

10% Formalin war die äußere Form der Lunge, des Magens, der Darmschlingen und eines großen Blutgefäßes zwar stark geschrumpft, doch erkennbar, während der Inhalt der übrigen Organe, in denen das Gehirn und die Leber vermutet werden, vollständig unkenntlich war. — Zur histologischen Untersuchung der Bronchien, der Blutgefäße, des Magens und Darmes wurden die Schnitte mittels Hämatoxylin-Eosin sowie nach Mallory und Weigert gefärbt, um das elastische und Bindegewebe darzustellen. Das Ergebnis derselben ist, daß zwar die einzelnen Wandschichten der besagten Organe nicht erkennbar sind, wohl aber sowohl das offene Lumen des Blutgefäßes, der sternförmige Querschnitt der kleinen Bronchien und die Form einzelner Darmzotten erhaltengeblieben sind, verschiedene verflochtene Gewebsbündel die Mallory-Färbung angenommen haben, die elastischen Fasern mit der Weigertschen Färbung nicht darstellbar sind, während noch einzelne Epithelzellverbände in den Bronchien, mit Hämatoxylin-Eosin gefärbt, in charakteristischer Anordnung erscheinen.

Es ist also durch die Konservierungsmethode der alten Ägypter auch der histologische Charakter der Stützsubstanzen durch mehr als 2 Jahrtausende erhalten.

Kornfeld (Zagreb).

Davidsohn, I.: The autopsy. An outline of the problem. (Die Obduktion. Eine Umrißzeichnung der Aufgabe.) (*Path. Laborat., Mount Sinai Hosp., Chicago.*) Amer. J. clin. Path. **3**, 199—209 (1933).

Allgemeiner Überblick über die Gründe, die Obduktionen wünschenswert machen; es wird dargetan, daß die Obduktionen in USA. immer noch in ungenügender Zahl gemacht werden. Wesentlich zwei Ursachen tragen hierzu bei: 1. daß die Obduktionen nicht durch gesetzliche Bestimmungen unterstützt worden sind, und 2. daß ein großer Teil der Ärzte immer noch nicht zur Einsicht von der Bedeutung der Obduktionen für die Krankheitsanalyse gekommen ist. Es sei die Pflicht der pathologischen Anatomen, bei den Obduktionen die klinischen Gesichtspunkte genau zu beachten und dadurch das Interesse der Kollegen für diesen Teil der Analyse zu fördern.

Einar Sjövall (Lund).

Freeman, William: The pathologist's duty in obtaining permission for autopsy. (Die Verpflichtungen des Pathologen zum Erlangen der Erlaubnis, eine Obduktion auszuführen.) (*Research Serv., Worcester State Hosp., Worcester.*) Amer. J. clin. Path. **3**, 211—219 (1933).

Praktische Notizen, wie man in bezug auf die Erlaubnis, die Obduktion zu machen, das Verständnis der Verwandten des Verstorbenen und der Leichenbestatter erlangt. Dazu einige sektionstechnische Hinweise zur rücksichtsvollen Ausführung der Obduktion.

Einar Sjövall (Lund).

Wolff, E. K.: Die Herstellung gerahmter Sammlungspräparate. (*Tbk.-Krankenh. d. Stadt Berlin, Waldhaus Charlottenburg, Sommerfeld, Osthavelland.*) Zbl. Path. **56**, 401—404 (1933).

Der Verf. beschreibt eine Trockenmontage von dickeren Organschnitten usw.; nach Fixierung und Wässerung wird das Präparat bei 60° im Brutschrank in 20% Gelatine durchtränkt. Der Einschluß erfolgt in einer den Dimensionen des Präparates angepaßten, möglichst knapp dasselbe umgreifenden Kammer, welche über einer dünnen Glasplatte (gebrauchte Röntgenplatten!) innerhalb eines Holzrahmens aus Weichparaffin hergestellt wurde. Das Präparat wird mit der zur Schau zu stellenden Fläche nach unten in die vorher mit 50—60° warmer, 2—3% Agarmasse beschickte Kammer eingelegt und mit geölten Metallgewichten bis zum Erstarren der Einschlußmasse an die Glasplatte angedrückt. Nach dem Erstarren wird die Kammer durch Aufgießen von Weichparaffin hermetisch verschlossen, schließlich die Rückseite durch eine Sperrholzplatte, welche am Holzrahmen festgenagelt wird, geschützt.

W. Wirtinger (Wien).

Versicherungsrechtliche Medizin.

Stolze, Heinrich: Die Foerstersche Hyperventilation in Begutachtungsfällen. Dtsch. med. Wschr. **1932 II**, 2037—2038.

An Hand von 6 Begutachtungsfällen wird die Auffassung vertreten, daß der Hyperventilation bei ihrer leichten Technik und gefahrlosen Anwendung zwar ein praktischer Wert nicht abzuspochen sei, daß sie aber entscheidenden Wert nur bei positivem Ausfall habe.

Panse (Berlin).

Duerdoth: Spät erkannter Kopfstechschuß und Erwerbsfähigkeit. Ärztl. Sachverst.ztg **39**, 113—114 (1933).

Kopfverletzung eines Kriegsfreiwilligen im Herbst 1914: 3 cm lange Wunde an der linken Kopfseite; kein eingehender Befund; keine Röntgenaufnahme. Anfangs Klagen über Sehstörungen, später über Nackenschmerzen. Glatter Heilverlauf. 1 Monat später g. v. entlassen.

Dienst bei Ersatztruppen bis Kriegsschluß ohne Krankmeldung getan, nach Entlassung dauernd in seinem Beruf als Fleischer tätig. Juni 1932 Rentenantrag. Begründung: Seit 3 Jahren zunehmend Kopfschmerzen, besonders bei Witterungsumschlag in der Stirn, an den Schläfen, im Genick; vorübergehend Sehstörungen; manchmal Stechen in den Fingern; linker Arm wie eingeschlafen. Befund: Beginnende Arteriosklerose; leichte Schilddrüsenvergrößerung; angeblich Kopf allgemein klopfempfindlich; feinschlägiges Händezittern; verstärkte Hautröte; Achselschweiß. Röntgenaufnahme: Links hinten am Scheitelbein muldenförmiger, zum Teil durchgehender Knochendefekt; in der rechten hinteren unteren Schädeldrube intracerebral ein Infanteriegeschoß. EM 50% bewertet und widerruflich gewährt. *Klieneberger* (Königsberg).

Voss, G.: Nervenleiden und Arbeitsfähigkeit. Med. Klin. 1933 I, 43—44.

Störungen des Vasomotoriums nach Kopftrauma zeigen sich u. a. in einer Labilität des Pulses bei längerem Vornüberbeugen, in stärkeren Pulsschwankungen nach körperlicher Anstrengung, auch in spontaner Pulsbeschleunigung oder -verlangsamung. An erheblichen vasomotorischen Kopfbeschwerden Leidende sind oft unfähig, die Augen in die äußerste nach oben gerichtete Stellung zu bringen. In der Annahme einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch neurotische Zustände aller Art muß man sehr zurückhaltend sein. Der praktische Arzt sollte es möglichst vermeiden, Patienten mit rein psychogenen Beschwerden über einige Tage hinaus für arbeitsunfähig zu erklären. Bei Zwangsneurotikern wird im allgemeinen die Arbeitsfähigkeit kaum in Frage gestellt sein. In Fällen, wo die Zwangsidee mit der beruflichen Tätigkeit in Konflikt gerät, kann allerdings die Arbeitsfähigkeit, wenigstens zeitweilig, ernstlich in Frage gestellt sein. *Kurt Mendel* (Berlin).

Kehrer, F.: Das Problem der sogenannten traumatischen Encephalopathien. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Münster i. W.*) Dtsch. med. Wschr. 1933 I, 157—160, 206 bis 208 u. 244—247.

Die wichtigen kritischen Auslassungen des Verf. über Kopfverletzungsfolgen sollen hier in wesentlichen Punkten wiedergegeben werden. Die pathologische Anatomie der Commotionsfolgen beim Menschen ist uns noch unbekannt; sie liefert uns keine Anhaltspunkte dafür, daß den postcommotionellen Beschwerden eine anatomische Basis zukommt. Die anatomischen Feststellungen des Tierexperiments dürfen nur mit größtem Vorbehalt auf den Menschen übernommen werden. Der Gutachter rechnet viel zu sehr mit Möglichkeiten, obwohl er die überwiegende Wahrscheinlichkeit feststellen muß. Die einfache Hirnerschütterung ist als unmittelbarer oder fortgeleiteter Shock der Oblongata in eine Reihe mit rückbildungsfähigen Vergiftungen, Narkose und Erschöpfung zu setzen. Der Schreck kann die gleichen Bilder hervorrufen. Ganz unvollkommen sind wir über die unmittelbaren neurologischen Folgen der Commotion unterrichtet; außerdem fehlen in der Literatur ganz die Lebensgeschichten der Verletzten auch vor dem Unfall; das Vorkommen psychogener Faktoren außer den Rentenbegehrungsfaktoren wird zu sehr übersehen, auch die Häufigkeit konstitutioneller vasomotorischer Erscheinungen in manchen Teilen Deutschlands. Von den anatomisch orientierten Namen läßt sich (auf Grund bioptischer usw. Befunde) nur die umschriebene cystische Arachnitis halten. Der Name der Vasopathie ist abzulehnen, da entweder damit faßbare anatomisch-klinische Veränderungen (z. B. Spätblutungen) gemeint sind oder aber nur ein Kennwort für ein Problem, ob bzw. unter welchen Bedingungen eine Schädigung durch veränderte Vasomotorenreizbarkeit bei vorheriger Gesundheit gesetzt werden kann. Gegenüber den encephalographischen Befunden erhebt sich die noch nicht gelöste Frage, was als Degenerationsstigma, Anomalie oder Krankheit schon vor dem Unfall bestanden hat. Die meisten Klagen der Hirnerschütterten unterscheiden sich nicht von denen der Neuropathen. Wenn man annimmt, daß nach einer Commotio noch nicht psychogene Beschwerden bestehen, ist es bis auf weiteres am besten, von postcommotioneller Nervenschwäche oder Neuropathie zu sprechen; doch muß der Zusammenhang zwischen Unfall und Beschwerden überwiegend wahrscheinlich sein; gröbere organische Folgeerscheinungen sollen deutlich zum Ausdruck gebracht werden. *F. Stern* (Kassel).

Strauss, Hans: Zur Symptomatologie der Ventrikelblutungen. (*Städt. u. Univ.-Klin. f. Gemüts- u. Nervenkrankhe, Frankfurt a. M.*) Mschr. Psychiatr. 85, 1—19 (1933).

