

Bestrebungen soll eine aufklärende Bearbeitung der verschiedenen Bevölkerungsteile durch Männer entgegengesetzt werden, die in besonderen Schulungskursen vorbereitet werden. Eine solche von der Ärztekammer unterstützte Organisation wird auch nach Erreichung des Kampfzieles nämlich eines absoluten Verbotes der Kurpfuscherei zur Durchführung desselben nötig sein.

Klix (Berlin).

Versicherungsrechtliche Medizin.

Boschi, G., A. Ghedini e F. Barison: Caratteristiche sintomatologiche della paralisi progressiva traumatica. Studiando un caso di paralisi progressiva immediatamente consecutiva a trauma, con complicità chirurgica. (Symptomatologische Charakteristica der traumatischen progressiven Paralyse. Ein Fall von progressiver Paralyse als unmittelbare Folge eines Traumas mit chirurgischer Komplikation.) (*Cattedra di Infortunist., Univ., Ferrara.*) Giorn. Psichiatr. **60**, 331—343 (1932).

Am 26. X. 1931 erhielt ein 39jähriger Patient mit sonst belangloser Vorgeschichte bei einem Streit einen starken Schlag auf den Kopf, ohne daß er bewußtlos wurde. Der Arzt stellte 2 Wunden in der Frontoparietalregion fest, die nach 10 Tagen geheilt waren. Am 3. XI. nach einer Radtour von 180 km Sprach- und Denkstörung, Zittern der Hände. Befund: Langsame skandierende Sprache mit Stottern und Steckenbleiben. Augenbefund o. B. Wahrnehmung, Gedächtnis o. B. Da der Patient Entschädigungsansprüche stellt, wird eine post-traumatische Neurose diagnostiziert. Am 7. XI. stellt der Chirurg eine wahrscheinliche Fraktur der Schädeldecke fest. Liquorsediment: Eiweiß leicht vermehrt, Glykose 0,60%; Nonne-Apelt schwach positiv; Pandy negativ; einige Polynucleäre und Lymphocyten. 14. XI. Dekompressiv-trepanation. 24. XI. generalisierte Krämpfe, die sich am nächsten Tage wiederholen. 27. XI. Wassermann in Blut und Liquor + + + +. Pupillenreaktion ist noch im Mai 1932 erhalten. Aus dem atypischen Verlauf und der schnellen Entwicklung der Symptome schließt der Verf. auf die unmittelbare traumatische Auslösung der Syndrome. *Friedemann (Oetwil/Schweiz).*

Stern, F.: Zur gutachtlichen Bedeutung der epidemischen Encephalitis. Ärztl. Sachverst.ztg **39**, 155—158 (1933).

Der mitgeteilte Fall ist dadurch ausgezeichnet, daß die akute Encephalitis bereits im April 1915 während der Militärzeit in Bad Orb durchgemacht wurde und sogar die Diagnose auf Encephalitis (wenn auch natürlich nicht epidemica, sondern haemorrhagica) gestellt war, während sonst die akute Encephalitis in diesen ersten Jahren fast stets diagnostisch verkannt wurde. Spätere psychische Störungen führten zur Diagnose einer Schizophrenie, und bis zur Begutachtung im Jahre 1932 hieß das D.B.-Leiden „geistige Erkrankung“, obwohl sich seit 1921 ein Parkinsonismus entwickelt hatte.

Autoreferat.

Baumm, Hans: Die Strukturänderung unseres Krankenbestandes im Lichte der sogenannten Neurosenfrage. (*Nervenstat., Versorgungsärztl. Untersuchungsstelle, Königsberg.*) Mschr. Unfallheilk. **40**, 273—276 (1933).

Baumm weist darauf hin, daß unter den zu Begutachtungszwecken seiner versorgungsrätlichen Untersuchungsstelle zugewiesenen Kranken die Zahl der sog. Neurotiker seit dem Jahre 1926 prozentual dauernd sinkt. Er belegt dies durch eine graphische Darstellung, die die Jahre 1924—1932 umfaßt und die zeigt, daß dem gegenüber prozentual organische Kranke zugenommen haben. Ähnlich wie Stier es für Berufsgenossenschaften, für die Post und für die Eisenbahn betont habe, so verschwänden also auch hier die „Zitternden, Gelähmten, Bettlägerigen, Stöhnenden, Verbitterten, sich und der Welt zur Last fallenden Neurotiker schon seit Jahren mehr und mehr“. B. glaubt, daß diese erfreuliche Tatsache der annähernd erreichten Einheitlichkeit der ärztlichen Begutachtung zu verdanken sei, den Anschauungen, wie sie Strümpell vor dem Kriege vertreten habe und wie sie nach der Kriegstagung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte 1916 allgemeine Anerkennung gefunden hätten. Vor allen diesem hält er für bedeutungsvoll die bekannte Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 24. IX. 1926, wobei darauf hingewiesen wird, daß gerade seit 1926 der starke Rückgang zu beachten sei. B. verteidigt diese Entscheidung, wenn sie auch keine ideale Lösung gebracht habe.

Karl Pönitz (Halle a. d. S.).°°

Simonson: Eine neuerliche Stellungnahme des Reichsgerichts zur Rentenneurose. Med. Welt **1933**, 857—858.

Das Reichsgericht hat sich bekanntlich den grundsätzlichen Entscheidungen

des RVO. und RVG. über die gutachtliche Bewertung der Unfallneurosen nicht angeschlossen, sondern erkennt eine Entschädigung an, wenn die „Erkrankung“ mit dem Unfall in einem „inneren Zusammenhang“ steht. Aus einer neuen Entscheidung vom 21. IX. 1932 (IX. 150/32) geht hervor, daß selbst neurotische Symptome, die als Einstellung auf den Entschädigungsprozeß anerkannt werden, entschädigt werden, wenn und soweit der Entschädigungsprozeß für den Kläger notwendig wurde, um berechnete Schadenersatzansprüche durchzusetzen; denn dann könne nicht bestritten werden, daß der Prozeß mit seinen ungünstigen Einwirkungen auf den psychischen und körperlichen Gesundheitszustand . . . in innerem Zusammenhang mit dem Unfall steht. Ferner wird Gewicht gelegt auf den „Beweis des ersten Anscheins“, wobei neben den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft auch die Persönlichkeit, die bisherige Lebensführung und die zur Zeit des Unfalls bestehende Lebenslage des angeblich Geschädigten zu berücksichtigen sind. Je nach ihrer Beschaffenheit könne der Verdacht entstehen, daß der Verunfallte Kapital aus dem Unfall schlagen wolle oder nicht. Im vorliegenden Fall wird angenommen, daß der Unfall tatsächlich in innerem Zusammenhang mit den nervösen Folgen steht. (Eine genauere Kritik ist nicht möglich, da über die Art des Unfalls und der nervösen Folgeerscheinungen nichts Genaueres mitgeteilt ist.)

F. Stern (Kassel).

Lellep, K.: On the simulation of psychogeneous diseases. (Simulation psychogener Erkrankungen.) (*Univ.-Hosp. of Ment. a. Nerv. Dis., Tartu.*) Fol. neuropath. eston. 12, 49—58 (1932).

Bericht über einen militärdienstpflichtigen Neurastheniker, der 1927 zuerst vom Verf., dann in der Nervenambulanz und zuletzt in der psychiatrischen Klinik untersucht wurde. Nebeneinanderstellung der 3 Befunde. 1932 Nachuntersuchung durch Verf., Patient gestand, 1927 simuliert zu haben. Unter Heranziehung der Literatur weist Verf. auf die Schwierigkeit hin, Simulation und psychogene Symptome streng voneinander zu scheiden.

H. A. Strecker (Birmingham).^{oo}

Schmücker, Karl: Simulationsproben bei der ohrenärztlichen Begutachtung. (*Versorgungsärztl. Untersuchungsstelle, Magdeburg.*) Z. Hals- usw. Heilk. 33, 319—321 (1933).

