

brüchen mit Blasen- oder Harnröhrenverletzungen sich ausbilden können. Hier ist stets die Prostatitis und Cystitis zu berücksichtigen, die zur reflektorischen Harnleiteratonie mit Infektion der oberen Harnwege führen kann. In der Begutachtung all dieser Fälle muß individuell vorgegangen werden, feststehende Zahlen für die Höhe der Erwerbsverminderung lassen sich kaum aufstellen. *O. A. Schwarz* (Berlin).<sup>oo</sup>

**Volkman, Joh.:** Über posttraumatische Nierensteine und ihre Begutachtung. (*Chir. Univ.-Klin., Halle a. S.*) Arch. klin. Chir. **171**, 86—108 (1932).

Die Arbeit läßt gleich den Fällen in der Praxis erkennen, wie schwer es bei der Begutachtung ist, mit eindeutiger Beweiskraft ein Trauma für die Entstehung von Nierensteinen verantwortlich zu machen. An Hand eigener Beobachtungen und den Angaben von 80 Fällen des Schrifttums wird eine Einteilung der Nierensteine unter Berücksichtigung der Ätiologie gegeben, in welche jedoch die Fälle einzugliedern weitgehender Spielraum für den Gutachter bleibt. *Heinz Strauss* (Bad Wildungen).

**Nudelman, Santiago I.:** Über traumatische Appendicitis. *Semana méd.* **1932 II**, 618—621 (1932) [Spanisch].

Tierexperiment und klinische Beobachtung beweisen die Möglichkeit einer traumatischen Appendicitis bei einer gesunden Person. Das Trauma schafft in dem geschädigten Wurmfortsatz einen Locus minoris resistentiae, in dem schon vorhandene oder eindringende Keime günstige Entwicklungsbedingungen finden. Erst recht kann dieser Prozeß bei Personen eintreten, die schon früher Erkrankungen der Appendix durchgemacht haben und bei denen das Trauma, der Stoß, die Quetschung u. ä., die bestehenden Läsionen aktiviert. Daraus ergibt sich, daß einerseits die Kontusionen, Blutergüsse, Zerreißen der Appendixwand als primäre Störungen, andererseits die Verwachsungen, Ulcerationen als sekundäre Störungen, Faktoren sind, die den Zusammenhang zwischen dem Trauma und dem — vorher gesunden oder nichtgesunden — Organ beweisen. Aus dieser Auffassung muß der ärztliche Gutachter die Folgerungen ziehen und dem Erkrankten die ihm gesetzlich bei Unfallfolgen zustehenden Entschädigungen zubilligen.

*Lanke* (Leipzig).

**Daubenspeck, K.:** „Appendicitis und Trauma“, ein kasuistischer Beitrag. (*Chir. Abt., Marienhosp., Brühl b. Köln.*) Zbl. Chir. **1932**, 2343—2344.

19jähriges Mädchen. Mit Wäschekorb bei Glatteis ausgeglitten und auf Gesäß und Hinterkopf gefallen. Nach  $\frac{3}{4}$  Stunde begannen Leibschmerzen, die sich verschlimmerten, so daß nach 2 Tagen die Aufnahme erfolgte. Vor 8 Jahren anderwärts wegen perforierter Appendicitis operiert, Appendix nicht entfernt, Bauchbruch. Wegen starker Druckempfindlichkeit in der Coecumgegend Operation, die einen Absceß mit einem haselnußgroßen Kotstein ergibt. 2 Monate später Appendektomie à froid, wobei sich der Wurm in seinem distalen Drittel kastaniengroß aufgetrieben findet; er enthält einen erbsengroßen Kotstein. Am Übergang zum schlankeren Teil ist die Narbe der alten Perforationsstelle sichtbar.

Es handelt sich um die Perforation eines Kotsteines aus einer durch eine alte Appendicitis in Narben eingehüllten Appendix infolge Sturz auf das Gesäß. Die Patientin war vor dem Unfall vollkommen gesund und arbeitsfähig; unmittelbar nach dem Unfall setzten die Schmerzen ein. Es handelt sich demnach um die durch einen Unfall herbeigeführte Verschlimmerung eines alten Leidens. Wegen vollkommener Beschwerdefreiheit verzichtete die Patientin auf die Rente. *Colmers* (München).<sup>o</sup>

#### Gerichtliche Psychiatrie.

**Ziervogel, Käte:** Untersuchungen an Alkoholikern über die Bedeutung des Blutbildes, insbesondere der Basophilie in der Differentialdiagnostik der Bleischädigung. (*Gewerbehyg. Abt., Hyg. Inst., Univ. Leipzig.*) Fol. haemat. (Lpz.) **48**, 67—89 (1932).

Die Untersuchungen beziehen sich auf 50 Alkoholiker, von denen 38 chronische Potatoren waren und 12 mit akutem Rausch eingeliefert wurden. In 44 Fällen (88%) waren basophil punktierte Erythrocyten über die Grenzzahl hinaus, die man auf Alkoholwirkung beziehen könnte, nicht vorhanden, während 6 Fälle (12%) punktierte Erythrocyten über das normale Maß aufwiesen. Bei 3 von diesen Fällen wurde dies auf extrem hohe Alkoholmengen zurückgeführt, die sowohl für den gewöhnlichen chronischen wie für den nichtgewöhnlichen akut Berauschten eine stärkste Intoxikation dar-

stellten, auf die der Organismus wie auf andere toxische Reize reagiert. Die übrigen 3 Fälle wiesen basophile Tüpfelung bis zu einem Höchstwert von 775/1 Mill. auf, ohne daß eine besondere Ursache hierfür bekannt wäre, so daß sie auf den einfachen chronischen Alkoholismus ohne besondere Komplikationen bezogen werden. Demnach gehört die basophile Punktierung beim Alkoholiker zu den Ausnahmen, sofern nicht ganz besonders große Mengen Alkohol aufgenommen wurden. Gegenüber der Bleivergiftung können deshalb kaum Schwierigkeiten entstehen, weil man hier eine gewisse Konstanz bei wiederholten Blutbilduntersuchungen finden wird und weil die Zahl der punktierten Erythrocyten hier wesentlich höher ist. Praktisch kommt eine Fehldiagnose „bleikrank“ bei chronischem Alkoholismus kaum in Betracht. *W. Misch.*