Die Entscheidung, ob eine Blutbeimengung zum Liquor bei einer Apoplexie von einer Ventrikel- oder Subarachnoidalblutung herrührt, ist nur möglich, wenn man die Symptomatologie der Ventrikelblutungen kennt. Kleinste Blutungen bei Ventrikelpunktion pflegen symptomlos zu verlaufen. Rasch verlaufende und plötzlich einsetzende Blutungen können sofort zum Tode führen. Sog. primäre Ventrikelblutungen (ohne Veränderung der zentralen Substanz) sind offenbar recht selten und nehmen ihren Fortgang in der Regel mit tiefem Koma, häufigen Krämpfen, sog. Frühkontrakturen, Pupillenstörungen und Erbrechen. O. Foerster beschrieb einen solchen Fall mit tonischen Streckerkrämpfen aller 4—5 Minuten. Bei langsamem Eintritt einer Ventrikelblutung scheinen die Krämpfe und hyperkinetischen Erscheinungen auch fehlen zu können (Bericht eines eigenen Falles). Ventrikelblutung in begrenzten Ventrikelabschnitten kommen gleichfalls vor. — Allen primären Ventrikelblutungen gemeinsam ist offenbar die Bewußtlosigkeit. Die Krampferscheinungen sind nach O. Foerster als „anfallsweise auftretende Enthirnungsstarre“ aufzufassen, wie überhaupt das ganze klinische Bild einem Hirnstamm- (Oblongata-) Syndrom gleicht. Dafür sprechen Krämpfe, Myocloni, Zittern bei erhaltenen Reflexen sowie die Augenmuskelparesen und vegetativen Störungen. — Bei sekundären Ventrikelblutungen kombinieren sich die gesamten Symptome mit denen einer intracerebralen Läsion (Verf. berichtet über weitere 4 Fälle). Wie diese und noch einige weitere Fälle lehren, spielt auch bei der sekundären Ventrikelblutung die Plötzlichkeit, mit der die Blutung in den Ventrikel erfolgt, eine wesentliche Rolle. Bei raschem Eintritt wurde übereinstimmend gefunden: Plötzlich eintretende Bewußtlosigkeit mit Symptomen der Enthirnungsstarre, Lähmung einer Seite und Erscheinungen iterativer Unruhe mit Greifphänomenen auf der anderen Seite. Die Enthirnungsstarre soll infolge der Drucksteigerung im 3. Ventrikel mit funktioneller Schädigung der roten Kerne einhergehen. Die Kombination mit intracerebralen Störungen variiert natürlich das Bild, z. B. im Sinne einer schlaffen Lähmung, fehlender Unruheerscheinungen usw. Bei Zerstörung des Caudatums wurden die iterativen Unruheerscheinungen beobachtet, während beim Fehlen einer Caudatumläsion diese Symptome nicht in Erscheinung traten. Auch die Rolle der Mittelhirnschädigung für das Zustandekommen der Starreerscheinungen wird durch die Befunde wahrscheinlich gemacht. Die für Ventrikelblutungen charakteristischen Hirnstammsymptome sind nach dem Verf. folgende: Bewußtlosigkeit, Enthirnungsstarre (Krampferscheinungen mit tonischen Halsreflexen, hypertensive Zustände und Rigor mit abnormen Haltungen), Zittern, Myocloni, iterative Unruhe, Greifreflex, Festhalten, vestibuläre Arreflexie. Dazu kommen Augenmuskel- und vegetative Störungen. Ähnliche Symptome können freilich auch durch eine Pachymeningitis haem. int. sowie durch eine Subarachnoidalblutung ausgelöst werden. Umschriebene klonische Krämpfe verhelfen unter Umständen zur Differentialdiagnose.

Hiller (München).

Trendtel, F.: Wann liegt aus Anlaß epileptischer Krämpfe Invalidität auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vor? (Obergutachten für die Reichsbahn-Arbeiterpensionskasse I.) Z. Bahnärzte 28, 154—157 (1933).

Epilepsie bedingt nicht ohne weiteres Invalidität auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, sondern nach der Rechtsprechung des R.V.A. und des Versorgungsgerichtes ist eine 100proz. Erwerbsminderung dann anzunehmen, wenn täglich Krampfanfälle auftreten und ein hoher Grad von geistiger Veränderung vorliegt. Es wird ein Fall beschrieben, in dem 4wöchentlich epileptische Krampfanfälle auftreten und nur eine leichte Einschränkung der geistigen Funktion vorhanden ist. Hier wird die Erwerbsminderung für Arbeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes mit 30—40% angesetzt.

Trendtel (Altona).

Šachnovič, R.: Zur Invalidität bei Epilepsie. *Sovet. Nevropat.* 1, 646—656 (1932) [Russisch].

Untersuchungen an einer großen Zahl von Epileptikern ergaben, daß unter den Geistes- und Nervenkrankheiten, die zu Invalidität führen, die Epilepsie den erheblichen Prozentsatz von 13,9% ausmacht. Weitere Feststellungen beziehen sich darauf, daß bei der Epilepsie die Invalidität relativ früh eintritt, bei 82% bis zum 40. Lebensjahr, daß zur Invalidität sowohl die Anfälle als auch die psychischen Veränderungen führen und daß die psychischen Veränderungen das objektiv wichtigste Symptom zur Bestimmung der Invalidität darstellen.

L. Halpern (Berlin).

● Weiler, Karl: Nervöse und seelische Störungen bei Teilnehmern am Weltkrieg, ihre ärztliche und rechtliche Beurteilung. *Tl. 1: Nervöse und seelische Störungen psychogener und funktioneller Art. (Arbeit und Gesundheit. Hrsg. v. Martineck. H. 22.)* Leipzig: Georg Thieme 1933. 222 S. u. 30 Abb. RM. 6.—

Die durch statistisches Material, Tabellen und Kurven erläuterten Ausführungen des Verf., denen ein empfehlendes Geleitwort Rüdins vorangestellt ist, bringen zunächst Vorbemerkungen (über Begründung und Plan der Arbeit, Allgemeines über psychiatrische Erfahrungen bei früheren Kriegen, im Weltkrieg usw.), dann eine Darstellung der Versorgungsgesetzgebung, des Standes der Kriegsbeschädigtenversorgung zu Beginn 1930, unter besonderer Berücksichtigung der oberbayrischen und Münchener Verhältnisse. Anschließend werden die nervösen und seelischen Störungen psychogener und funktioneller Art bei Kriegsteilnehmern, die Überlagerungen, ihre versorgungsrechtliche Bedeutung dargelegt. Zusammenfassend werden schließlich die Ergebnisse der vorstehenden Untersuchungen, denen Übersichtstabellen mit den zahlenmäßigen Nachweisen angefügt sind, und ihre Bedeutung für Fragen der sozialen Gesetzgebung vorgeführt. Hier interessieren besonders letztere.

Die antisozialen (vom Gesetzgeber seinerzeit nicht vorausgesehenen Neben-) Wirkungen der sozialen Fürsorge — die in der falschen Einstellung der Beschädigten zur Versorgung bzw. Entschädigung, der damit zusammenhängenden Schwächung des Arbeitswillens, der Rentensucht ihre Grundlage haben — sind in der Kriegsbeschädigtenversorgung nach Weiler nicht mehr auszumerzen, mag das Bestreben der Ärzte noch so sehr darauf gerichtet sein, die Allgemeinheit bzw. die wirklich Bedürftigen vor der Schädigung durch unberechtigte Ansprüche zu schützen. Aber die Erfahrungen an Kriegsteilnehmern könnten in der Unfallgesetzgebung verwertet werden durch frühzeitige Einführung der Verunfallten in passende Betätigung, gesetzlichen Zwang zur Wiedereinstellung noch arbeitsfähiger Geschädigter bei vollem Lohn, dafür völlige Ausschaltung wirklich erwerbsunfähiger, wenn auch vielleicht noch irgendwie arbeitsfähiger Invaliden unter Gewährung auskömmlicher Rente. W. plädiert ferner dafür, kleine Gesundheitsschäden durch Zusicherung von Arbeitsgelegenheit praktisch bedeutungslos zu machen, evtl. — bei der jetzigen Arbeitslosigkeit — solche Beschädigte aus der eigentlichen Sozialversicherung bzw. der Kriegsbeschädigtenfürsorge herauszunehmen und der Arbeitslosenversicherung zuzuführen, wodurch die Geldinteressen in Wegfall kämen, auch die vielen ärztlichen Gutachten über Besserung bzw. Verschlimmerung der vorhandenen Schäden überflüssig würden. Pfister (Bad Sulza).

Klieneberger, C.: „Körperliche Rückwirkungen“ und seelische Umstellung bei schwer unfallgeschädigtem, alterndem, abgebautem, anlage- und geburtsgemindertem Schwächling. — Vorzeitige Invaliditätsanerkennung. (*Städt. Krankenhh., Zittau.*) *Mschr. Unfallheilk.* 40, 60—65 (1933).

Mitteilung eines Falles, in dem Patient dauernd im Grade von 90% arbeitsunfähig erschien; die Invalidität hat sich allmählich bei einem an sich schwächlich-geminderten Menschen auf Grund eines besonderen Erlebens (Unfall, Rentenkampf) und mangelhafter Widerstandsfähigkeit gegen die Lebenswirkungen eines schädigenden Unfalles, von Krankheit, Altern und Abbau entwickelt.

Verf. schließt: „Der Arzt-Gutachter befindet sich jedesmal bei der Beurteilung sog. Neurotiker, einerlei, ob der zeitliche, verknüpfende Zusammenhang zwischen Unfall und Neuroseauslösung gewahrt bleibt oder abzuleiten ist, in einem seelischen Zwiespalt. Die Entscheidungen des R.G. und R.V.G. in Neurosefragen sind öfters gegensätzlich. Der mehr individualisierende Standpunkt des R.G. scheint Verf. gewichtiger. Bio-

logisch-medizinisch wird man vorläufig folgerichtiger und befriedigender jeden einzelnen „Fall“ individuell durchprüfen und danach erst (Akten, Eindruck, Krankengeschichte, „Milieu“ u. dgl.) seine Entscheidung zu begründen haben. Ehe eine neue gesetzliche Regelung zutreffend die Entschädigung seelischer Unfallfolgen und evtl. seelischer Umstimmung regeln kann, wird man Unfallsneurotiker und Rentenbewerber, abgesehen von der einfachen Abschätzung der körperlichen Veränderungen und Schäden, nach Eindruck, Allgemeinbefinden, „seelischem Menschen“ beurteilen. Tunliches Einführen und Erfassen von Lebensgang, Lebenserwartungen, Lebenskampf und mögliche Einbeziehung innerer Persönlichkeitsgestaltung bzw. -umgestaltung sind unumgängliche Voraussetzung gerechter Attestierung.“

Kurt Mendel (Berlin).^{oo}

Olshausen, W.: Darf ein Rentengutachten das Rechtsempfinden des Begutachteten erschüttern? Bemerkungen zu dem Gutachten von Ober-Med.-Rat Prof. Dr. C. Klieneberger (Zittau) in Nr. 46, 1932 dieser Wschr. (Inn. Abt., Bezirkskrankenlh. Neuenbürg, Würt.) Med. Klin. 1932 II, 1786.