Verf. verwendete in geeigneten Fällen mit Erfolg folgende Methoden: 1. Prüfung des Ablesens (vom Munde) mit künstlicher Vertäubung durch Lärmtrommel oder Schüttelversuch. Dadurch ist der Simulant zu entlarven, der sich auf seine Ablesefertigkeit beruft. 2. Überprüfung der fälschlichen Angabe, mit elektrischen Hörapparat besser zu hören, mit derselben Methode. 3. Feststellung der wirklichen Hörweite — besser gesagt, Mindesthörweite. Ref. —, aber nur für „ganz primitive“ Simulanten geeignet, indem ein zur Hörverbesserung angelegter elektrischer Hörapparat mit einem Mikrophon im ruhigen Nebenraum verbunden ist, während das scheinbar zum Apparat gehörige Mikrophon am Patienten nicht angestellt ist. Klestadt (Magdeburg).

Oesterlen, O.: Hysterische oder organische Hemiplegie. (*Versorgungsamt, Ulm.*) Ärztl. Sachverst.ztg 39, 29—35 (1933).

Gutachten über einen Fall, der erst unter der Diagnose „hysterische Hemiplegie“ ging, dann aber als organisch erkannt wurde. Ursache: Frühsklerose oder Angiospasmen. K.D.B. liegt nicht vor. Kurt Mendel (Berlin).^o

Kaess, C.: Angebliche Unmöglichkeit, nach einem Sturz auf die linke Hüfte das linke Bein zu gebrauchen. — Hysterische Reaktion mit groben Täuschungsversuchen. Z. Bahnärzte 28, 123—130 (1933).

Mitteilung des Falles. 2-jähriger Rentenkampf. „Der heutige schwere Kampf ums Dasein fördert in zahlreichen Fällen Rentenbestrebungen. Es ist wohl begreiflich, daß bei dem jetzigen Tiefstand der Moral auch völlig unbegründete Ansprüche mit Hartnäckigkeit und unter Täuschungsversuchen selbst bis zur höchsten Instanz verfochten werden, wobei der begutachtende Arzt oft mit Schwierigkeiten zu kämpfen hat.“ Kurt Mendel.^o

Waluga: Hysterische Lähmungen und Unfall (3 Fälle). (*Unfallstat. u. Betriebsverletzte, Sekt. II, Brauerei- u. Mälzerei-Berufsgenossenschaft, Berlin.*) Mschr. Unfallheilk. 40, 133—137 (1933).

Verf. weist darauf hin, daß hysterische Lähmungen nach Unfällen sehr selten vor-

kommen; denn bei 20000 Unfallverletzten, die in 4 Jahren vom Verf. beobachtet wurden, wurden nur 3 Fälle einer derartigen Krankheit gesehen. 2 Fälle weisen heute noch starke Atrophie der Unterschenkelmuskulatur auf, 1 Fall wurde durch Hypnose geheilt.

Walter Schindler (Berlin)._o

Klieneberger, Carl: Anerkannte 30proz. Kriegsrente wegen angenommener linksseitiger Ischias, Rentenkampf; Rentenerhöhungsantrag nach 17 Jahren, begründete Ablehnung. (*Städtkrankenb., Zittau.*) *Med. Klin.* 1933 I, 545—546.

Es bestehen bei dem Rentenempfänger, der wegen einer vor 17 Jahren festgestellten Ischias ohne typisch feststellbare Veränderungen bzw. ohne Nachweis solchen Leidens eine 30proz. Militärrente bezieht und jetzt eine Erhöhung der Rente beantragt hat, möglicherweise eine Tabes bzw. Reste alter Neuritis bzw. seelische, funktionell hysteriforme Einstellungen auf Kriegserleben, Kriegsnachwirkung, staatliche Entschädigungspflicht. Erhöhungsantrag ist abzulehnen, da eine neue Minderung der Erwerbsfähigkeit durch DB-Leiden nicht vorliegt.

Kurt Mendel (Berlin)._o

Leclerc, Georges, et Joseph Pont: De la sciatique traumatique. (Über traumatische Ischias.) (*Clin. Chir., École de Méd., Dijon.*) *Presse méd.* 1933 I, 627—628.

Verf. beobachteten 2 Fälle, in denen ein Trauma, das in einer forcierten Beugung der Wirbelsäule bestand, eine Ischias mit Fehlen des Achillesreflexes und albuminocytologischer Dissoziation im Liquor herbeiführte, ohne daß eine Fraktur der Wirbelsäule oder des Beckens bestand. Bei der traumatischen Ischias handelt es sich gewöhnlich um eine Wurzelneuralgie infolge direkter Kontusion des Nervenstammes. Hier in diesen beiden Fällen ist aber Lokalisation und Mechanismus der Nervenläsion ganz verschieden: es könnte sich um eine direkte Kontusion des Plexus sacralis infolge Fraktur von L₅ oder infolge Beckenbruchs handeln, dies ist aber in den vorliegenden Beobachtungen nicht der Fall. Vielmehr hat die forcierte Beugung der Wirbelsäule einen Zug und eine Zerrung der Nervenwurzeln ausgeübt und sie vielleicht auch an die Knochenvorsprünge gedrückt. Diese Dehnung muß ihre Wirkung ziemlich hoch über dem Nervenaustritt ausgeübt haben, denn das Fehlen des Achillesreflexes, die Vermehrung des Schmerzes beim Husten und besonders die chemischen Liquorveränderungen zeigen, daß die Läsionen unweit vom Wirbelkanal stattgefunden haben. Es bestand aber keine medulläre Läsion, etwa eine Hämatomyelie, denn hierbei sind doppelseitige Störungen, gewöhnlich motorischer und sensibler Natur, vorhanden, ferner syringomyelische Dissoziation der Gefühlsstörungen und Sphincterstörungen. L₅ (diese Wurzel ist anscheinend zu Kontusionen und Zerrungen besonders disponiert) hat die anatomischen Folgen der Zerrung getragen. Der ursächliche Zusammenhang zwischen Ischias und Trauma scheint in beiden Fällen über jeden Zweifel erhaben. Eine Ischias kann die Folge einer forcierten Rumpfbeugung sein.

Kurt Mendel (Berlin)._o

Nordenfelt, Olof: Nervenschädigung bei traumatischer Lumbago. *Hygiea* (Stockh.) 95, 130—140 (1933) [Schwedisch].

Da nach den Erfahrungen des Verf. nach traumatischer Lumbago, selbst nach leichten Verletzungen und Erschütterungen, mitunter gröbere Störungen mit organischen Veränderungen auftreten, sollte man alle unklaren und länger währenden Lumbagofälle stets auf das genaueste in bezug auf den Nervenstatus untersuchen. Auch ohne Verletzung der Wirbelsäule können hier verschiedene Nervenschädigungen eintreten; besonders sind segmentäre Sensibilitätsprüfungen hier angebracht und oft aufklärend. Von den Störungen, die bald isoliert, bald kombiniert nach solchen Traumen der Lumbalgegend auftreten können, seien genannt: Verlust des ein- oder beiderseitigen Patellar- und Achillessehnenreflexes, Verlust eines oder beider Bauchreflexe, positiver Babinski oder Rossolimo, Störungen der Potenz, der Sphincteren, diffuse Atrophien, segmentale Hyperästhesie, leichte Ataxie, Schmerzen, Parästhesien. Noch spät nach dem Trauma können solche Störungen auftreten und auf eine Beteiligung des Rückenmarks, Wurzeln usw. hinweisen. 2 Unfälle mit traumatischer Lumbago, deren organische Ursache erst später festgestellt und erkannt wurde, werden mitgeteilt.

S. Kalischer (Charlottenburg)._o

Johnson, George Lindsay: Insurance value of one or both eyes. (Der Versicherungswert eines und beider Augen.) Arch. of Ophthalm. 9, 538—539 (1933).

