

nen werden kann. Ein Abbinden des Magens ist nur bei Vergiftungsverdacht nötig, wenn eine chemische Untersuchung vorgenommen werden soll. Jedenfalls erscheint die Eröffnung des Magens an der kleinen Krümmung, wie sie Verf. angibt, weniger empfehlenswert als an der großen, denn bei ersterer Art ist es nicht möglich, den Magen in seiner ganzen Fläche auf dem Sektionstisch auszubreiten und die Schleimhaut in allen Teilen zu untersuchen. Dabei soll noch bemerkt werden, daß Sektionen überhaupt nur von Ärzten vorgenommen werden sollen, die die Technik mit allen den Umständen angepaßten Abänderungen vollkommen beherrschen. Ist dies nicht der Fall, so wird auf die Technik derart viel Aufmerksamkeit verwendet, daß geringe Befunde, und um solche handelt es sich vielfach beim plötzlichen Tod, nur allzu leicht übersehen werden. Obwohl mehrfach auf den Tod aus gewaltsamer Ursache hingewiesen wird, sind Angaben über die Untersuchungsarten auf Fett- oder Luftembolie nicht enthalten. *Breitenecker.*

**Mahrburg, St.: Noch eine Anfertigungsart anatomischer Musealpräparate.** (*Anat.-Path. Inst., Univ. Wilno.*) *Virchows Arch.* **289**, 312—314 (1933).

Der Verf. beschreibt die Anfertigung von Sammlungspräparaten durch Einbettung des Präparates auf eine Glasplatte in Gelatine-Glycerin und durch darauffolgendes Übergießen mit einer Teermasse. *Werthemann (Basel).*

### **Versicherungsrechtliche Medizin.**

**Gruber, Georg B.: Die Unfallsektion und ihre Bedeutung.** (*Path. Inst., Univ. Göttingen.*) *Msehr. Unfallheilk.* **40**, 321—335 (1933).

Der Vortr. verbreitet sich in populärer Weise über Sektionen und deren Bedeutung, wobei er mit Angriffen auf nicht genügend geschulte Ärzte, auch Amtsärzte mit geringer Übung, nicht zurückhält. Gruber weist auf die Wichtigkeit der anschließenden mikroskopisch-histologischen Untersuchungen der Organe hin. „Die Unfallsektion dem Pathologen!“ kann man als Motto über die weiteren Ausführungen setzen [vgl. die Vorträge auf der Leipziger Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin 1931, insbesondere Arndts, diese *Z.* **18**, 171 (1932)]. — Bemerkenswert ist noch G. Kritik an der Art der Einsendungen (vielfach kritiklos, ohne Zusätze, ohne Erläuterungen) sowie seine Kritik an der Verwendung von Sektionsschemata, wie sie die Gerichtsärzte vielfach verwenden würden. Die Bedeutung der Anamnese für die Unfallsektion wird hervorgehoben, die Unterscheidung unmittelbarer und mittelbarer Todesursachen, die verschiedenen Grade der Wahrscheinlichkeit bzw. Sicherheit des Zusammenhanges zwischen Unfall und Tod. Der Begriff „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ wird angeführt, aber nicht nach der bekannten Reichsgerichtsentscheidung (gleichbedeutend mit der durch menschliche Mittel erreichbaren praktischen Sicherheit) erläutert. Bemerkenswert ist die Verwendung von Lichtbildern von auffallenden Organbefunden für das Gutachten. G. fordert frühzeitige Sektion. Die Bedeutung der Exhumierungen, besonders mit Hinsicht auf die Jahreszeit, wird besonders betont. Nach Vorführung einiger praktischer Beispiele kommt G. noch zu einer Ablehnung der Virchowschen Sektionsmethode für das Gehirn. Er empfiehlt, das Gehirn zur Hälfte in Alkohol, zur Hälfte in Formol einzulegen und später in Frontalscheiben zu zerlegen. G. betont noch die Bedeutung des Organzusammenhanges für die Beschreibung, ohne ausdrücklich die Verwendung der Zenker-Hauserschen Sektionstechnik, die auch technisch den Organzusammenhang so lange wie möglich wahr, zu erwähnen. Für die gerichtlich-medizinische Sektion ist diese Methode in Zukunft noch weit mehr zu berücksichtigen als bisher. Sehr bemerkenswert ist noch die Weigerung G., „den eigenen Sektionsbericht an eine andere ärztliche Stelle hinauszugeben, damit diese andere ärztliche Stelle an Hand des Protokolls das Gutachten anfertige“. Dieser Standpunkt wird eingehend begründet. Eine Begutachtung ohne Sektion lehnt G. ab. Er rechnet als pathologischer Anatom nicht mit den Fällen, in denen eine Sektion nicht oder nicht mehr gemacht werden kann und bei welcher trotzdem die Rechtsbehörden vom Mediziner Hilfe erbitten, wozu je nach Sachlage (die als solche genommen werden muß, wie sie ist) der über die entsprechenden Sachkenntnisse ver-

fügende Mediziner sich verpflichtet fühlen sollte, Auskunft zu geben, unbeschadet des Ergebnisses eines solchen Gutachtens auf Grund der Aktenlage. *Walcher* (Halle).