Wenn Klieneberger schreibt: „Bei jahrelang, wenn auch vermutlich zu Unrecht gegebener Rente nach Unfall kann Rentenentzug nicht empfohlen werden, wenn der persönliche Eindruck des Rentenempfängers Rentenentziehung als unzweckmäßig, als unberechtigt erscheinen läßt“, und ferner: „Wenn man eine 5 Jahre gewährte Dauerrente wegnehmen will, wird man das Rechtsempfinden des Rentners erschüttern“, so scheinen diese Ausführungen sehr bedenklich. Der Rentenempfänger wird fast immer einen Rentenentzug als „unzweckmäßig“ empfinden; die Zweckmäßigkeit vom Standpunkt des Rentenempfängers kann also nicht in irgendwie wesentlichem Maße zur Richtschnur unserer Entscheidung werden, ganz besonders dann nicht, wenn die Rente schon längere Zeit (einerlei ob zu Recht oder zu Unrecht) bestanden hat, denn dann hat eine weitgehende Gewöhnung nicht nur an die Krankheit, sondern auch an die Rente stattgefunden, und es wäre nach psychologischen Gesetzen fast unnatürlich, wenn der Empfänger eine Herabsetzung nicht als „unzweckmäßig“ empfände. In nicht wenigen Fällen stellt aber das „Rechtsempfinden“ lediglich den oft unbewußten Drang und Wunsch dar, das durch die Rente wirtschaftlich Erreichte als rechtmäßig möglichst zu erhalten, es deckt sich also wieder mit dem „Zweckmäßigen“. Meist ist es so, daß die Arbeitsbeschränkung vom Rentenempfänger behauptet oder geglaubt wird. Inwiefern Verpflichtungen zu weiteren Zahlungen bestehen, soll der Arzt unbedingt den zuständigen juristischen und Verwaltungsbehörden (Spruchkammern, Unfallberufsgenossenschaften usw.) überlassen und sich darauf beschränken, nach bestem Wissen und Gewissen auszusagen, daß die Beschwerden nicht mehr auf den Unfall, sondern nur noch auf falsche Vorstellungen zurückzuführen sind. (Vgl. diese Z. 21, 254.)

Kurt Mendel (Berlin).^o

Klieneberger, C.: Schlußwort. Med. Klin. 1932 II, 1786.

Fälle von Dauerrente, bei denen der Versuch der Rentenentziehung, insbesondere auch auf Grund des persönlichen Eindruckes des Rentenempfängers, unzweckmäßig und unberechtigt erscheint, sind Ausnahmen. Man soll sich allgemein bemühen, einen Eindruck über das Seelenleben des Unfallkranken, über die Einstellung eines Rentenempfängers zu seinem Unfall ein Urteil zu gewinnen. Die „Zweckmäßigkeit vom Standpunkt des Rentenempfängers“ darf die Entscheidung nicht beeinflussen.

Kurt Mendel (Berlin).^o

● **Reichardt, M.:** Die psychogenen Reaktionen, einschließlich der sogenannten Entschädigungsneurosen. Arch. f. Psychiatr. 98, 1—129 (1932) u. Berlin: Julius Springer 1932. 133 S. RM. 6.60.

Die gründliche Durcharbeitung des gutachtlich so wichtigen Gebiets der psychogenen Reaktionen durch Reichardt bringt einen sehr erwünschten Aufschluß zu Stellungnahmen, die in kürzerer Formulierung Anlaß zu manchen Kontroversen gegeben hatten. Beachtenswert ist seine Definition: Alle affektiv bedingten Störungen sind aus dem Begriff der Psychogenie ausgeschaltet, in ihr enthalten nur die suggestiv,

aus der Erwartung heraus, bedingten, mögen sie nun tendenziöser Entstehung, zweckbedingt (hysterisch) sein oder nicht (z. B. befürchtungsbedingt). Ob diese Abgrenzung ganz zweckmäßig ist, steht schon darum dahin, weil zu viele zeitliche und symptomatische Beziehungen zwischen manchen Schreckreaktionen (Schreckzittern) und späteren etwa tendenzbedingten Fixierungen bestehen; jedenfalls ist die Abgrenzung R.s eindeutig. Es folgt dann eine genaue Schilderung der Symptome psychogener Erscheinungen, der hysterischen Reaktion, der Simulation, des Krankheitswerts psychogener Reaktionen, ihrer Anlässe, Vorkommen, Symptomgestaltung, Diagnose und Behandlung, darin ein Kapitel über die Entschädigungsreaktionen und wichtige Angaben über die Begutachtung. Es ist nicht möglich, auf viele Einzelheiten der inhaltsreichen Arbeit einzugehen, die jeder gutachtlich Interessierte im Original lesen sollte, nur soviel kann hier vermerkt werden: Die grundsätzlichen Lehren des Verf. können heute ohne weiteres in die Praxis von jedem Gutachter übernommen werden, und es ist ein besonderer Vorzug der Arbeit, daß die Irrlehre bekämpft wird, als ob mit den Entschädigungsreaktionen das Gebiet der Neurose erschöpft wäre und ebenso daß nicht Entschädigungsreaktion und Übertreibung zusammenfallen. Aber trotz der pathogenetischen Mannigfaltigkeit der Entschädigungsreaktionen handelt es sich nicht um Unfallfolgen in gesetzlichem Sinne. Wirkliche Unfallneurosen im Sinne von Schreckreaktionen und vegetativen Störungen kommen wohl vor, haben aber eine günstige Prognose und gehen rasch wieder zurück.

F. Stern (Kassel).

Vauk, Otto: Gedanken zur Unfallneurose. (*Nervenheilanst. Bergmannswohl, Schkeuditz.*) Mschr. Unfallheilk. 40, 226—229 (1933).

Unfallneurosen sind nach Unfällen zu beobachtende Leidenszustände, die sich als frei von jeglichen organischen Grundlagen erweisen und, auch wenn sie sich in körperlichen Störungen offenbaren, doch ausschließlich seelisch bedingt, dabei häufig anlagemäßig vorbereitet sind. Man muß mit dem Hinweis auf abartige Anlagen, der die Dinge kaum befriedigend klärt oder erklärt, vorsichtig sein. Die Verhältnisse liegen nicht so einfach, wie man nach den vorwiegend theoretischen Arbeiten über die Unfallneurose annehmen möchte. Gewöhnlich entwickeln sich die unfallneurotischen Erscheinungen neben Störungen, deren organische Grundlagen direkt faßbar oder wenigstens — z. B. bei Hirnerschütterungsfolgen — zu mutmaßen sind; sie können diese Störungen in den Hintergrund drängen, schließlich vollständig ablösen, dabei deren äußere Form beibehalten. Die Entscheidung, ob der Unfall jetzt noch als Ursache des Zustandes zu gelten habe, ist dann oft schwierig, manchmal überhaupt nicht zu treffen. „Daß der Unfallneurotiker überhaupt nicht gesund werden wollte, ist eine Behauptung, mit der ihre Verbreiter bis heute noch beweisfällig geblieben sind und wohl auch stets bleiben werden. Er will gesund werden um einen Preis, den er nicht erhalten kann und darf, er ist auf einem falschen Wege wie jeder andere Neurotiker auch, und deshalb auch krank, wenn auch nicht in einem durch pathologisch-anatomische oder sozialökonomische Erwägungen diesem Worte unterlegten engen Sinne. Mit der Anerkennung der Unfallneurose als Krankheit beantwortet sich die Frage nach ihrer Behandlungsbedürftigkeit eigentlich von selbst. Zu wünschen wäre Behandlung in jedem Falle. . . . Durchgeführt wird sie schon oft bereits im Rahmen des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens mit gelegentlich sogar recht gutem Erfolge.“

Klähneberger (Königsberg i. Pr.).

Meier-Blaauw, Ruth: Zur Genese der Rentenneurose. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Breslau.*) Allg. Z. Psychiatr. 99, 323—343 (1933).

Konstitutionell werden unter den Neurotikern am häufigsten 4 Typen angetroffen: Psychastheniker, Hypochondrische, Hysteriker und querulatorisch Paranoide. Die Arbeit fußt auf „wahlos zusammengestellten“ 100 Fällen, 71 Männer, 29 Frauen, aus den letzten 2 Jahren. Das Hauptkontingent liegt bei Männern zwischen 30—40, bei Frauen zwischen 20—30 Jahren. Bei den ungelerten Arbeitern kommen viel KBD., bei den gelerten fast ausschließlich Unfallsansprüche vor. Auch bei Beamten, selbständigen Landwirten und sonst selbständig Berufstätigen sind auffallend viele KBD.-Ansprüche vertreten. Die hohe Zahl der zu pensionierenden Frauen beruht bei dem vorliegenden Material darauf, daß es sich vorwiegend um Telefonassistentinnen handelt, die (vgl. Stier) zu Unfallneurosen neigen. Dysplastiker erkranken an Rentenneurose sehr viel häufiger als Pykniker; sie umfassen 43%. Nach ihnen kommen Astheniker, 31%. Unterdurchschnittlich begabt waren 54% Männer, 63% Frauen. Alle unter-