Das Thema wird kurz besprochen. Die Erörterungen haben nur Geltung für Großbritannien und einige seiner Kolonien, speziell das Land des Verf. (Südafrika). Verf. erwähnt, daß nach gesetzlicher Bestimmung für Verlust eines Auges eine Entschädigungssumme von maximal 375 Pfund Sterling zugelassen ist, für den Verlust beider Augen das Doppelte (750 Pfund). Eine besonders namhaft gemachte Versicherungsgesellschaft bietet 500 Pfund für ein Auge, 1000 Pfund für den Verlust beider Augen an. Offenbar wird in der Gerichtspraxis die Entschädigungssumme nach dem Verdienst bemessen und gestaffelt, so daß ein Arbeiter, der 150 Pfund im Jahr erwarb, für den Verlust beider Augen eine Jahresrente von $\frac{1}{2}$ seines Verdienstes = 75 Pfund zu erwarten hat. Der Beschädigte kann aber auch eine Abfindung beantragen, d. h. die für seinen Fall festgestellte Jahresrente, multipliziert mit der Zahl, die entspricht der Differenz zwischen dem Lebensalter zur Zeit der Erblindung durch Unfall und der Zahl 70 (dem Endjahr wirtschaftlicher Betätigung), also z. B. der Zahl 50, wenn die Erblindung im 20. Lebensjahre eintrat. Verf. hält die Bewertung voller Erblindung für zu gering. Bei Verlust nur eines Auges plädiert er für höhere Bewertung des linken Auges; dies mit besonderer Begründung. Junius (Bonn).

Fischer-Wasels, Bernh.: Tod durch Absturz vom Gerüst oder durch primären Herzschlag? (Senckenberg. Path. Inst., Univ. Frankfurt a. M.) Mschr. Unfallheilk. 40, 408—417 (1933).

50jähriger Arbeiter, seit mehreren Jahren wegen „Herzfehlers“ in ärztlicher Behandlung, stürzte 6 m vom Baurüst und verstarb unmittelbar darnach. Schaum vor dem Munde, kleine Quetschwunde der Kopfschwarte. Sektionsbefund (Exhumierung 17 Tage p. m. Oktober 1930): Schädel und Gehirn o. B., Vergrößerung und Erweiterung des Herzens, einzelne Schwielen im Herzmuskel, Coronarsklerose erheblichen Grades, keine Fettembolie; mikroskopischer Befund des Hirnstammes o. B.

Verf. tritt als 3. Gutachter dem ersten (Obduzenten) bei: Absturz infolge primären Herzschlages, kein Unfalltod. Diskussion folgender Gesichtspunkte (zum Teil im Gegensatz zum 2. Gutachter, welcher Herzschlag als nicht genügend begründet ablehnte und Unfalltod durch Hirnerschütterung für möglich hielt): Sofortiger Tod durch Hirnerschütterung ohne jeglichen anatomischen Befund kommt nicht vor. (Bezugnahme auf die gerichtlich-medizinische und Unfall-Literatur.) Selbst bei Blutungen im Gehirn wird fast regelmäßig stunden- und tagelanges Überleben beobachtet. Der anatomische Befund am Herzen erklärt völlig unter Berücksichtigung der Anamnese den plötzlichen Tod als „Sekundenherztod“ durch Herzkammerflimmern. Die Auslösung des tödlichen Krampfes der Kranzschlagadern des Herzens durch die stumpfe Gewalt des Aufschlages wird mit größter Wahrscheinlichkeit abgelehnt, da Anzeichen für starke Brustquetschung nicht vorhanden waren. Die Annahme, daß durch heftige psychische Erregung (Schreck) infolge des Absturzes das Herzkammerflimmern bei dem Herzkranke ausgelöst wurde, wird ebenfalls mit größter Wahrscheinlichkeit abgelehnt auf Grund der Vorgänge und Beobachtungen beim Absturz: der Körper stürzte oder rutschte in dem schmalen Zwischenraum (30 cm) zwischen Gerüst und Hauswand ab, offenbar ohne jede Gegenwehr, so daß völlige Handlungsfähigkeit infolge primär eingetretenen Herzschlages anzunehmen war. Walcher (Halle a. d. S.).

§ 133 BGB. Bei der Versicherung gegen einen Unfall, der durch „Einspritzen infektiöser Massen“ herbeigeführt wird, ist auch ein bloßes Anatmen als Einspritzen anzunehmen. Jur. Wschr. 1932 II, 3328.

Ein Arzt war an Scharlach, den er sich bei Behandlung eines Scharlachkranken zugezogen hatte, gestorben; seine Witwe verklagte die Versicherungsgesellschaft auf Zahlung auf Grund der Unfallinfektionsklausel, nach der in die Versicherung alle Infektionen eingeschlossen sind, bei denen durch Ausübung des ärztlichen Berufes der Ansteckungsstoff nachweislich durch äußere Verletzungen oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase gelangt ist. Die Versicherungsgesellschaft wurde in allen Instanzen verurteilt. Das RG. hat die Auffassung des BG., daß unter „Einspritzung“ auch ein Eindringen infektiöser Massen durch Anhusten oder Anhauchen zu verstehen sei, gebilligt. Auch das Anhauchen ist eine äußere Einwirkung auf den Körper des Versicherten, selbst wenn zum Eindringen des Ansteckungsstoffes die eigene Einatmungstätigkeit noch hinzukommen muß (U. v. 5. II. 1932; 397/31 VII. — Kiel). Giese (Jena).

Gerwiener, Fritz: Trauma und Lungentuberkulose. Ein kritischer Beitrag zur Unfallbegutachtung. Z. Tbk. 67, 297—304 (1933).

Bei einem 24jährigen Fabrikarbeiter wurde als Unfallfolge nach einer leichteren Brustquetschung eine Lungentuberkulose festgestellt, derentwegen dann etwa 33 Jahre lang eine hohe Rente gegeben wurde. Eine Prüfung der Unfallakten im Jahre 1932 ergab, daß die zahlreichen ärztlichen Gutachten durchaus unbrauchbar waren, und daß die Gutachter sich von dem dauernd querulierenden und wehleidigen Fabrikarbeiter stark beeinflussen ließen. Auf Grund dieser, auch von einer Universitätsklinik bestätigten Feststellung wurde dem jetzt 57jährigen Fabrikarbeiter die Rente wieder entzogen, weil bei demselben eine aktive, behandlungsbedürftige Lungentuberkulose als Unfallfolge niemals bestanden hat.

Schellenberg (Ruppertshain i. T.).

Blum, Robert: Zur Frage der traumatischen Lungentuberkulose. (Inn. Abt., Städt. Krankenh., Augsburg.) Beitr. Klin. Tbk. 82, 744—747 (1933).

Die schon früher lebhaft diskutierte Frage der traumatischen Entstehung einer Lungentuberkulose ist längst dahin entschieden, daß es sichere und jeder Kritik standhaltende Fälle der Entstehung einer primären Lungentuberkulose durch Trauma nicht gibt. Es handelt sich in Klinik- und Unfallpraxis lediglich um eine traumatische Verschlimmerung einer bereits vor dem Unfall vorhandenen latenten oder manifesten, wenn auch nicht immer ärztlich diagnostizierten Lungentuberkulose. Bei der Natur eines Leidens, wie es die Lungentuberkulose ist, die schon rein schicksalsmäßig, ohne jede nachweisbare Ursache, so eminent vielseitig verläuft, wird sich jeder Gutachter immer die Frage vorlegen müssen, ob nicht Unfall und Verschlimmerung des Leidens nur zufällig in zeitlichem Zusammenhang stehen. Verf. beschreibt dann 2 Fälle von traumatischer Verschlimmerung einer bis dahin latenten Lungentuberkulose durch unmittelbare mechanische Gewalteinwirkung auf den Brustkorb, auf der Seite des hauptsächlichsten Sitzes der Erkrankung. Bei diesen beiden Fällen trat die entscheidende Blutung innerhalb einer Frist von 2 mal 24 Stunden auf. Beide Fälle können als Schulfälle einer sog. traumatischen Lungentuberkulose angesehen werden, wie sie, auch in ausgedehnter Gutachterpraxis, nur selten beobachtet werden.

Schellenberg.°

Arntzen, Johan Dunker: Anaphylaxie bei Wespenstichen. (Med. Avd., Akers Sykeh., Oslo.) Norsk Mag. Laegevidensk. 94, 160—165 u. engl. Zusammenfassung 165 (1933) [Norwegisch].

Verf. berichtet über 4 Fälle, worin nach einem einzigen Wespenstich ernsthafte Zustände entstanden. Zwei von den Patienten starben binnen einer Stunde. Verf. ist der Meinung, daß diese Zustände von einer abnormen Überempfindlichkeit gegenüber Eiweiß — nicht Toxinen — in der Wespenstichflüssigkeit abhängig sind.

