum schon die Genesungshoffnung aufgegeben haben dürfte. Aber

selbst wenn man bei akuter Krankheit die Möglichkeit starker seelischer, nichtärztlich beeinflubarer Verstimmung zugibt und als Folge einer solchen reaktiven Veränderung eine Selbstmordsmöglichkeit bei einem ethisch Veranlagten anerkenne, so sei dieses Zugeständnis noch gleichbedeutend mit der Annahme einer Aufhebung des freien Willens. Nach der Art der Krankheit, nach Dauer und geschilderter Erscheinungsform war für ein Suicid, das reaktiv-depressiv ausgelöst war, kein Anlaß, während nach Akten und Aussagen überwältigende andere Anlässe dazu führen und drängen konnten.

Ziemke (Kiel).

**Strauss, Ludwig: Artificielle Farbstoffausscheidung.** (*Chir. Abt.*,<sup>3</sup> *Israelit. Kranken.*, *Breslau.*) *Dtsch. med. Wschr.* 1932 II, 1286—1287.

Bei einer Kranken wurde eine unerklärliche Blauviolettfröbung des Urins beobachtet. Diese Fröbung beruhte auf Methylviolett. Trotz Leugnens der Kranken wird angenommen, daß durch Verschlucken bzw. Verreiben von methylvioletthaltigem Tintenstift auf der Zunge — diese wies gleichfalls eine solche Fröbung auf — die Blaufärbung des Urins zustande kam und, um krank zu erscheinen, dies Verschlucken vorgenommen wurde. Es wurde weder eine lokale noch allgemeine Schädigung bei der Kranken beobachtet.

G. Strassmann (Breslau).

### Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

**Schultze, Ernst: Preußisches Polizeiverwaltungsgesetz und Anstaltsfürsorge Geisteskranker.** *Psychiatr.-Neur. Wschr.* 1932, 361—365.

Es erschien am 21. 1. 1932 der Runderlaß des Preußischen Wohlfahrts- und Innenministeriums betr. die polizeiliche Unterbringung Geisteskranker in öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten. Der Erlaß betont, daß nach Art. 114 der Reichsverfassung kein Kranker ohne oder gegen seinen Willen in einer Anstalt ohne eine gesetzliche Unterlage untergebracht werden kann. Dies Gesetz ist nunmehr das Polizeiverwaltungsgesetz, das mit dem 1. 10. 1931 in Kraft getreten ist. Aus dem Runderlaß kann man entnehmen, daß auch der Kranke, der sich selbst gefährlich ist und deshalb zu seinem eigenen Schutz in einer Anstalt untergebracht werden muß, als gemeingefährlich anzusehen ist. Der Runderlaß unterscheidet Aufnahme mit und ohne polizeiliche Mitwirkung. Was die erstere, also die Aufnahme mit polizeilicher Mitwirkung, angeht, so ist weiter zu trennen die gewöhnliche, regelrechte Aufnahme von der Notaufnahme. Zu der gewöhnlichen Aufnahme bedarf es eines ärztlichen Attestes, das natürlich nicht nur eine Geistesstörung, sondern eine durch sie bedingte „Gemeingefährlichkeit“ dartun muß. Ausgeschaltet ist bei der Ausstellung des Attestes der Gerichtsarzt, der Facharzt, auch der beamtete, nicht an einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt tätige Facharzt, wie auch andere beamtete Ärzte, die nicht gerade Psychiater sind, natürlich auch, was danach nicht besonders betont zu werden braucht, der praktische Arzt schlechtweg, insbesondere der Hausarzt, nicht aber der Gefängnisarzt. Die Aufnahme darf nur auf Grund einer schriftlichen polizeilichen Verfügung erfolgen. Diese kann aber nachfolgen. Die schriftliche Anordnung muß dem gesetzlichen Vertreter oder, falls ein solcher nicht vorhanden ist, dem Kranken ausgehändigt werden. Der Runderlaß erteilt den Rat, die Anstaltsleiter hätten darauf Bedacht zu nehmen, „daß durch die Mitteilung der polizeilichen Verfügungen über die Anstaltsverwaltung oder über die Ablehnung der Entlassung aus der Anstalt eine Beeinträchtigung des Zustandes des Kranken möglichst vermieden wird“. Der polizeilich eingewiesene Kranke darf nicht ohne schriftliche Aufhebung der polizeilichen Verfügung entlassen werden. Eine Notaufnahme ist in „dringenden Fällen“ vorgesehen, und zwar in der Form, daß die Polizeibehörde den Geisteskranken unmittelbar, ohne vorherige Anhörung eines Arztes und ohne eine schriftliche Anordnung, der Anstalt zuführt. Das für die Aufnahme vorgeschriebene ärztliche Attest soll in solchem Falle der Anstaltsarzt ausstellen. Der Kranke muß aus der Heil- und Pflegeanstalt entlassen werden, wenn es der gesetzliche Vertreter des Kranken oder, falls ein solcher nicht vorhanden ist — und das wird ja meist der Fall sein —, der Kranke selbst beantragt. Nach Art. 114 der Reichsverfassung ist es nicht statthaft, den Kranken, auch wenn er gemeingefährlich im engeren Sinne ist, in der Anstalt zurückzubehalten, wenn nicht eine entsprechende polizeiliche Anordnung vorliegt. Der Arzt ist also verpflichtet, um dem nur sich selbst gefährlichen Kranken den auch weiterhin notwendigen Schutz