suchten Deblen wiesen Zittern und Pseudodemenz auf; aber auch durchschnittlich Begabte produzierten in einem geringen Prozentsatz Pseudodemenz. Alle 100 Fälle waren vor ihrer neurotischen Reaktion seelisch nach irgendeiner Richtung auffällig gewesen; 8, darunter 1 Frau, zuvor kriminell. Als haltlose Psychopathen erwiesen sich 14%, als autistisch und egoistisch 18%, als depressiv-hypochondrisch 26%, als ausgesprochen querulatorisch 6%, als rein paranoid 2%, als hysterisch 12% (8 Männer, 4 Frauen), als reizbar, epileptoid 9%, als psychasthenisch 13%. Paranoide Züge in geringem Ausmaß waren in einem weit höheren Prozentsatz nachweisbar. Die Depressiv-Hypochondrischen neigen in weit höherem Maße zu lokalen Reaktionen als alle übrigen, die allgemeine Reaktionen zeigen. Bei den vorliegenden Fällen konnten nur 61% befriedigend geklärt werden, infolge der Abneigung der Neurotiker, den wahren Sachverhalt, so weit er ihnen selbst zugänglich ist, deutlich zu machen, da sie ja allen Anlaß haben, ausschließlich die anderen Momente zu betonen. Die bisherigen Ausführungen werden durch 6 eingehend dargestellte Fälle illustriert. „Die wenigen durchgeführten Einzelanalysen zeigen, daß dem Rentenbegehren als solchem vielfach nur eine bescheidene Rolle zukommt.“ „Hinter der scheinbar geschlossenen und klar durchsichtigen Fassade des Rentenkampfes verbirgt sich in sehr vielen Fällen die gesamte Fülle leidvollen menschlichen Versagens. Das spezifisch Renten-neurotische ist dann nichts mehr als die Uniform, welche die darin verborgenen ganz verschiedenartigen Menschen rein äußerlich einander ähnlich macht.“ „Diese unsere Betrachtungen treffen natürlich nicht zu auf die anwachsende Schar jener Rentenjäger, die nicht mehr als neurotisch bezeichnet werden können, sondern die einfache klare Schwindler sind und geradlinig auf wirtschaftliche Vorteile abzielen.“ „Daß zu solchen Einstellungen heute in den Zeiten schlimmster wirtschaftlicher Not auch ethisch höher stehende, ordentliche Menschen getrieben werden, meist unter dem Einfluß ihrer Umgebung oder dem durchsichtigen und erfolgreichen Rentengewinn von guten Freunden und Nachbarn, das kann nicht fraglich sein.“ Diese Schwindler, aus Fahrlässigkeit oder Not, sind hier nicht berücksichtigt worden; bei ihnen dürfte nicht von Rentenneurosen, sondern von „Rentenverlangen“ gesprochen werden. „Je mehr man aber die einfachen Schwindler aus dem Kreis der Betrachtungen ausschaltet, um so mehr wird die Rentenneurose zu einer vielgestaltigen Mannigfaltigkeit gewöhnlicher Neurosen, in denen das Rentenbegehren zu einer mehr oder weniger bescheidenen Rolle herabsinkt.“

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

Clausen: Netzhautablösung und Unfall. (36. Tag. d. Vereinig. Mitteldtsch. Augenärzte, Leipzig, Sitzg. v. 26.—27. XI. 1932.) *Klin. Mbl. Augenheilk.* 90, 250—256 (1933).

Die allgemeine Anerkennung der ursächlichen Bedeutung des Netzhautrisses für die Entstehung und Entwicklung einer Ablatio muß konsequenterweise zu einer Revision des Standpunktes zu der Frage der ursächlichen Bedeutung eines Unfalles für die Entstehung einer Netzhautablösung führen. Netzhautabhebungen, die im Anschluß an perforierende Bulbusverletzungen auftreten, sind, selbst wenn sie erst nach vielen Jahren in Erscheinung treten, als Unfallspätfolge anzusehen. Sehr schwierig wird die Begutachtung unter Umständen, wenn eine perforierende Verletzung oder eine schwere Kontusion des Augapfels selbst der Netzhautablösung nicht vorausgegangen ist. Wenn man sieht, durch welche geringen Anlässe manchmal ein Netzhautriß verursacht werden kann, dann wird man auch Prellungen und Stöße gegen den Kopf und vor allem gegen die Umgebung des Auges als auslösendes Moment der Netzhautablösung mehr als bisher würdigen müssen. Wir wissen heute, daß starke allgemeine Erschütterungen des Gesamtkörpers sowie schwere körperliche Anstrengungen durch Veränderungen des Glaskörpers auf der einen Seite und durch Veränderungen des Blutgehaltes der Aderhaut auf der andern Seite in disponierten Augen unschwer zur Loch- und Rißbildung in der Netzhaut und damit zur Netzhautablösung führen können. Der zeitliche Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Netzhautablösung und dem Unfallereignis muß, wenn der Unfall anerkannt werden soll, einigermaßen gewahrt

sein. Vortragender glaubt nicht, daß man aus der Lage des Risses Schlüsse auf seine spontane oder traumatische Entstehung ziehen kann. Die je nach Lagerung des Falles für die Begutachtung auftretenden Schwierigkeiten werden durch Anführung einer Reihe von Fällen gut illustriert.

Reichling (Berlin).^o

Deslaur, Louis: Valeur de Phémoculture en cas d'embolie microbienne. Un intéressant arrêt de la cour de Rennes. (Die Bedeutung der Blutkulturen bei Bakterienembolie. Ein interessanter Entscheid des Gerichtshofes von Rennes.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 8. V. 1933.*) Ann. Méd. lég. etc. **13**, 393—400 (1933).

Bei einem 48jährigen Mann entwickelt sich nach einer Stichverletzung eine Vorderarmphlegmone und 19 Tage danach (trotz chirurgischer Intervention und Fieberabfall) eine fieberhafte eitrige Otitis mit nachfolgender tödlicher Meningitis. Die Versicherung und die erste Instanz hatten einen Zusammenhang zwischen Phlegmone und Otitis abgelehnt, weil eine Blutkultur 2 Tage nach Auftreten der Ohrensymptome steril blieb.

Gestützt auf ein Gutachten von 3 Experten hat der Appellationsgerichtshof von Rennes jedoch diesen Zusammenhang anerkannt mit der Begründung, daß eine Blutkultur nur Beweiskraft hat, wenn sie positiv ausfällt. Bleibt sie, wie im vorliegenden Falle, steril, so sind die klinischen Erscheinungen maßgebend, deren unmittelbares Aufeinanderfolgen anschaulich ist.

Eisner (Basel).

Lestienne, Jean: Des accidents labyrinthiques chez les ouvriers de chantiers de travaux à l'air comprimé. Maladie des caissons. (Labyrinthstörungen bei Werftarbeitern, die in verdichteter Luft arbeiten. Caissonkrankheit.) (*Hôp. de la Pitié, Paris.*) Ann. d'Oto-Laryng. Nr 2, 200—217 (1933).

Es werden ausführlich 3 Fälle mitgeteilt, die nach dem Ausschleusen Hör- und Gleichgewichtsstörungen aufwiesen, die einestils wieder zurückgingen, andernteils mehr oder weniger bestehen blieben. Anschließend Erörterungen über das Zustandekommen der Störungen — hydraulische Theorie, Theorie der Gasembolie — und die Prognose.

Grahe (Frankfurt a. M.).^o

● **Grünbaum, Franz: Die soziale Bedeutung und Beurteilung der Kreislaufkrankungen.** (Arbeit u. Gesundheit. Hrsg. v. Martineck. H. 21.) Leipzig: Georg Thieme 1933. 128 S. u. 20 Abb. RM. 4.50.

Statistisches: Der ständige Anstieg der Mortalität an Herzkrankheiten im Gegensatz zur Abnahme der Mortalität an Lungentuberkulose und der Gesamtsterblichkeit beruht zum wesentlichen Teil auf der Verschiebung des Altersaufbaues der Bevölkerung. Im 20. bis 40. Lebensjahr überwiegt ätiologisch der Gelenkrheumatismus, in der Mitte des Lebens die Lues, im Alter zunehmend die Arteriosklerose. Bei Klappenfehlern findet Verf. als Ursache die Polyarthritiden in 41,7% der Fälle (andere Autoren 47,8—64,3%), alle übrigen Infektionskrankheiten — darunter im Material des Verf. besonders viele Wundererungen — in 14,1% (6,8—12,5%), die Arteriosklerose in 24,8% (3,7—13,7%), die Lues in 7,7% (bis 18%), unbekannte Ursachen in 11,7% der Fälle. Berücksichtigt man indessen das Lebensalter der Kranken, so finden sich beträchtlich abweichende Ziffern. — Etwa 75% der rheumatisch Herzklappenkranken haben nicht länger als 25 Jahre nach der Entstehung des Klappenfehlers zu leben, etwa 77% werden nicht über 45 Jahre alt. Die Lebensdauer der huisch Kreislaufkranken beträgt mindestens 30 Jahre, vielleicht mehr, vom Infekt an gerechnet. Ein Erfolg ursächlicher Bekämpfungsmaßnahmen ist statistisch nicht nachzuweisen (Tonsillektomie, Bekämpfung der Zahnsepsis usw.). — Bei der Beurteilung der Herzkrankheiten ist die Beachtung der Leistungsfähigkeit des Herzens am wichtigsten. Bei der Einschätzung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist es bei Kreislaufkranken zweckmäßig, nur einige wenige Stufen für die Beurteilung der Erwerbsminderung zu gebrauchen (30, 50, 70, 100%); denn es fehlen soweit ins einzelne gehende Unterlagen, um feinere Unterscheidungen um etwa 10% zu treffen. Bei Bewertung der Herzmaße sei man sich der konstitutionellen Besonderheiten bewußt. So ist das „kleine Herz“ (unter 12 cm Transversaldurchmesser) nur begrenzt leistungsfähig. Erkrankt es myokarditisch, kann es Form und Größe des normalen Herzens haben, ist dann aber erst recht leistungsbeschränkt. Die Herzhypertrophie der Handarbeiter bedingt im Gegensatz zu den beim Sportherzen häufigeren Erschöpfungszuständen im allgemeinen keine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, desgleichen nicht der gastrokardiale Symptomenkomplex (Roemheld) herzgesunder Nervöser und die Hypertrophie der Wein- und Biertrinker, so lange Myokardschädigungen fehlen. Aus der Herzgröße läßt sich also nicht ohne weiteres ein Schluß auf die Funktion ziehen; allerdings wird ein Herz mit über 18 cm Transversaldurchmesser etwa stets dekompensiert sein. Wichtiger sind Beachtung der Form und des Tonus des Herzens. — Ein weniger als 10 Jahre bestehender Klappenfehler ist mit großer Vorsicht zu beurteilen, weil die weitere Entwicklung der Leistungsfähigkeit noch nicht