Hellerström (Stockholm).

Wiegand: Narbenbruch als Unfallfolge. Z. ärztl. Fortbildg 30, 58—60 (1933).

Chauffeur, der 1908 eine Blinddarmoperation durchgemacht hat, verspürt 1928 in der rechten Unterbauchgegend beim Aufheben einer schweren Kiste einen Schmerz, kann aber noch 2 Tage arbeiten, geht am 4. Tage zum Arzt, der Narbenbruch feststellt. Das 1. Obergutachten (Prof. Martin und Bier, Berlin) lehnt Unfallfolge ab mit der Begründung, daß der Narbenbruch schon vorher vorhanden gewesen sein müsse, ohne Beschwerden zu machen. Ein frischer Bruch einer alten Narbe könne nur durch sehr heftige Gewalteinwirkungen entstehen, verursache so große Schmerzen, daß jede Arbeit sofort niedergelegt werden müsse, sei unter Umständen mit Bauchfellzerrungen, Bauchfellverletzungen, Ohnmacht oder Kollaps verbunden und zeige Blutaustritte unter der Haut. Traumatische Entstehung eines Bruches in einer alten Narbe sei ein schweres Unfallereignis und komme sehr selten vor.

Adolf Friedemann (Oetwil/Schweiz).

Berberich, Joseph: Trauma und Blutzucker. (Univ.-Ohren-, Hals- u. Nasenklän., Frankfurt a. M.) Mschr. Unfallheilk. 40, 187—190 (1933).

Verf. fand bei 13 Fällen von Extremitätenfrakturen 12mal normale Blutzuckerwerte. Nur in 1 Falle war der Blutzucker erhöht (134 mg%). Im Gegensatz dazu wurde bei 33 Fällen von Hirnerschütterung bzw. Schädelfraktur 17mal eine wesentliche Blutzuckererhöhung festgestellt (bis zu 226 mg%). Im Urin wurde jedoch kein Zucker gefunden. Spätestens am 6. Tage nach der Gehirnerschütterung kehren die Blutzuckerwerte zur Norm zurück. Die an Kaninchen ausgeführten Versuche führten zu ähnlichen Resultaten.

Ö. Fischer (Zürich).

Schur, Max: Zur Frage der traumatischen Genese innerer Erkrankungen. (Diabetes insipidus, Akromegalie, Diabetes mellitus.) (I. Med. Abt., Allg. Poliklin., Wien.) Z. klin. Med. 123, 800—809 (1933).

Fall 1: Diabetes insipidus nach schwerem psychischem Trauma. — Fall 2: Diabetes insipidus bei einem Neurotiker nach einem nächtlichen Raubüberfall mit lebhafter Schießerei. — Fall 3: Akromegalie nach Betriebsunfall mit Nasenbeinbruch und Gehirnerschütterung. — Fall 4: Diabetes mellitus nach Schädelbasisfraktur. — Bezüglich des traumatischen Diabetes insipidus ist anzunehmen, daß infolge des starken Angsteffektes, der bei Fall 1 auch zum Bewußtseinsverlust geführt hat und dem eine Steigerung der Diurese fast adäquat ist, durch die Intensität des Reizes eine akut einsetzende Funktionsstörung der vegetativ-nervösen Zentren zustande gekommen ist („Katastrophenreaktion“). Das nun entstandene Symptom wird sekundär, wie jedes organisch ausgelöste, in die psychische Persönlichkeit eingebaut werden. — In Fall 3 ist die Akromegalie als Unfallsfolge anzusehen: Bei dem Unfall war es zu einer *Commotio cerebri* und einer Verletzung des Nasenbeins (also in der Nähe der Hypophyse) gekommen, der Unfall führte zu einem Wachstumsreiz, zur Tumorbildung im Bereiche des Hypophysenvorderlappens (Adenom) und so zur Akromegalie. — Zu Fall 4: Hier handelt es sich wohl um eine durch das Trauma ausgelöste Störung der zentralnervösen Regulation bei einem latent Diabetischen.

„Solange wir nicht mit Sicherheit sagen können, daß der etwa vorhanden gewesene Diabetes auch ohne das Trauma in absehbarer Zeit zum Manifestwerden geführt hätte, ist anzunehmen, daß das Trauma (körperliches oder psychisches) die Veranlassung zur diabetischen Erkrankung war. Selbstverständlich muß das Bestehen eines manifesten Diabetes vor dem Unfall mit größter Wahrscheinlichkeit auszuschließen sein. Die Höhe der Entschädigung muß weitgehendst abgestuft sein und sich nach dem Alter des Patienten und dem Grade der Stoffwechselstörung richten. Die Untersuchung über die traumatische Genese verschiedener Erkrankungen zeigt, daß wir auch auf diesem Gebiete in unserem Verständnis nicht ohne weitgehende Berücksichtigung funktioneller Verhältnisse auskommen können.“

Kurt Mendel (Berlin).^{oo}

Isaac, S.: Zur Frage des traumatischen Diabetes. Mschr. Unfallheilk. 40, 181 bis 187 (1933).

Die direkte traumatische Schädigung des Pankreas, die zu einem echten Diabetes führt, ist ein äußerst seltenes Vorkommnis. Die nach Kopftraumen unter Umständen auftretenden transitorischen Hyperglykämien und Glykosurien stellen keinen Diabetes dar. Es besteht jedoch kein Zweifel darüber, daß in seltenen Fällen durch Kopftraumen auch ein echter Diabetes ausgelöst werden kann, sofern eine konstitutionelle Disposition zu dieser Erkrankung vorhanden war. In diesem Sinne kann der Diabetes unter Umständen als Unfallsfolge anerkannt werden. Man muß dabei jedoch sehr kritisch vorgehen, insbesondere muß man auf die Möglichkeit des Bestehens eines nichtdiagnostizierten leichten Diabetes vor dem Unfall achten. Auch das Kopftrauma muß dabei ein sehr erhebliches sein. Es werden 3 Fälle mitgeteilt.

Bei dem einen Fall handelt es sich um einen 50jährigen Mann, dessen Schwester an Diabetes leidet und der eine unerhebliche Kopfverletzung und eine leichte Nierenkontusion erlitt. Im Urin wurde zunächst kein Zucker nachgewiesen. 2 $\frac{1}{2}$ Monate nach dem Unfall, als alle Nierensymptome abgeklungen waren, wurde zum ersten Male 0,6% Zucker im Harn festgestellt. Der Blutzucker betrug zu dieser Zeit 157 mg%, die alimentäre Glykämie war vom diabetischen Typ. Der ursächliche Zusammenhang von Unfall und Diabetes wurde verneint, da der Unfall an sich wenig geeignet war, einen Diabetes auszulösen, da ein großes Intervall vorhanden war und da bei einem 50jährigen, mit Diabetes belasteten Manne die Wahrscheinlichkeit dafür spricht, daß ein leichter Altersdiabetes auch ohne den Unfall manifest geworden wäre. — Beim 2. Falle handelt es sich um einen 58jährigen Mann, der ebenfalls einen leichten Kopfunfall erlitt. 2 Tage nach dem Unfall wurde im Urin 4% Zucker gefunden. 1 $\frac{1}{2}$ Jahre vor dem Unfall wurde keine Glykosurie festgestellt. Nach dem Unfall wurde dann auch eine Hyperglykämie von 177 mg% beobachtet. Es bestand beim Patienten eine deutliche Paradentose. Der Diabetes wurde nicht als Unfallsfolge anerkannt, da ein leichter Altersdiabetes — trotz des negativen Urinbefundes 1 $\frac{1}{2}$ Jahre vorher — wahrscheinlich schon vor dem Unfall bestand, zumal sich auch charakteristische Veränderungen des Zahnfleisches fanden. Eine vorübergehende Verschlimmerung des Diabetes ist dagegen angenommen worden. — Hingegen wurde der ursächliche Zusammenhang in einem 3. Falle anerkannt. Es handelt sich hierbei um einen familiär nicht belasteten 47jährigen Mann, der einen schweren Unfall mit Weichteilwunden im Gesicht und Gehirnerschütterung erlitt. $\frac{1}{2}$ Jahr vor dem

Unfall wurde keine Glykosurie festgestellt. Der Patient wurde nach dem Unfall bewußtlos in ein Krankenhaus geliefert. Bei der Einlieferung bestand noch keine Glykosurie. Es entwickelte sich dagegen 4 Wochen nach dem Unfall ein mittelschwerer Diabetes. *Ö. Fischer.*

Niederland, W.: Dupuytren'sche Fingerkontraktur als Unfallfolge. (*Sanat. Schloß Rheinburg, Gailingen, Baden.*) *Med. Klin.* 1933 I, 614—615.