**Neubürger, Karl: Ergänzende Bemerkungen zu meiner Arbeit „Über Hirnveränderungen bei Alkoholmißbrauch“.** *Z. Neur.* 139, 335—336 (1932).

Neubürger will die von Guttmann erwogene Möglichkeit, daß doch den von Gamper und ihm beschriebenen Veränderungen im Hirnstamm bei Alkoholikern ein bestimmtes klinisches Syndrom zugeordnet werden könne, nicht in Abrede stellen; es sind noch weitere Erfahrungen erforderlich. Jedenfalls konnte N. auch bei geistig völlig normalen Alkoholikern, die auch keine neurologischen Symptome geboten hatten, die gleichen histologischen Veränderungen nachweisen. (Vgl. diese *Z.* 19, 62.)

*Wohlwill* (Hamburg).

**Joaki, E., et J. Rondepierre: Délire aigu d'origine alcoolique.** (Akutes Delir auf alkoholischer Grundlage.) (*Soc. Méd.-Psychol., Paris, 21. VII. 1932.*) *Ann. méd.-psychol.* 90, II, 197—203 (1932).

Bericht über ein akutes Delir bei einer 33jährigen Frau, die 8 Jahre Alkoholabusus getrieben hat. Differentialdiagnostische Erwägungen gegenüber akuten infektiösen und urämischen Psychosen: Das akute Delir ist symptomatischer Ausdruck bei verschiedenen Gehirnerkrankungen. Ausschlaggebend ist die Anamnese, das Verhalten des Reststickstoffes usw. Anatomisch fanden sich außer einer Verdickung der Meningen nur akute degenerative Ganglienzellveränderungen. Das Fehlen von entzündlich-vasculären Veränderungen spricht differentialdiagnostisch zugunsten der toxischen Ätiologie. *A. Meyer* (Bonn).

**Gabriel, Ernst: Heilungsaussichten bei Trinkern.** (*Alkoholikerabt. „Am Steinhof“*, *Wien.*) *Internat. Z. Alkoholism.* 40, 106—114 (1932).

Verf. berichtet über die Behandlungserfolge in der von ihm geleiteten, in die Wiener Heil- und Pfleganstalt „Am Steinhof“ eingegliederten Trinkerheilstätte. Die in Betracht kommenden 732 Trinker teilt er in 4 Gruppen: 1. Geheilte (223, also über 30%), d. h. vollkommen Enthaltensame mindestens 2 Jahre hindurch. 2. Gebesserte (104, also über 14%), das sind die, die zwar nicht abstinent leben, aber ordnungsgemäß ihrem Beruf nachgehen. 3. Ungeheilte (286, also über 39%), das sind die meist sofort, entweder schon in der Heilstätte oder bald nach ihrer Entlassung in gleich schwerem Ausmaße wie vor ihrer Aufnahme Rückfälligen. 4. Unbekannte (119, also über 16%), über deren weiteres Schicksal nichts zu erfahren war. Von Gruppe 1 wurde kaum ein Viertel nach mehr als 2 Jahren doch noch rückfällig. *Germanus Flatau* (Dresden).

**Deaths from alcoholism. Duties of doctor and coroner.** (Tod infolge von Alkoholismus. Pflichten des Arztes und des Leichenbeschauers.) *Brit. med. J.* Nr 3741, 574 (1932).

Ein praktischer Arzt fragt an, ob der Tod infolge chronischen Alkoholmißbrauchs dem Leichenbeschauer angezeigt werden müsse. Seiner Meinung nach gehe es zu weit, alle jene Krankheiten, die als Folgekrankheiten des Alkoholismus zu bezeichnen seien, der Behörde zur Anzeige zu bringen, wie dies etwa beim Tod infolge Opium- oder Cocainvergiftung notwendig sei. Nach der in England gültigen Gesetzeslage ist auch in solchen Fällen die Meldepflicht für den praktischen Arzt vorgeschrieben. Der beamtete Arzt muß dann die Leichenöffnung vornehmen, die in allen Fällen von unnatürlichem Tode ausdrücklich vom Gesetz gefordert wird. Der behandelnde Arzt ist gehalten, die notwendige Anzeige zu erstatten; den Totenschein muß er nach bestem Wissen ausfüllen und den Hinterbliebenen aushändigen. Unterläßt in derartigen Fällen der Arzt, was häufig geschieht, die Anzeige, so ist der Standesbeamte verpflichtet, die Gesundheitsbehörde zu benachrichtigen. Selbst wenn der Arzt Zweifel an der Todesursache hegt und sich über die Diagnose nicht sicher ist, muß er trotzdem den Totenschein ausstellen. Er kann aber dann, wenn er Bedenken hat, durch Meldung beim Kreisarzt, bei der Polizei oder beim Standesamt die behördliche Sektion durch die vorgeschriebene Meldung veranlassen. *Landé* (Berlin-Wilmersdorf).