genügend sicher zu übersehen ist. Praktisch voll leistungsfähig ist ein Herz mit Geräusch, aber wenig veränderter Form und Größe, doch können nach 25—30-jähriger Kompensation Insuffizienzerscheinungen eintreten. Eine E.M. von 30—50% besteht bei Menschen jugendlichen oder mittleren Alters ohne Dekompensationserscheinungen mit Veränderung von Herzform und -größe mittleren Grades, auch wenn gelegentlich bei großen Anstrengungen ganz geringe Zeichen von Insuffizienz eintreten. Bei Dyspnoe im täglichen Leben oder bei anderen Insuffizienzerscheinungen nach größerer Anstrengung (Schmerz in der Lebergegend, abends Knöchelödem) wird, wenn Berufswechsel nicht möglich, Invalidisierung nötig sein. — Bei der Mitralstenose ist bei sonst noch gutem A.Z. beim Auftreten pulmonaler Stase eine E.M. von 50—70% anzunehmen. — Beim blassen Hochdruck ist eine Nierenerkrankung mehr oder weniger ausgesprochen nachweisbar. Die Prognose ist ungünstig. Beim roten Hochdruck fehlen Nierenerscheinungen — es sei denn als Stauungserscheinungen, die mit der Kompensation schwinden —, der Blutdruck schwankt oft beträchtlich, kann morgens normal, abends und nach Anstrengungen 200 mm und mehr betragen. Die Prognose ist relativ günstig, erst im Laufe eines Jahrzehntes und mehr kommt es zum Versagen der Herzkraft. — Bei Abwesenheit von Nierenerscheinungen ist festzustellen, ob der Druck in der Höhe fixiert oder labil ist durch Ruhe (evtl. unter klinischer Beobachtung) oder Eingeben eines Nitrits. — Bei fixiertem Hochdruck wird je nach Höhe des Druckes und Alter die E.M. auf 30—50% anzunehmen sein. — Arrhythmien sind durch Elektrokardiogramm zu klären. Ventrikuläre Extrasystolen dürften nur bei Schwerarbeitern durch Verminderung des Gesundheitsgefühles E.M. bedingen. Aurikuläre Extrasystolen sind verdächtig auf Myokardschädigung. Absolute Arrhythmien können bei schonsamer Lebensweise jahrzehntelang ohne Insuffizienzerscheinungen bestehen mit nicht oder wenig veränderter Herzform und -größe. Menschen mit körperlich anstrengendem Beruf sind meist invalide. Dasselbe gilt erst recht vom Herzblock. Auch die paroxysmale Tachykardie mit hoher Ventrikelfrequenz von 150 und mehr Pulsen beeinträchtigt die Leistungsfähigkeit außerordentlich, kann sogar lebensbedrohlich werden. — Als Herzneurosen sollten nach Matthes nur Störungen des Herzens, die psychisch bedingt sind, bezeichnet werden. Das Herz muß organisch gesund und leistungsfähig sein. Es ist nicht mehr und nicht weniger gefährdet als das gesunde Herz. — Für die Entstehung arteriosklerotischer Kreislaufveränderungen sind ständige nervöse Belastung, Sorge, gehetztes Arbeiten usw. wahrscheinlich von Bedeutung. Völlig unsicher ist aber der Einfluß einmaliger seelischer Ereignisse (Unfall), der nur in Ausnahmefällen anzuerkennen ist. Es dürfen vorher keine Zeichen von Arteriosklerose vorhanden gewesen sein, andere Ursachen müssen sicher auszuschließen sein (Alkohol, Lues, Nephritis, Diabetes), die Krankheit muß sich vor dem üblichen Alter einstellen innerhalb einer Frist von 1—2 Jahren nach dem Unfall, etwaige nervöse Kreislaufstörungen müssen erheblich sein. Je jünger der Betroffene ist, desto eher wird der Zusammenhang anzunehmen sein. — Bei der Angina pectoris, von der die bei Schonung prognostisch etwas günstigere Coronarthrombose durch Elektrokardiogramm, leichte Temperaturen und geringe Leukocytose kurz nach dem Anfall evtl. abzugrenzen ist, sind Handarbeiter natürlich zu invalidisieren. — Herzschrägung durch Trauma wird am häufigsten bedingt durch Myokardschädigung oder Aortenklappendefekt (schweres Heben, Erschütterung des Brustkorbes). Zur Anerkennung des Zusammenhangs muß der Kranke vorher sicher gesund gewesen sein, der Unfall muß feststehen, die Erscheinungen müssen sich unmittelbar oder binnen kurzer Frist an den Unfall anschließen. Rein funktionelle Störungen nach Unfall sind ähnlich der Herzneurose zu beurteilen. — Bei langdauernden Eiterungen als Unfallfolge muß evtl. noch nach Jahren ein sich entwickelnder Herzfehler als Unfallfolge anerkannt werden. Bei schon bestehendem Herzfehler ist ein im Anschluß an eine einmalige Überanstrengung oder schwere Erschütterung des Brustkorbes auftretende Dekompensierung evtl. anzuerkennen. Da das erstmalig dekompensierte Herz erfahrungsgemäß viel leichter erneut dekompensiert, der Ablauf der Krankheit durch die erstmalige Dekompensierung oft entscheidend ungünstig beeinflusst wird, sind sämtliche weiteren Folgen oft (z. B. als K.D.B.) anzuerkennen. — Für Baderkuren sind ungeeignet vollkompensierte Kranke, die praktisch gesund sind, und schwer Dekompensierte, Fiebernde. Geeignet sind Kranke mit leichten und mittleren Graden der Herzinsuffizienz, gleichgültig welcher Entstehung. Die Sanatoriumsbehandlung in Badeorten mit der spezialistischen Einstellung von Arzt, Schwester, Diät, Hausordnung usw. ist aber auch für Schwerkranke empfehlenswert. Trinker und Kriminelle müssen, selbst wenn sie organisch krank sind, im allgemeinen von Kuren ausgeschlossen werden. — Der sozialen Fürsorge für Kreislaufkranke sollte in Deutschland durch die vorhandenen organisatorischen Einrichtungen hinsichtlich Verhütung oder Verschlimmerung der Herzkrankheiten erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden: Bekämpfung der Infektionskrankheiten bei den Schulkindern, der Geschlechtskrankheiten, des Alkoholismus. Das Herzkomitee der Tuberkulose- und Gesundheitsgesellschaft in New York versucht, neben Aufklärungsschriften Herzranke ähnlich wie Tuberkulose in besonderen Fürsorgebetrieben zu beschäftigen. — Bei der Einschätzung der Berufsfähigkeit sollten in der Berufsfürsorge Prozentzahlen vermieden und die Art der möglichen Beschäftigung (sehr leichte, leichte, mittelschwere, schwere, stehend oder sitzend) näher umschrieben werden. — Die

ärztliche Beurteilung bei der Frage der Kapitalabfindung soll die Besserung der Lebensaussichten bei Ruhigstellung des Kranken berücksichtigen. Dem plötzlichen Herztod kommt bei erkannten Kreislaufkranken praktisch keine entscheidende Bedeutung zu.

Heidemann (Marburg a. d. Lahn).

● **Schilling, Victor: Blut und Trauma. Praktische und gutachtliche Anwendung der Blutuntersuchungen auf dem Gebiete der Unfall-, Gewerbe-, Versicherungs- und Versorgungsmedizin.** Jena: Gustav Fischer 1932. VII, 196 S. u. 16 Abb. RM. 10.—

Diese Monographie entspricht entschieden einem Bedürfnis. Die Bedeutung der Blutuntersuchung für die Beurteilung unklarer Krankheitsbilder ist zwar allbekannt. In der begutachtenden Praxis wird aber noch oft viel zu spät an sie gedacht, die Diagnose deshalb verzögert, die Beurteilung irreführend, die sichere Unterlage für die Entscheidung, ob vorausbestehendes, verursachtes, verschlimmertes Leiden vorliegt, versäumt. Die Handbücher der internen Unfallmedizin können nicht alle wichtigen Einzelheiten berühren. Es ist deshalb sehr verdienstvoll, daß ein Spezialist seine große praktische Gutachtererfahrung hier im Rahmen des neuesten Standes der Hämatologie allen Beteiligten zugänglich macht. Pathologie, Klinik, Technik werden vom Gesichtspunkt der Begutachtung dargelegt, praktische Beispiele nach Gutachten reichlich gegeben. Einige typische Befunde sind durch Abbildungen erläutert. Sehr eingehend werden die praktisch wichtigeren toxischen und aktinotoxischen Blutveränderungen geschildert, in ausgezeichneter knapper Übersicht die umstrittene Frage der traumatischen Leukämie, Trauma und perniziöse Anämie erörtert, hier die neuere Auffassung des auch nach längerem Intervall möglichen Zusammenhanges begründet. Die mit reichlichen Literaturnachweisen und Inhaltsverzeichnis versehene, elegant ausgestattete Schrift gehört in die Handbücherei jedes Gutachters, der über die zum Teil sehr schwierigen Fragen wenigstens unterrichtet sein muß, wenn auch die endgültige Beurteilung häufig dem Fachmann obliegen wird. *P. Fraenckel* (Berlin).

Gronwald, G.: Über Spätfolgen nach Herzmuskel- und Coronargefäßverletzungen. (*Chir. Abt., Städt. Krankenh., Danzig.*) Arch. klin. Chir. **174**, 249—280 (1933).

Nachuntersuchungen von 7 Fällen von Herzmuskelnahnt aus den letzten 7 Jahren bestätigen die günstigen Resultate anderer Untersucher. Die Prognose ist nicht unbedingt abhängig vom Sitz der Verletzung, von der Art des Operationsverfahrens, von postoperativen Komplikationen, zumal Aneurysmen oder sekundäre Blutungen selten und auch die Verletzungen der Coronargefäße vielfach gut auslaufen (59 Fälle des Schrifttums mit etwa 44% Heilungen). Die Mortalität der Herznaht beträgt etwa 50%. Die geheilten Fälle zeigen gute Leistungsfähigkeit. Da nur in 4% der verstorbenen Verletzungsfälle histologische Ergebnisse vorliegen, teilt der Verf. einen eigenen Fall mit:

21jähriger Mann mit 2 cm großer Stichwunde in der Vorderwand des linken Ventrikels am Abgang des linken Zweigastes des Ramus descendens der Coronaria sin., der schräg die Muskulatur vor der Scheidewand durchsetzt und in einem kleinen Loch des rechten Ventrikels endet und daher venöses Blut austreten ließ. 15 Tage nach der Naht guter Zustand ohne Beschwerden, aber Verbreiterung der Herzgrenzen nach beiden Seiten und lautes Geräusch. Am 26. Tage Exitus, plötzlich durch Hirnembolie, als deren Ausgang sich ein durch die Verletzung des genannten Coronarastes verursachtes Aneurysma nahe über der Herzspitze mit einem in Resorption begriffenen anämischen Infarkt fand.

Wenn auch die Kreislaufunterbrechung in diesen Coronarästen häufig gut abläuft — im Gegensatz zum Stamm der Coronaria sin., deren Verletzung stets unmittelbar tödlich ist —, so ist ihre Prognose doch nur günstig bei guter Herzkraft und sonst gesunden Kranzarterien, die aber nach Moenckeberg schon Ende des 2. Lebensjahrzehnts vielfach arteriosklerotisch verändert sind. Bei Herzoperationen soll man daher sie möglichst schonen. *Sievers* (Leipzig).°°

Kohn, Hans: Angina pectoris durch Unfall. Mschr. Unfallheilk. **40**, 122—129 (1933).