Mehrere Monate nach einer schweren unter Eiterung abheilenden Verletzung der linken Hand mit Durchtrennung einer Schlagader am Handgelenk und der Beugesehnen des 4. und 5. Fingers entwickelt sich das typische Bild der Dupuytren'schen Kontraktur. Sie mußte hier als Unfallfolge gewertet werden, da eigentlich kein stichhaltiger Grund gegen diese Auffassung angeführt werden konnte. Es sprechen ja auch anderweitige Beobachtungen dafür, daß auch einmalige Zerr- oder Reißwirkungen der Palmarfaszie ursächlich für die Dupuytren'sche Kontraktur in Frage kommen. *Drügg (Köln).*

Blencke: Die neuropathischen Knochen- und Gelenkaffektionen in ihren Beziehungen zum Unfall. (*VII. Jahrestag. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Bochum, Sitzg. v. 3.—4. IX. 1932.*) *Arch. orthop. Chir.* 32, 553-566 (1933).

Die neuropathischen Gelenkaffektionen und Spontanfrakturen kommen zumeist bei Tabes und Syringomyelie vor, oft als Frühsymptom dieser Krankheiten. Sie können ohne jedes Unfallereignis entstehen. Eine traumatische Genese für dieselben kann nur dann angenommen werden, wenn ein wirklicher und erwiesener Unfall vorliegt, der die betreffenden Gelenke oder Knochen traf, an denen sich die krankhaften Veränderungen zeigen. Nicht selten ist der Unfall die Folge der Spontanfraktur oder Gelenkaffektion. Die neuropathischen Gelenkaffektionen und Spontanfrakturen müssen sich sogleich im Anschluß an das angeschuldigte Trauma durch klinisch nachweisbare Veränderungen bemerkbar gemacht haben. Schmerzen brauchen dank dem Grundleiden nicht aufzutreten. Ein weiter zurückliegendes Trauma kann eine „vorbereitende“ Schädigung der Knochen und Gelenke bedingt haben. Eine bereits vorhandene Gelenkaffektion kann durch ein Unfallereignis, auch ein leichtes, eine Verschlimmerung erfahren. Ist dies der Fall, so muß versucht werden, ungefähr wenigstens festzustellen, um wieviel der Verletzte schon vor dem Unfall in seiner Arbeitsfähigkeit geschädigt war; dementsprechend sind dann die Renten festzusetzen. Dies ist oft nicht ganz leicht. Bei der Bewertung der Unfallfolgen müssen die durch das Grundleiden bedingten und nachträglich sich mehrenden Veränderungen von den eigentlichen neuropathischen und anerkannten Knochen- und Gelenkaffektionen streng getrennt werden, falls das Grundleiden nicht selbst in ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall zu bringen ist; es ist nicht angängig, die durch das allgemeine zentrale Nervenleiden bedingte zunehmende Verschlimmerung, wie z. B. das Einsetzen des ataktischen Stadiums bei der Tabes, nun etwa auf Kosten des erlittenen Unfalls zu setzen. Es können auch bei der Tabes und Syringomyelie infolge eines Unfalles „normale“ Frakturen auftreten, die wir dann aber nicht als „tabische“ bezeichnen dürfen oder gar als „spontane“, sondern als normale Brüche bei einem Tabiker, die nicht etwa als neuropathische gewertet werden dürfen deshalb, weil sie bei einem Menschen auftreten, der Träger eines zentralen Nervenleidens ist. *Kurt Mendel (Berlin).*

Bonn, Rudolf: Xanthom des Kniegelenks als Unfallfolge. (*Krankenh. d. Roten Kreuzes, Frankfurt a. M.*) *Arch. orthop. Chir.* 33, 146—148 (1933).

Kasuistische Mitteilung. Eine 26jährige Arbeiterin erlitt eine Prellung des linken Kniegelenks mit hartnäckigem Gelenkerguß. Punktionen ohne Erfolg. Etwa 6 Wochen später operative Ausräumung von Blutgerinnseln aus dem oberen Kniegelenksschleimbeutel, glatte Heilung. Bald darauf erneute und zunehmende Schwellung. Etwa 2 $\frac{1}{2}$ Jahre nach dem Unfall an der Außenseite des Kniegelenks im Bereich der 8 cm langen Operationsnarbe hühneriegroße Geschwulst. Ausschälen des Tumors, der sich histologisch als Riesenzellenxanthom erweist. Glatter Heilungsverlauf. Xanthomgewebe kann beim Vorliegen einer Disposition aus Granulationsgewebe entstehen. Die Frage des Zusammenhanges zwischen Unfall und Xanthom wird vom Verf. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bejaht. *Lindemann.*

Küttner, Hermann: Über traumatische Aktinomykose und ihre Begutachtung. (*Chir. Univ.-Klin., Breslau.*) (*24. Tag. d. Südostdtsch. Chir.-Vereinig., Ratibor, Sitzg. v. 18. VI. 1932.*) *Brun's Beitr.* 156, 447—460 (1932).

Das Hauptgewicht bei der Begutachtung einer traumatischen Aktinomykose

legt Verf. auf die Inkubationszeit, die von 4 Wochen bis zu vielen Jahren (in einem Falle 37 Jahre!) Dauer sein kann. Von größter Bedeutung ist naturgemäß auch immer der Sitz der Erkrankung.

Klehmert (Celle).

Grandi, Giulio: *Contributo alla conoscenza dell'actinomicosi cervico-facciale con particolare riguardo alla relazione fra trauma ed actinomicosi.* (Beitrag zur Kenntnis der Aktinomykose im Bereiche des Halses und Gesichtes mit besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zwischen Trauma und Aktinomykose.) (II. *Reparto Chir., Sez. Stomatol., Osp. Regina Elena, Trieste.*) Arch. Chir. Oris (Bologna) 1, 275—328 (1932).

Verf. weist unter Berücksichtigung eines Falles, in dem ein Unfall geltend gemacht wurde und der zu wiederholten Begutachtungen geführt hatte, darauf hin, daß der Zusammenhang zwischen Unfall und Aktinomykose nicht ohne weiteres abgelehnt werden kann und daß eine genaue Beurteilung des Einzelfalles notwendig ist. Zweifellos handelt es sich um eine Berufskrankheit. Unfallmäßige Entstehung kann nur dann angenommen werden, wenn es sich um eine einwandfreie Verletzung im Bereiche der Mundhöhle handelt, die gleichzeitig zum Eindringen der Sporen führt oder wenn im Bereiche des latenten Herdes es zu einer Verletzung kam und anschließend die bis dahin latente Krankheit offenbar wird.

M. Strauss (Nürnberg).

Maiditsch, L.: *Zur Frage der Carcinombildung nach Trauma.* (*Chir. Univ.-Klin., Köln.*) Dtsch. Z. Chir. 238, 508—513 (1933).

Es werden die Krankengeschichten zweier Fälle traumatischer Krebsbildung beschrieben, bei denen der Zusammenhang von einmaligem und wiederholtem Trauma mit Blastombildung als „naheliegend“ aufgefaßt wird.