Bei einem vorher an Coronarsklerose leidenden Angestellten trat infolge eines Autounfalles ein Anfall von Herzinfarkt auf, der bei dem vorher voll arbeitsfähigen Mann die Symptome einer Herzkrankheit hervorrief. Der Kranke erlag einem 2. Anfall, der nach etwa 3 Monaten

auftrat. Im Zusammenhang mit der Frage der Hinterbliebenenentschädigung begründet Verf. eingehend die Stellungnahme in seinem Gutachten, daß die Coronarsklerose zwar eine Disposition zur Angina pectoris darstellte, daß aber erst durch den Unfall, bei dem der Kranke mit der Brust gegen den Vordersitz geschleudert wurde, die Disposition zur Krankheit führte und daß sowohl bei der anatomischen wie bei der klinischen Betrachtungsweise die zum Tode führende Krankheit mit einer an Gewißheit grenzenden Wahrscheinlichkeit in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfall stand. Das Gericht entschied zugunsten der Hinterbliebenen.

Adolf Schott (Bad Nauheim).^{oo}

Klusmann, Theodor: Berichtigungsbescheid nach § 6 Abs. 2 Verfahrensgesetz und Lungentuberkulose. Ärztl. Sachverst.ztg 39, 57—61 (1933).

Im Laufe der seit Kriegsende vergangener Jahre haben sich häufig Unstimmigkeiten in der Anerkennung von Dienstbeschädigungen (D.B.) ergeben; das Versorgungsgesetz bietet die Handhabe dazu, Bescheide, die sich im Laufe der Zeit als zweifellos falsch erwiesen haben, richtigzustellen. Bei D.B. wegen Lungentuberkulose ist von Wichtigkeit die Feststellung, ob es sich um D.B. im Sinne der Entstehung oder im Sinne der Verschlimmerung einer schon bestehenden Erkrankung handelt. Findet sich in der Vorgeschichte eines an Lungentuberkulose Erkrankten eine Pleuritis, so bedarf die Natur der letzteren einer besonderen Würdigung. Erfahrungsgemäß handelt es sich in den allermeisten Fällen von Pleuritis um ein tuberkulöses Geschehen; eine Pleuritis kann nur dann als nichttuberkulös angesehen werden, wenn sie im Gefolge einer anderen, einwandfrei festgestellten Erkrankung, z. B. einer Sepsis, auftritt. Für die sog. idiopathische Pleuritis ist nach dem derzeitigen Stande der medizinischen Wissenschaft kein Platz mehr; sie ist so gut wie immer tuberkulöser Natur. *Eisenlauer.*^o

Biasi, di: Zur Begutachtung der Silikose. (*Krankenh. Bergmannsheil, Bochum.*) (VII. Jahrestag. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Bochum, Sitzg. v. 3.—4. IX. 1932.) Arch. orthop. Chir. 32, 621—626 (1933).

Verf. hat auf Grund von über 1600 Leichenöffnungen von Staublungenfällen (davon 900 = 54% schwere Fälle) besondere Erfahrung auf dem Gebiete der Staublungenbegutachtung gewonnen. Wenn die Silikose nach allen Erwägungen als die Todesursache angesehen werden muß, dann ist die Staublunge „schwer“ gewesen, denn eine zum Tode führende Krankheit ist schwer. Auf die Größe der silikotischen Schwielen kommt es dabei nicht in erster Linie an. Schwieriger ist die Sachlage, wenn noch eine andere Krankheit als Todesursache in Frage kommt; wesentlich ist dabei die Hypertrophie des rechten Herzens, wenn diese auf keine andere Ursache als die Silikose zurückgeführt werden kann; unter Umständen ist die Klinik hierbei zur Beurteilung mit heranzuziehen (zunehmende Atemnot zum Beispiel). Chronische Bronchitis und sich ihr anschließende Herdpneumonie sind häufig Begleiterscheinungen der Silikose. Ist die Silikose durch Tuberkulose kompliziert, so treten entweder neben den rein silikotischen Veränderungen gewöhnliche tuberkulöse auf oder beide Krankheitsprozesse sind innig miteinander verflochten (Tuberkulosilikose); in den meisten Fällen trifft man allerdings alle 3 Prozesse nebeneinander an. Frische tuberkulöse Veränderungen, und zwar käsigenpneumonische treten besonders dann auf, wenn in größeren silikotischen Schwielen sich Zerfallsvorgänge abspielen. Die tuberkulosilikotischen Bezirke sind meist Schwielenbildungen mit marmorierter Schnittfläche mit eingestreuten grauweißlichen zähen oder graugelben, zum Teil käsigen Herdchen. Bei nicht eindeutig schwerer Silikose ist die Frage oft nicht sicher zu beantworten, ob die Silikose die Tuberkulose begünstigt hat und deswegen als schwer zu bezeichnen ist; mit zunehmender Silikose pflegt auch die Häufigkeit der Tuberkulose zuzunehmen. Wenn eine früher bestehende Tuberkulose sich nicht einwandfrei nachweisen läßt, sondern sich nur tuberkulosilikotische Schwielen finden, und zwar in einer Ausdehnung, die als schwer zu bezeichnen ist, so liegt eine entschädigungspflichtige Tuberkulosilikose vor. *Ickert* (Stettin).^o

Reichmann: Zur Begutachtung der Silikose mit Demonstration von Röntgenbildern. (*Inn. Abt., Krankenh. Bergmannsheil, Bochum.*) (VII. Jahrestag. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Bochum, Sitzg. v. 3.—4. IX. 1932.) Arch. orthop. Chir. 32, 616—621 (1933).

Bei jeder Begutachtung ist zunächst festzustellen, ob überhaupt die Möglichkeit zur Einatmung freier Kieselsäure (SiO₂) bestand. „Je reiner die SiO₂, desto gefährlicher ist sie, und ferner, desto deutlicher und schärfer heben sich die silikotischen Verände-

rungen im Röntgenbilde ab.“ Einatmung eines kieselsäurefreien Staubes macht aus einer noch leichteren Staublung keine schwere. Tritt gleichwohl eine Verschlimmerung ein, so ist diese natürliche Ablaufsfolge der schon vorhandenen Silikose. Bezüglich der Stadieneinteilung unterscheidet Verf. nur zwischen leichter und schwerer Silikose; erstere ist röntgenologisch charakterisiert durch kleinfleckige, körnerförmige Trübungen, letztere ist das großschwierige oder knotenförmige Stadium; klinische Erscheinungen macht nach Verf. nur das letztgenannte Stadium. Schwere Silikose ist in 70% der Fälle mit Tuberkulose vergesellschaftet, wobei diese meist recht chronisch verläuft. Die Tuberkulose kann unabhängig von der (meist leichten) Silikose verlaufen, in Fällen gegenseitiger Abhängigkeit beider Leiden überschreiten die indurativen Vorgänge das bei einfacher Tuberkulose zu erwartende Ausmaß. Im Röntgenbild ist dem einzelnen Herd nicht anzusehen, ob er tuberkulöser oder silikotischer Natur ist. „Starke Asymmetrie der Veränderungen“, „reihenweise angeordnete und zum Hilus gerichtete Knötchen“, Spitzenknoten, hochgradige einseitige Schrumpfungen, einseitig lokalisierte große Schatten, große Hiluslymphdrüsenpakete, rasche Verschlechterung des Lungenröntgenbefundes sind Zeichen einer Tuberkulose; für Silikose sprechen „unregelmäßige, gesetzlose Lagerung der Knötchen, Freibleiben der Spitzen, gezipfeltes Zwerchfell, Stränge von den Knoten zu diesen Zwerchfellzipfeln, symmetrische Schrumpfungerscheinungen mit leichter Verziehung des Mediastinums nach einer Seite, Hochziehung des Mediastinums mitsamt des Herzens“. Bei Kombination mit Tuberkulose kann von einer Entschädigungspflicht nur dann gesprochen werden, wenn die Silikose für sich allein zumindest einen Grenzfall zwischen leichter und schwerer Form darstellt. Ein die Silikose begleitendes Asthma ist wahrscheinlich Folge der Einatmung einer andersartigen Staubsorte. Gleichmäßig über beide Lungen verbreitetes Emphysem ist keine Silikosefolge; bei Silikose grenzt das oft hochgradige Emphysem an die Schrumpfungszonen an. Die Prüfung der Vitalkapazität wird besser durch je eine Röntgenaufnahme in In- und Expiration ersetzt.

Saupe (Dresden).^o

Landau, Walter: Über Staublungerkrankungen bei Putzern. (Städt. Tbk.-Fürsorgestelle, Magdeburg.) Arch. Gewerbepath. 3, 412—417 (1932).

Verf. berichtet über eine Anzahl von Staublungen mittleren bis schweren Grades, großenteils mit offener progredienter Tuberkulose verbunden, die sich bei Gußputzern, meist Stahlgußputzern, vorfinden. Es handelt sich dabei um das Material der Tuberkulosefürsorgestelle Magdeburg, also nur um Leute, die sich bereits krank fühlten. Verf. folgert, daß schwere Fälle von Silikose bei Gußputzern recht häufig seien. Mangels Angaben statistischer Vergleichszahlen lassen sich nach Ansicht des Ref. kaum Schlüsse ziehen.

Holtzmann (Karlsruhe).^{oo}

Landau, Walter: Über Staublungerkrankungen bei Gußputzern. II. Mitt. (Städt. Tbk.-Fürsorgestelle, Magdeburg.) Arch. Gewerbepath. 4, 515—523 (1933).

Verf. fand Staublungerkrankung bei Gußputzern in 69% der 126 Untersuchten, vorwiegend bei Stahlgußputzern, im Gegensatz zu den nur halb so stark gefährdeten Eisengußputzern. Auch betreffen die Fälle offener Tbc. und die Todesfälle durch Lungenkrankheiten überhaupt überwiegend die Stahlputzer. Als besonders gefährlich für die Entstehung der Staublungen gilt allgemein die freie Kieselsäure. Der Formsand enthält im ganzen etwa 80% Kieselsäure, während der Anteil beim Stahlguß auf 90—95% steigt, wobei noch verkleinerte Chamotte der Formmasse beigefügt ist. Der Eisengußputzer entfernt die feinen Formsandreste an kleinen Stücken im gut ummantelten Sandstrahlgebläse, während beim Stahlguß die Entfernung des Formsandtes fast ausschließlich mit dem durch Hand bedienten Preßlufthammer erfolgt, da der Formsand hier tiefer eingebrannt war und deshalb fester haftet. Aus diesen Momenten glaubt Verf. die höhere Gefährdung der Stahlgußputzer erklären zu können. (Vgl. vorsteh. Ref.)