I. Eine 39jährige gesunde Frau erlitt im August 1930 eine Quetschung mehrerer Fußzehen beider Beine durch das Herabfallen eines Bottichs. Es entstanden Blutunterlaufungen an den betroffenen Zehen. An der 2. Zehe des rechten Fußes außerdem eine blutige Spaltung des Endgliedes. Sämtliche betroffenen Nägel stießen sich ab. Die Schwellungen gingen zurück, hinterließen lange Zeit blaue Flecke. Rechterseits bildete sich aber ein Geschwür im Bett des gespaltenen Nagels, von der Patientin als „wildes Fleisch“ bezeichnet. Wegen zunehmender tumorhafter Wucherung wurde die Enucleation der 2. Zehe rechterseits gemacht. Histologisch wurde die Diagnose medulläres Plattenepithelcarcinom gestellt. Als auffallend wird der Mangel an Verhornung hervorgehoben. Nirgends war Narbenbildung merkbar, demnach handelte es sich um akute Krebsbildung durch einmaliges Trauma. — II. Ein 65jähriger Fabrikdirektor erlitt 1879 durch ein Trauma weitgehende Zerreißen der Weichteile in der Ellbogengegend. Im November 1931, also 52 Jahre später, wurde der narbig verwachsene Ellbogen ein zweites Mal durch heftiges Anprallen an die Wand verletzt. Kurz darauf schon begann Ulceration und Wucherung des narbigen Gewebes unter Verwandlung in eine Geschwulst. An der Klinik zeigten sich flache, halbkugelige und blumenkohlartige Gewächse. Es wurde die radikale Ausschälung mit dem elektrischen Messer mit Anteilen des beteiligten Periostes vorgenommen. Diagnose Carcinoma simplex. Bei diesem Falle wird noch eine allgemeine Disposition zur Geschwulstbildung, Carcinom und Keloid, angenommen.

K. Ullmann (Wien).

Hauser, Walter: *Krebs und Unfall.* (*Path. Inst., Univ. Tübingen.*) Mschr. Krebsbekpfig 1, 241—255 (1933).

Die Arbeit enthält die kritische Beurteilung einer Reihe von Krebsfällen, in welchen das Carcinom als Unfallsfolge angesehen wurde. Hauser kommt dabei zu dem Ergebnis, daß unter dem Heer von Verletzungen im Weltkriege nur 8mal ein Zusammenhang zwischen Carcinom und Trauma erörtert werden kann (darunter finden sich auch noch Verletzungen aus den Kriegen 1864 und 1870/71), und daß auch in diesen wenigen Fällen der Zusammenhang zweifelhaft scheint. Zahlreicher in Betracht kommend sind die Friedensverletzungen. Hier sind es 262 mit angenommener Carcinomfolge. Es handelt sich um 104 Hautcarcinome, 81 Mammakrebse, 5 jüngere Krebse, 42 Carcinome des Verdauungstractus und 14 Urogenitalkrebse, außerdem noch um 4 weitere Krebse. Unter den 104 Hautkrebsen ist 12mal ein Zusammenhang zwischen Unfall und Carcinom nachweisbar, unter den 81 Mammakrebsen befindet sich überhaupt kein Fall, in dem der Zusammenhang sicher nachzuweisen wäre. Bei den Intestinalcarcinomen ist das ebenso. Der sichere Nachweis, daß ein Magencarcinom durch Unfall entstanden ist, fehlt. Auch bei den Urogenitalcarcinomen gestattet nur ein Fall von Hodencarcinom

die Annahme eines Zusammenhangs mit einem Trauma. H. bemängelt es, daß viele in der Literatur erwähnte Fälle ungenügend beschrieben und für eine kritische Beleuchtung unverwendbar sind. Genaue Beobachtung des Unfalls, der Zeit und des Krankheitsverlaufs, ferner exakte mikroskopische Untersuchung muß in jedem Fall gefordert werden, in dem ein Zusammenhang mit einem Carcinom angenommen wird.

Otto Strauß (Berlin).^{oo}

Mouchet, Albert: Cancer de la peau par une cicatrice suite de plaie par accident du travail. (Hautkrebs auf einer Narbe nach einem Betriebsunfall.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 3. IV. 1933.*) Ann. Méd. lég. etc. **13**, 285—286 (1933).

38jähriger Mann. Arbeitsverletzung am linken Daumen mit teilweisem Abreißen des Nagels. Nach 2monatigem Wundverlauf Wiederaufnahme der Arbeit. Abermals Verletzung an derselben Stelle. Es erschien eine graue Fleischwarze am Nagelgrund, die trotz mehrmaliger Lapisätzungen wuchs, rot wurde, seröse Flüssigkeit von sich gab, schließlich stellenweise zerfiel. Die histologische Untersuchung bestätigte den Verdacht eines Epithelioms. Das zuständige Tribunal (Gewerbegericht) trug dem Autor auf, anzugeben, ob der erste oder zweite Unfall Ursache der Geschwulstbildung gewesen sei. In der Antwort wurde wohl die Verletzung der Narbe nach dem ersten Unfall genau festgestellten Datums, 31. X. 1930, als unmittelbare Ursache der Krebsbildung angenommen, aber im Gutachten darauf hingewiesen, daß ohne diese erste wirkliche Unfallverletzung die zweite gewiß geringfügige Verletzung der Narbe, deren Datum nicht einmal genau festgestellt war, niemals Krebsbildung zur Folge gehabt hätte. Auf die Frage eines Anwesenden, welche Entschädigungsquote verlangt wurde, antwortete der Autor (Mouchet): überhaupt noch keine, es könne auch eine solche noch nicht angesprochen werden, da zunächst das Ergebnis der Operation (Enucleation), ob radikal genug, abgewartet werden müsse. Wichtig jedoch war es auch schon, die Bedeutung der Narbenkrebsbildung, nur zu oft bestritten, vor dem Gerichte festzulegen, da hier die Narbe durch einen Betriebsunfall und nicht früher einmal durch eigenes Verschulden, vorausgegangene Krankheit usw. entstanden sei.

K. Ullmann (Wien).^o

Calcegni, Amato: Carcinoma primitivo del fegato e trauma. (Primäres Lebercarcinom und Trauma.) (*Istit. di Clin. Chir., Univ., Roma.*) Clinica chir., N. s. **9**, 311—320 (1933).

59jähriger Arbeiter stieß sich mit einem schweren Eisenhaken in das rechte Hypochondrium, er verlor sofort das Bewußtsein für die Dauer von 3 Stunden, an der Stelle des Traumas entwickelte sich nach einigen Tagen eine bräunliche Verfärbung. 3 Monate später traten an der verletzten Stelle wieder stärkere Schmerzen auf, welche allmählich wieder zurückgingen, aber nie vollkommen schwanden. Nach einigen weiteren Monaten war klinisch ein Tumor in der Lebergegend nachweisbar, bei der Probeparotomie fand sich die Leber mit zahlreichen harten Geschwulstknotten durchsetzt. Kurze Zeit nach der Operation kam der bereits stark kachektische Patient ad exitum. Bei der Obduktion stellte sich heraus, daß es sich um primäres alveoläres Lebercarcinom handelte, Magen und Pankreas waren frei. Die unmittelbare Aufeinanderfolge von Trauma und Erkrankung wird für die ursächliche Bedeutung der Verletzung als beweisend angesehen.

Lehrnbecher (Bruchsal).^o

Schumacher I, Willy: Die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts zur Frage der Berufskrankheiten. Med. Welt **1933**, 534—535.