Holtzmann (Karlsruhe).^o

Scheidemantel, Friedrich: Rasehe Entwicklung von latenter zu schwerer Silikose. (Durch Zusatztuberkulose bedingt und Exhumierung bestätigt.) (Beobachtungsstelle, Landesversicherungsanst. Mittelfranken, Nürnberg.) Z. Tbk. 67, 241—246 (1933).

Die Erkrankung eines 48jährigen Steinhauers begann unter dem Bilde einer fibrös-indurativen Tuberkulose in beiden Spitzenoberfeldern und mit größeren Herden links neben dem Herzrand. Einige Zeit später kam es zur Kavernisierung im linken Unterfeld und anscheinend zu grober Streuung im rechten Ober- und Mittelfeld. 2 Jahre nach Beginn des Leidens wurde Silikotuberkulose erkannt. Bei der Sektion nach Exhumierung fand sich eine ausgesprochene Staublunge mit Emphysem und Bronchiallumenerweiterungen sowie Kavernenbildung im linken Unterlappen. Als Todesursache wurde die schwere Staublunge angesehen. Verf. deutet den Fall heute so, daß aus einer latenten Silikose durch Hinzutreten einer ziemlich akut einsetzenden Tuberkulose im linken Unterlappen im Verlaufe von etwa $2\frac{1}{2}$ Jahren eine schwere Staublungenerkrankung wurde. Angesichts des in manchen Fällen versagenden Röntgenbildes ist zur versicherungsrechtlichen Entscheidung in Streitfällen Sektion zu fordern. *Saube.*°°

Zur Verth: Der Schenkelhalsbruch in der Unfallheilkunde. (27. Kongr. d. Dtsch. Orthop. Ges., Mannheim, Sitzg. v. 5.—7. IX. 1932.) Z. orthop. Chir. 58, Beil.-H., 37 bis 48 (1933).

Bearbeitet sind über 150 Fälle eigener Praxis, aus Akten und von Fachkollegen. Die Hälfte der Fälle betrifft das 40. bis 60. Lebensjahr bei tätigen Arbeitern. Zweifel am Kausalnexu entstehen am häufigsten bei Lues und Tabes, seltener Syringomyelie. Im Lehrlingsalter an Ostitis fibrosa, an absatzweise entstehende Spontanbrüche beim Paget ist zu denken. Tumormetastasen schwächen die obere Femurmetaphyse, desgleichen intensive therapeutische Röntgenbestrahlung (Philipp); Osteogenesis imperf. und Marmorknochen sind zu nennen. Bei der Begutachtung ist wesentlich, ob die äußere Gewalteinwirkung oder die konstitutionelle Veranlagung voraussteht. — Der Rentensatz ist im Arbeitsalter rund 30—35%. Beim medialen Bruch wurde $\frac{1}{3}$ pseudarthrotisch, beim lateralen $\frac{1}{4}$. Die Fälle der Verth'schen Statistik wurden oft nur 14 Tage fixiert, im übrigen meist Streckverband angewandt. Streckverband oder Gipsverband zeitigten nahezu gleiche Ergebnisse. Gips in großen Krankenhäusern ergibt 19,9% Dauerrente, in kleinen 73,5% (Verfahren nach Whitmann wird nur 1mal genannt!). Die Ähnlichkeit der Heilungsergebnisse beim medialen und lateralen Bruch berechtigt zu der Anschauung (Anschütz), daß Pseudarthrosen mit der Zeit funktionell brauchbar werden. Zur Erläuterung erwähnt Verth die vorzüglichen Bruchheilungen bei nichtbelasteten Amputationsstümpfen. Überraschend ist das ungünstige Dauerergebnis bei Jugendlichen, die sekundäre Kopfnekrose; schwerste Deformierung und Dysfunktion. Der Vorgang nach Art des Perthes wird im Anschluß an den Röntgenbefund beschrieben. Die besondere Ursache der Veränderung läßt sich aus den 6 Fällen des Verf. nicht erschließen. *H. Landwehr (Köln).*°°

Schwarz, Walther: Ein Fall von seltenerer Verknöcherung von Muskelursprüngen. (Unfallstat. u. Heilanst. f. Betriebsverletzte, Sekt. II, Brauerei- u. Mälzerei-Berufsgenossenschaft, Berlin.) Mschr. Unfallheilk. 40, 113—118 (1933).

Ein 52jähriger Patient zeigte 2 Tage nach einem Fall auf die linke Hälfte einen wahußgroßen harten Körper unterhalb der oberen Leiste der linken Beckenschaukel. Im Röntgenbild war dieser Körper sichtbar, er wurde als Absprennung gedeutet. Spätere Untersuchungen jedoch zeigten, daß es sich um eine Kalkeinlagerung handelt. Es kommen dabei in Frage: M. rectus femoris, evtl. auch Abschnitte des Lig. iliofemorale, der akzessorische Kopf des M. iliacus, M. gluteus minimus, die Bursa iliopectinea. *Janker (Bonn).*°°

Lauf: Myositis ossificans und Trauma. (VII. Jahrestag. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Bochum, Sitzg. v. 3.—4. IX. 1932.) Arch. orthop. Chir. 32, 664—666 (1933).

Nicht nur die grobe direkte Weichteilquetschung, sondern jede andere Verletzungsform bis zur kleinsten Verletzung der Injektionsstiche vermag eine Myositis ossificans circumscripta nach sich zu ziehen. Auch Traumen mit indirekter Wirkung auf die Muskulatur sind davon nicht auszuschließen. Es kommt weniger auf die Erheblichkeit des Traumas an, als vielmehr darauf, ob tatsächlich ein Unfall stattgehabt, der auch geeignet war, am Ort der späteren Erkrankung eine Beschädigung der Muskulatur

zu verursachen. Als Mittel der Zeit zwischen Unfall und nachweisbarer Myositis ossificans gilt im allgemeinen ein Zwischenraum von 3—4 Wochen. Doch auch schon 4 oder 12—14 Tage können genügen. Das Röntgenbild läßt auf Grund der Schattendichtigkeit und der Ausdehnung in den meisten Fällen Rückschlüsse auf die Größe des Intervalls zu.

Kurt Mendel (Berlin).^o

Ellmer, G.: Zur Beurteilung von Wirbelsäulenverletzungen. (Über sekundäre Spondylosis deformans.) (*Chir. Univ.-Klin., Tübingen.*) *Chirurg* 5, 47—58 (1933).

Beim „Verheben“ kann es zu einer erheblichen Schädigung der Wirbelsäule kommen (Stauchungsbruch, besonders bei schon bestehender Spondylosis deformans). Bandscheibenschädigungen nach Unfall sind nicht selten. Eine krankhafte Veränderung der Bandscheibe ist die Vorbedingung für spondylotische Veränderungen. Bei einer Spondylose, die nach einem Unfall der Wirbelsäule auftritt, kann es sich immer nur um eine auf den geschädigten Abschnitt der Wirbelsäule begrenzte Spondylose handeln. Grad der Wirbelkompression und Ausbildung der spondylotischen Veränderungen laufen nicht immer parallel; auch bei geringer Kompression eines Wirbelkörpers können sich spondylotische Veränderungen finden. Verf. schließt: „Man darf sich nicht grundsätzlich auf den in der Gutachterpraxis sehr häufig vertretenen Standpunkt stellen: Hier sind spondylotische Veränderungen — also ist ein Zusammenhang der Beschwerden mit dem angeschuldigten Unfall ausgeschlossen. Wie wir unter gewissen Bedingungen die Arthrosis deformans als Unfallfolge anerkennen, so müssen wir auch die Spondylosis deformans als Unfallfolge anerkennen, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind: Nachweisbares Trauma — klinische Krankheitserscheinungen — Beschränkung oder stärkste Konzentration der spondylotischen Veränderungen auf die Verletzungsstelle. Daß derartige Fälle ganz besonders eingehend und kritisch zu beurteilen sind, braucht nicht besonders betont zu werden.“

Kurt Mendel (Berlin).^o

Müller, Walther: Weitere Beobachtungen über das Drehgleiten an skoliotischen Lendenwirbelsäulen älterer Leute und seine Bedeutung für die Unfallbegutachtung. (*Chir. Univ.-Klin., Königsberg.*) *Arch. orthop. Chir.* 33, 1—9 (1933).

Bei älteren Leuten mit Skoliose kann es vorkommen, daß ein Wirbel auf dem nächstunteren unter Drehung abgleitet. Auf dem Röntgenbild erscheint das als seitliches Abgleiten. Tatsächlich handelt es sich um eine Drehung der beiden Wirbel gegeneinander um eine innerhalb der Mitte der Bögen vertikal verlaufende Achse. Das Gleiten ist immer erfolgt an einer Stelle, die zwischen zwei Biegungen der Skoliose liegt. Es kann sein, daß das Drehgleiten nur an einer solchen Stelle erfolgt ist (wo eben die schlangenförmig gekrümmte Wirbelsäule durch die Mittelebene zieht), oder auch an zwei solchen Stellen. Dabei kann es ferner sein, daß an einer solchen Stelle nur zwei Wirbel gegeneinander verschoben sind. Ausnahmsweise kann aber die Verschiebung sich auch auf 3 Wirbel erstrecken. Es ist dann der mittlere Wirbel ungefähr der, der in der Mittelebene liegt. Die Ursache des Gleitens ist wie bei der Spondylolisthesis die besonders ausgesprochene Schrägstellung der Wirbel — und die Entartung der die beiden gegeneinander verschobenen Wirbel verbindenden Bandscheibe. Ohne die Entartung, Zermürbung der letzteren ist das Gleiten natürlich unmöglich. Die Folgen der Zermürbung sind örtlich reaktive Bildungen in Form von Zacken, und zwar zu beiden Seiten, ferner klinisch Schmerzen. Eine Progredienz des Gleitens besteht nicht mehr, wenn es einen gewissen Grad erreicht hat. Ein anatomisches Präparat bestätigte die Bandscheibenentartung. Zusammenhang mit einem Unfallereignis ist für gewöhnlich abzulehnen.

Burckhardt (Essen).^o

Meyering, Henry W.: Diagnosis and roentgenologic evidence in spondylolisthesis. (Diagnose und Röntgenzeichen der Spondylolisthesis.) (*Sect. on Orthop. Surg., Mayo Clin., Rochester.*) *Radiology* 20, 108—120 (1933).

Unter 207 Patienten waren 71% Männer, das durchschnittliche Alter betrug 40 Jahre. Das Hauptsymptom sind Rückenschmerzen, von durchschnittlich 9 Jahre Dauer. Nur in 10% war die Diagnose vor Vornahme des Röntgenbildes gestellt worden.

9% waren Zufallsbefunde. Schwere Arbeit, besonders Bücken und Heben, verstärkt die Beschwerden. Der 5. Lendenwirbel war in 86% der Fälle betroffen, der 4. in 11%, der 3. in 1%. In 2% wurde eine Spondylolisthesis nach hinten diagnostiziert. Bei weitem die Mehrzahl der Fälle beruht auf angeborener Entwicklungsstörung, doch lehnt Verf. eine traumatische Entstehung nicht ab. In 70% der Fälle ist eine Diagnose schon aus dem Vorderbild möglich, das Seitenbild gibt stets genaue Diagnosemöglichkeiten. Verf. ist der Ansicht, daß das Trauma oft auslösend für Schmerzen bei schon bestehender Spondylolisthesis ist.

Reisner (Frankfurt a. M.).^{oo}

Treu, Rudolf: Arthropathia tabica als einziges Frühsymptom der Tabes und Unfall. (*Inst. f. Röntgendiagnostik Dr. Treu u. Dr. Funck, Berlin-Wilmersdorf.*) *Med. Klin. 1933 I*, 56—58.

Ein 56-jähriger Rohrleger hatte dadurch einen Unfall erlitten, daß er auf einer eisernen Treppe ausrutschte und sich dabei eine Zerrung im linken Kniegelenk zuzog. Eine Röntgenaufnahme etwa $\frac{1}{2}$ Jahr nach dem Unfall ergab Zeichen einer geringen deformierenden Arthritis. An den inneren Organen und am Zentralnervensystem konnte ein krankhafter Befund nicht erhoben werden. Nachdem ein Entschädigungsanspruch zunächst abgelehnt worden war, da eine chronische Gelenkentzündung, die mit dem Unfall in keinerlei ursächlichem Zusammenhang stehe, vorliege, wurde im Berufungsverfahren die deformierende Arthritis als Unfallfolge anerkannt. Etwa $1\frac{3}{4}$ Jahre nach dem Unfall fand sich eine monströse Entstellung des Gelenkes, hochgradige X-Beinstellung und starke abnorme Beweglichkeit nach allen Seiten; röntgenologisch nahezu vollständige Zerstörung des vorderen Tibiaknaufes, im ganzen Gelenkbereiche zacken- und wulstähnliche Knochenwucherungen. Meinicke im Blut positiv, neurologisch Herabsetzung der Knieschnenreflexe, fast lichtstarre Pupillen. Daraufhin verfügte das Reichsversicherungsamt Zurückverweisung der Sache an das Oberversicherungsamt. Ein zweiter Gutachter bestätigte den Befund am Kniegelenk und fand Lichtträglichkeit der rechten Pupille, starke ausfahrende Bewegung beim Kniehackenversuche rechts; der rechte Knieschnenreflex war lebhaft, der linke wegen der hochgradigen Verunstaltung des Kniegelenkes nicht auslösbar. Der Verf. schließlich stellte eine schwere tabische Arthropathie des linken Kniegelenkes fest, konnte aber neurologisch bis auf Fehlen des linken Patellarreflexes keine Abweichungen von der Norm finden. — Für die Divergenz der neurologischen Befunde ist nach Ansicht des Verf. eine ausreichende Erklärung kaum möglich. Der langsame Übergang einer posttraumatischen deformierenden Arthritis in eine tabische Arthropathie sei vom versicherungsrechtlichen Standpunkt aus besonders bedeutsam. Wenn durch Urteil des Oberversicherungsamtes — durchaus zutreffend — eine Entschädigungspflicht für die langsam im Anschluß an den Unfall sich entwickelnde traumatische Arthritis anerkannt worden sei, so treffe dies für die sich in diesem Gelenk manifestierende und sich der Arthritis hinzugesellende Arthropathie in gleichem Maße zu.

Hans Taterka (Berlin).^o

Marti, Ernst: Zur Kenntnis der gonorrhoeischen Arthritiden auf Grund der Beobachtungen der chirurgischen Universitätsklinik Basel in den Jahren 1925—1930 mit besonderer Berücksichtigung der Unfallzusammenhänge. *Schweiz. Z. Unfallmed.* 27, 14—28 (1933).

Von 1925—1930 kamen in der Basler Klinik 16 Fälle gonorrh. Gelenkentzündungen zur Beobachtung. Bei $\frac{1}{3}$ der Fälle war ein Trauma des betreffenden Gelenkes sicher erwiesen, in den anderen Fällen wahrscheinlich. Von 4 bei der staatlichen Unfallversicherungsanstalt versicherten Fällen wurden 3 als Teilunfallfolge partiell entschädigt. Die Untersuchung erstreckt sich noch auf 8 gonorrh. Arthritiden, die in der gleichen Zeit bei der staatlichen Unfallversicherungsanstalt angemeldet worden waren, von denen aber 2 wegen nicht zwingenden Zusammenhanges zwischen Trauma und Arthritis und 5 wegen unerwiesenen oder ungenügendem Unfallereignis abgewiesen worden waren. Voraussetzung zur Unfallentschädigung als Teilunfall sind folgende Konditionen: 1. Der Nachweis einer von den Bedingungen des Alltags in genügendem Maße abweichenden, außergewöhnlichen, unfreiwilligen Gewalteinwirkung. 2. Der Nachweis besonderer zeitlicher Faktoren, die den Zusammenhang wahrscheinlich machen. (Im allgemeinen wird man noch einen Zeitraum von 1—3 Tagen berücksichtigen dürfen, in den publizierten anerkannten Fällen war kein freies Intervall vorhanden.) 3. Der örtliche Zusammenhang zwischen Trauma und befallenem Gelenk und der Nachweis bisheriger Gesundheit des Organes. — Die Entscheidung kann überaus schwierig sein, ob die Arthritis Unfallfolge oder ob der Unfall durch die beginnende

oder latente Arthritis verursacht wurde. Das Stadium, in dem sich der Genitaltripper befindet, dürfte weniger wichtig sein. Ganzoni (Winterthur).

Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie.

Lipmann, Otto: Leitlinien für die psychologische Begutachtung von Zeugenaussagen. Ärztl. Sachverst.ztg 39, 85—90 (1933).

Die Leitlinien sind Verf.s Arbeit über die Methoden der Aussagepsychologie in Aberhaldens Lehrbuch der biologischen Arbeitsmethoden entnommen. Von den Gesichtspunkten, unter denen die Bedingungen und Umstände einer zu bewertenden Aussage zu betrachten sind, werden vor allem herausgehoben: 1. die besonderen Bedingungen der Wahrnehmung, 2. die in der Zwischenzeit wirksamen Umstände, 3. die Bedingungen der Erinnerungsprojektion, 4. die Merkmale der Aussage und 5. die Eigenschaften des Zeugen. Das Eingehen auf die Persönlichkeit des Zeugen erfordert dann evtl. noch speziell experimentelle Zeugenprüfungen, psychiatrische Gutachten über etwaige geistige Defekte, und bei Kindern Gutachten der Lehrer und der Schule.

Birnbaum (Berlin-Buch).

Maier, Hans W.: Über die Beurteilung psychoanalytischer Aufzeichnungen durch den Richter. (Psychiatr. Univ.-Klin., Burghölzli-Zürich.) Nervenarzt 6, 19—23 (1933).

Verf. mußte sich zu Händen des Gerichtes über folgende Frage gutachtlich äußern: In einem Ehescheidungsprozeß wurden den Akten 4 Briefe der Frau beigelegt, die sie vor 7 Jahren dem Psychoanalytiker geschrieben, bei dem sie eine Lernanalyse durchgemacht hatte und der dann später, nach ihrer Verheiratung, den Ehemann in Analyse behandelte. Die Briefe enthielten Beobachtungen über den Mann, Beschreibungen über Zustände der Ehe und auch Eigenbeobachtungen in der Sprache der Psychoanalyse. Auf Grund derartiger Termini technici wie z. B. Sadismus, Masochismus usw., welche die Schreiberin bei sich selber beobachtet haben wollte, sollte ihr nun bei dem pendenten Ehescheidungsprozesse die Fähigkeit der Kindererziehung abgesprochen werden. Verf. kam in seinem Gutachten zu dem Schlusse, daß psychoanalytische Dokumente, besonders solche, die sich auf Beobachtung der eigenen Person oder der nächststehenden beziehen, wie z. B. die erwähnten Briefe, dem Richter keinerlei Einblicke in die seelische Struktur und Verfassung eines Menschen ermöglichen können. Sie wären höchstens als Unterlage für eine Expertise durch einen Fachmann benutzbar, der aber dieses Material noch durch direkte Untersuchung an den Beteiligten in sehr weitschichtiger Weise ergänzen müßte. Ohne eine solche Expertise ist es nach der Auffassung des Fachmannes unstatthaft, daß derartiges nur mit Spezialkenntnissen, verständliches Material in der Urteilsbildung irgendwie mitberücksichtigt wird, da hieraus sich unbedingt die Gefahr schwerwiegender Fehlschlüsse ergeben müßte. Solche Dokumente sind durchaus unmaßgeblich für die Entscheidung der Frage, ob der Schreiberin nach der Ehescheidung die Erziehung der Kinder überlassen werden darf oder nicht. H. Binswanger.

Herschmann, H.: Psychologie und Psychopathologie im Strafverfahren. Wien. klin. Wschr. 1933 I, 177—178.

Verf. geht im Rahmen eines Fortbildungsvortrages auf eine Reihe aktueller kriminal psychiatrischer Fragen ein. Sie beziehen sich u. a. auf die strafrechtliche Behandlung und Unterbringung der unzurechnungsfähigen Geisteskranken, der vermindert Zurechnungsfähigen und der unverbesserlichen Rechtsbrecher, auf die strafrechtliche Behandlung der Homosexualität, weiter auf gewisse Freisprüche im Schwurgerichtsverfahren, die zu Angriffen auf die psychiatrischen Sachverständigen führten, und die vor allem auf Mißverständnisse bezüglich der Eigenart der Psychopathen zurückgehen. Schließlich weist Verf. noch im einzelnen auf die Mängel hin, die vielfach psychiatrischen Gutachten anhaften und die sehr wohl behebbar sind. Birnbaum.

Hartge, Margret, und Olga Marum: Die Sicherheit graphologischer Intelligenzbeurteilung. I. Hartge, Margret: Graphologische Untersuchung der Intelligenz. (Psychol. Laborat., Univ. Freiburg i. Br.) Z. angew. Psychol. 44, 321—341 (1933).

Hartge, Margret, and Olga Marum: Die Sicherheit graphologischer Intelligenzbeurteilung. II. Marum, Olga: Experimentell-psychologische Untersuchungen zur Intelligenzbeurteilung. (Psychol. Laborat., Univ. Freiburg i. Br.) Z. angew. Psychol. 44, 342—363 (1933).

Als spezifisches Merkmal hoher Intelligenz werden aufgeführt: Schnelligkeit, gute