Als Berufskrankheiten können nach der RVO. bekanntlich bestimmte Krankheiten bezeichnet und dann in die Unfallversicherung einbezogen werden. Von dieser Möglichkeit hat die Verordnung vom 11. II. 1929 Gebrauch gemacht und einzelne Berufskrankheiten aufgezählt, die den Tatbestand des Unfalls erfüllen ohne Rücksicht darauf, ob sie durch Unfall oder durch eine schädigende Einwirkung verursacht worden sind. Verf. weist auf die Rechtsauslegung verschiedener Berufskrankheiten durch das RVA. hin. Als „strahlende Energie“ ist vom RVA. nicht das Ausstrahlen der Ofenhitze angesehen worden, durch das sich ein Heizer sein Augenleiden zugezogen hatte. Strahlende Energie im wissenschaftlichen Sinne ist die von Elementen ausgehende Energie, deren Atome einem spontanen, d. h. ohne jeden äußeren Einfluß stattfindenden gesetzmäßigen Zerfall unterworfen sind, nicht aber die Hitze, die Brennstoffe und ihre Umgebung nach Inbrandsetzen ausstrahlen. Dies geht klar aus den in den Richtlinien erwähnten Krankheiten hervor. — Eine durch Quarzbearbeitung hervorgerufene Silicose wurde vom RVA. als Berufskrankheit nicht anerkannt, da dies nach dem Wortlaut der Verordnung nicht zulässig erschien. Bei der Bearbeitung von Quarz entstehe zwar auch kieselsäurehaltiger Staub, dieser sei aber nach der

geologischen Wissenschaft anders zusammengesetzt als Sandstein. Eine Ausdehnung des Schutzes auf dem Wege der Rechtsprechung sei aber nicht zulässig. (Da der krankheitsbewirkende Effekt der gleiche wie bei der Sandsteinbearbeitung ist, müßte dann eben die Verordnung geändert werden; Ref.) — Unter den Begriff „Erkrankungen der Muskeln durch Arbeit mit Preßluftwerkzeugen“ fallen nach dem RVA. nicht nur die anatomisch als Muskeln anzusehenden Körpergewebe, sondern auch die den Muskel versorgenden Nerven, die beide bei Beurteilung der gewerblichen Schädigung als Einheit anzusehen sind. Ausgeschlossen sind aber die funktionellen Nervenerkrankungen, die psychogen oder durch Erkrankung des Gehirns oder Rückenmarks bedingt sind. — Als „Tropenkrankheiten“ nimmt das RVA. solche an, die den Tropen und Subtropen eigentümlich sind und die dort infolge der besonderen klimatischen Verhältnisse besonders häufig vorkommen, dagegen nicht Typhuserkrankungen, da diese genau wie Pocken und Tuberkulose überall heimisch sind. — „Durch Lärm verursachte Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit“ besteht nach dem RVA. dann, wenn die gewöhnliche Umgangssprache vom besser hörenden Ohr aus einer Entfernung von über 25 cm nicht mehr verstanden wird. *Ziemke* (Kiel).

Guggenheim, R.: Bleiekzem als Berufskrankheit. Beitrag zur Interpretation von Artikel 68 und 98 der Schweizerischen Unfallgesetzgebung und zur Frage der „Übergangsrente“. Schweiz. med. Wschr. 1933 I, 277—280.

Artikel 68: „Der Bundesrat stellt ein Verzeichnis der Stoffe auf, deren Erzeugung oder Verwendung bestimmte gefährliche Krankheiten verursacht. Einem Betriebsunfalle wird im Sinne des Gesetzes eine Erkrankung gleichgestellt, wenn sie in einem die Versicherung bedingenden Betriebe ausschließlich oder vorwiegend infolge Einwirkung eines in das genannte Verzeichnis aufgenommenen Stoffes entstanden ist.“ Im Verzeichnis ist Blei enthalten. Artikel 98 Absatz 3: „Hat der Versicherte den Unfall grobfahrlässig herbeigeführt, so werden die Versicherungsleistungen mit Ausnahme der Bestattungsentschädigung in einem dem Grade des Verschuldens entsprechenden Verhältnis gekürzt.“

30jähriger Schriftsetzer, der seit 14 Jahren als Handsetzer tätig war, klagte über Brennen und Würgen im Halse, das immer während der Arbeit in der Druckerei auftrat. Tonsillektomie brachte keine Besserung. Der Laryngologe konstatierte mäßige Granulationsbildung und Austrocknung der Rachenschleimhaut. Nach einem Jahr entstand ein nässendes diffuses Ekzem des Gesichtes, das sich über Rücken und Brust ausbreitete. Testproben mit verschiedenen Bleisubstanzen fielen positiv aus, auf 10000 Erythrocyten wurden 10 basophil punktierte gezählt, was bei einem Hämoglobingehalt von 83% korr. für Bleischädigung des Blutes spricht. 0,25 mg Blei auf 2800 Urin, 0,1 mg Blei in 135 g Faeces. Da in der Literatur über Bleiekzeme nichts bekannt ist, lehnte die Versicherungsanstalt den Fall trotz der eindeutigen positiven Ekzemproben ab, so daß der Geschädigte den Prozeßweg betreten mußte. Ein erstinstanzliches Urteil wies die Klage auf Grund eines vom Internisten Dr. Roth (Winterthur) ausgefertigten Gutachtens ab, der ein Jahr nach Beginn der Hautaffektion die noch spurweise sichtbaren Ekzemreste als seborrhoisches Ekzem deutete, auf Grund dessen der Explorand als Ekzematiker bezeichnet wurde, der sich durch sein persönliches Risiko diese nicht gefährliche Krankheit zugezogen hätte. Als Lösungsversuch wurde der endogene persönliche Faktor mit 50%, das Blei ebenfalls zu 50% als Ursache proponiert. Da Art. 68 ausschließliche oder vorwiegende (also mindestens 51%) Einwirkung des betreffenden Stoffes verlangt, ist das abweisende Urteil erklärlich. Die Klage des Geschädigten wurde aber in letzter Instanz geschützt, in dem das Urteil hauptsächlich auf dem Satze von *Teleky* basierte: „Es wäre verfehlt, bei einer Erkrankung kurzerhand die Disposition des Erkrankten als Ursache anzusehen, und wir müssen uns auch vor Augen halten, daß nicht nur die mehr oder weniger Gifffesten Anspruch auf Schutz haben, sondern auch die stärker Empfindlichen, wenigstens so lange, als wir kein Mittel haben, die Gifffesten von vornherein zu erkennen und für bestimmte Arbeiten auszuwählen.“ Im Urteil wird aber Art. 98 bei eventuellem Rückfall nach Wiederaufnahme der gleichen Betätigung als Drohung angeführt, was Verf. veranlaßt, den Vorschlag zu machen, in solchen Fällen eine Übergangsrente zu bewilligen, wie sie im Gegensatz zur schweizerischen Gesetzgebung die reichsdeutsche Unfallgesetzgebung kennt. *Ganzoni* (Winterthur).

Pancoast, Henry K., and Eugene P. Pendergrass: The roentgenological aspects of pneumoconiosis and its medico-legal importance. (Der röntgenologische Gesichtspunkt

punkt bei der Pneumokoniose und seine rechtlich-medizinische Wichtigkeit.) (*Dep. of Radiol., Univ. of Pennsylvania, Philadelphia.*) *J. ind. Hyg.* **15**, 117—135 (1933).

Die Verff., welche auf dem Gebiete der Staublunge zu den ältesten und fruchtbarsten Forschern gehören, schlagen eine neue Einteilung für Röntgendiagnostik vor. Für das übliche Stadium I setzen sie „peribronchial-perivascularer Lymphknotentyp“ für Stadium II „knotiger Typ“ und endlich für Stadium III „terminale diffuse Fibrose“. Sie suchen die Bezeichnungen der Röntgendiagnostik der pathologischen Anatomie anzugleichen. Zwischen das Frühstadium (peribr.-perivasc. Lymphkn.-Stad.) und den knotigen Typ schalten sie ein frühes und ein vorgeschrittenes „interstitielles Stadium“. Dieses wird sozusagen als das missing link zwischen dem üblichen I. und II. Stadium angesehen und bildet manchmal das Übergangsstadium in den Fällen, wo das III. Stadium der Pneumokoniose gleich aus dem I. Stadium hervorzugehen scheint. Es zeichnet sich aus durch zarte diffuse Schatten oder Schleier zunächst rechts und später links vom Hilus abwärts zwischen mittlerem und unterem Drittel. Solche Schatten im Oberfeld sprechen für Tuberkulose (sie dürften dem entsprechen, was wir als indurative Prozesse im Oberfeld bezeichnen. Der Ref.). Im ganzen stellt sich die neue Einteilung der Verff. folgendermaßen dar: 1. Peribronchial-perivascularer Lymphknotentyp, 2. frühes interstitielles Stadium, 3. vorgeschrittenes interstitielles Stadium, 4. Knötchentyp, 5. vorgeschrittene diffuse oder terminale Fibrose mit Unterabteilungen: Typ der Konglomeratknoten, interstitieller Typ, massiv-fibröser Typ. Auf die Asbestose läßt sich diese Einteilung nicht anwenden. Die Verff. fordern für Amerika ein Gesetz betr. Verhütung und Entschädigung der Pneumokoniosen. *Ickert (Stettin).*

Silberkuhl: Schädigung der Atmungsorgane durch Thomasschlackenmehl. (*Krankenh. Bergmannsheil, Bochum.*) (*VII. Jahrestag. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Bochum, Sitzg. v. 3.—4. IX. 1932.*) *Arch. orthop. Chir.* **32**, 626—631 (1933).

Verf. hat 82 Arbeiter mit Thomasschlackenschädigungen beobachtet. Das sind keine spezifischen Krankheitsprozesse, d. h. solche mit Krankheitszeichen, die nur der Thomasschlacke eigen sind. Meist wird die Schädigung durch Bakterien, in erster Linie Pneumokokken, unterhalten, auch Grippeerreger und Streptokokken kommen vor. Etwa $\frac{1}{4}$ der Fälle waren Pneumonien. Die Hälfte davon war mit Rippenfellentzündung kompliziert, 1 mal mit Pneumokokkenmeningitis, 1 mal mit Abszeßbildung. $\frac{3}{4}$ der Fälle waren Bronchitiden mit allen möglichen Komplikationen, einschließlich Bronchiektasen und Emphysem. Bezüglich Therapie hat sich die Behandlung mit Optochin bewährt. Der Auswurf war in keinem Falle typisch, ebenso das Röntgenbild und die Obduktion. Die Begutachtung stützt sich in der Hauptsache darauf, daß der Betreffende in einem Thomasschlackenwerk gearbeitet hat (die Landwirtschaft ist dabei ausgeschlossen). Als äußerste zeitliche Grenze für die Inkubationszeit werden 2—3 Wochen nach der letzten Beschäftigung mit Thomasschlackenmehl angesehen. Die Erkrankung an Lungentuberkulose nach Einatmung von solchem Staub konnte in keinem einzigen Falle als entschädigungspflichtig anerkannt werden, was nicht ausschließt, daß sich doch einmal nach einer überstandenen Schlackenpneumonie eine frische Tuberkulose geltend macht. *Ickert (Stettin).*

Genkin, S., und A. Raschewskaja: Zur Klinik und Diagnostik der chronischen Anilinvorgiftung. (*Therapeut. Abt., Obuch-Inst. f. d. Erforsch. d. Gewerbekrankh., Moskau.*) *Zbl. Gewerbehyg., N. F.* **10**, 29—36 (1933).

Untersuchungen an 70 klinisch und poliklinisch behandelten Anilinarbeitern, bei denen chronische Anilinvorgiftung angenommen werden konnte. Irgendwie charakteristische Blutbefunde konnten nicht erhoben werden. Verringerung der Atemkapazität des Blutes, bläuliche Verfärbung der Lippen, Methämoglobin, Heinzsche Körperchen im Blut, p-Amidophenol im Urin wurden zwar als flüchtige Symptome der akuten Vergiftung festgestellt, waren jedoch nicht von Dauer, da das Anilin offenbar keine stabilen Depots bildet. Fälle von ausgesprochenem chronischen Anilinismus kommen

offenbar nicht vor. Auch die in einigen Fällen festgestellten nervösen Klagen der Arbeiter, wie Kopfschmerz, Schwindel, Reizbarkeit, Gedächtnisschwäche, Schlaflosigkeit, Tremor der Hände werden nicht mit Sicherheit als Folge der Anilineinwirkung aufgefaßt. Es wird nur angenommen, daß der chronischen Intoxikation „eine gewisse Bedeutung“ dabei zukomme.

Panse (Berlin).^o

Mauclaire et Minet: Arthrite traumatique et professionnelle du coude par trépidation chez un marbrier. (Traumatische und Berufsarthritits des Ellbogengelenkes infolge Erschütterung bei einem Marmorschleifer.) (*18. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 22.—24. V. 1933.*) *Ann. Méd. lég. etc.* **13**, 404—405 (1933).

Ein 30-jähriger Marmorschleifer, der seit seinem 15. Lebensjahre an einer Drehscheibe beschäftigt war, zeigte eine typische arthritische Veränderung des Ellbogengelenkes, welches beim Andrücken des Schleifwerkzeuges starken Erschütterungen ausgesetzt war. Zwei instructive Abbildungen zeigen die arthritischen Veränderungen des Gelenkes und die Stellung des Arbeiters bei der Marmorbearbeitung. — Auf ähnliche Veränderungen bei Arbeitern, welche sich bei der Straßengrundlegung bestimmter Perforationsmaschinen bedienten, hat Monlonguet hingewiesen. Sie sind als Berufskrankheit anzusehen und als entschädigungspflichtig anzuerkennen.

Kalmus (Prag).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

Glover, Edward: Zur Ätiologie der Sucht. *Internat. Z. Psychoanal.* **19**, 170—197 (1933).

Der Sucht liegt eine Abwehrfunktion zur Beherrschung sadistischer Regungen zugrunde, die stärker sind als die bei der Zwangsneurose. Die Sucht bildet einen Schutzwall gegen Angstgefühle, die psychotische Grade erreichen könnten. Unbewußte homosexuelle Phantasien, die man bei Süchtigen findet, stellen einen Restitutionsversuch dar. Für die Wahl der schädlichen Sucht ist das Moment des Sadismus entscheidend.

Erwin Stengel (Wien).^o

Schükriü, Ahmed: Intravenöser Morphiummißbrauch. (*Staatl. Irren- und Nervenanst. Bakirköy b. Istanbul.*) *Allg. Z. Psychiatr.* **98**, 426 (1932).

Kurze Beschreibung eines Falles von intravenösem Morphiummißbrauch bei einem 31-jährigen Arzte, der sich täglich 0,40—0,50 Dosenstärke intravenös verabreichte. Sofortiger Eintritt des Rauscherfolges, manchmal von einer Art Schüttelfrost begleitet. Morphiumentziehungskur wie sonst auch.

Germanus Flatau (Dresden).^o

Kronfeld, Arthur: Zur klinischen Deutung des sogenannten Abstinenzdeliriums der Morphinisten. *Jkurse ärztl. Fortbildg* **24**, 29—38 (1933).

Zum Unterschied vom Alkoholiker und Cocainisten zeigt der Morphinist nur selten sog. Delirien, und zwar immer nur in der Abstinenz, nie aber im Zustande der Intoxikation. Untersuchungen des Verf. haben ergeben, daß die sog. Abstinenzdelirien der Morphinisten keine echten Delirien sind, sondern aus den Elementen der einfachen Halluzinose und der hysterischen Reaktion, wenn auch in verschiedenem Mischungsverhältnis, aufgebaut sind. Wo die Struktur der Psychose von dieser Formel abweicht, ist nach der Ansicht des Verf. immer gleichzeitiger Mißbrauch mehrerer Gifte anzunehmen.

H. Kogerer (Wien).^o

Flaig, T.: Statistisches über Rauschvergehen — Gerichtsentscheidungen — Reformwege. *Dtsch. Ärztebl.* **1933 I**, 162—164.

In Nürnberg betrug die Zahl der Alkoholvergehen im Jahre 1931 1727 = 2,7% aller Straffälle und 4,2% der Straffälle ohne die Verkehrsstrafhandlungen. Bei Leidenchaftsvergehen stieg die Ziffer auf 10% (Beleidigung von Polizeibeamten 45,9%, Widerstand gegen die Staatsgewalt 32,6%). In den Monatsanfängen häufen sich die Trunkenheitsstraftaten, sinken in der zweiten Monatshälfte und steigen gegen Monatsende wieder an, entsprechend der Auszahlung der Lohngehälter. — In Halle an der Saale war die Gesamtzahl viel niedriger (240 unter insgesamt 2034 Fällen oder 11,8% (für Totschlag, Polizeibeamtenbeleidigung und Widerstand gegen die Staatsgewalt, Sachbeschädigung, Hausfriedensbruch, Körperverletzung, Sittlichkeitsvergehen und Verbrechen sowie verkehrspolizeiliche Übertretungen und Vergehen). Auch hier zeigt die zeitliche Gruppierung der Alkoholfälle eine stärkere Belastung von Wochenende und Wochenanfang, des Monatsbeginns und etwas weniger des Monatsendes. — Die Stel-