**Schneider, Hans: Die rechtlich-medizinischen Aufgaben bei tödlichen Unfällen in den Bergen.** (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. Zürich.*) Zürich: Diss. 1932. 81 S.

Mit der Ausbreitung des Alpinismus haben die Bergunfälle namentlich in der Schweiz eine zunehmende Bedeutung bei den rechtlich-medizinischen Untersuchungen gewonnen. Die Schwierigkeiten, die Ursache des Unfalls nachträglich zu erkennen, sind hier besonders groß. Die Bergunfälle sind teils durch mechanische Gewalten bedingt, Absturz, Steinschlag und Verletzungen durch Sportgeräte, teils sind sie auf andere Umstände zurückzuführen: Hitzschlag, Sonnenstich, Blitz, Erfrierung, Erschöpfung, Bergkrankheit, Ertrinken und Lawinenverschüttung. Es werden eine Reihe von casuistischen Erfahrungen aufgezählt. In einem besonderen Abschnitt werden die versicherungsmedizinischen Aufgaben bei Bergunfällen erörtert, sowie die Beziehungen der verschiedenen Versicherungsformen zu den Unfällen. Im Anhang berichtet R. Campell über die schweizerische Tourenversicherung in Zusammenhang mit einem beobachteten Bergunfall. Für den medizinischen Begutachter ist die Kenntnis der rechtlichen Grundlagen unerlässlich. Es ist aber auch notwendig, daß der Versicherte über das Wesen seiner Versicherung genügend aufgeklärt werde.

*Schönberg* (Basel).

**Schreck, Alfred: Über eine Fehlerquelle bei Urinuntersuchungen zwecks Begutachtung.** *Med. Welt* 1933, 986.

Verf. weist darauf hin, daß psychische Erregungen und Unbehagen vorübergehend Auftreten von Zucker- und Eiweißspuren im Urin hervorrufen können. Er empfiehlt, bei positivem Ausfall der Proben anlässlich von Untersuchungen auf Dienstfähigkeit usw. die Proben zu wiederholen.

*Timm* (Leipzig).

**Schumacher I, Willy: In welchen Grenzen ist der Beamte verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung zu ermöglichen?** *Münch. med. Wschr.* 1933 II, 1115.

Der Reichsdisziplinarhof hat in seinem Urteil vom 6. VI. 1932 (A.Z. 69/32) erklärt, die Weigerung eines Reichswehrbeamten, sich zur ärztlichen Beobachtung in eine Krankenanstalt zu begeben, bedeute keinen Verstoß gegen die Amtspflichten, wenn dieser nach den Umständen der Ansicht sein könne, daß es sich bei dem Befehl sachlich allein um die Beobachtung handelt und nicht nur um eine ärztliche Untersuchung. Die Möglichkeit, daß durch das Unterbleiben der Beobachtung der Behörde ein endgültiges Urteil über seinen Gesundheitszustand und damit die ordnungsgemäße Erledigung der Personalangelegenheit unmöglich gemacht werde, liege so ferne (? Ref.), daß sie einen so erheblichen Eingriff in die persönliche Freiheit nicht rechtfertigen könne.

*Giese* (Jena).

**Fromherz: Schadenersatzklage eines überfahrenen Arztes.** *Med. Welt* 1933, 1006—1007.

Ein Arzt war von einem Kraftwagen angefahren worden und hatte 7 Rippenbrüche und eine Lungenverletzung davongetragen. Das OLG. hat seinen Klageanspruch wegen Mitwirkung eigenen Verschuldens gegenüber dem Fahrer zu drei Viertel und gegenüber dem Halter des Wagens zur Hälfte für gerechtfertigt erklärt. Von dem Inhalt des Urteils ist folgendes bemerkenswert: Ärztliche Invalidenrente und Bezüge aus einer ärztlichen Versorgungskasse sind auf den Schadenersatzanspruch nicht anzurechnen, da sie auf Prämienzahlung beruhen und der Unfall nicht Ursache, sondern nur eine Bedingung für die Zahlung ist. Bei der Bemessung der Höhe der Zahlung ist die natürliche Minderung der Leistungsfähigkeit durch das fortschreitende Alter (der Verletzte war zur Zeit des Unfalles 70 Jahre alt) berücksichtigt worden. Als Schmerzensgeld wurden von den geforderten 4000 RM. die Hälfte zugewilligt.

*Giese* (Jena).

**Klieneberger, Carl: „Angenommene“ Gasvergiftung beim Schweißen von Nickelblech mit Silberlotdraht, glaubhafte Klagen ohne objektiven Befund. Ablehnung des Rentenanspruches nach längerem Streitverfahren.** (*Stadtkrankenh., Zittau.*) *Med. Klin.* 1933 I, 682—683.

Ein 33jähriger, schwächlicher, vegetativ stigmatisierter Mann hatte sich im Glauben an eine Gasvergiftung gelegentlich des Schweißens bei Nickelblechen mit Silberlotdraht so in Schädigungskrankheitsvorstellungen eingelebt, daß er die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft für gegeben hielt und in Anspruch nahm. Bei der ärztlichen Untersuchung war, abgesehen von natürlichen Abnutzungs- und Lebensveränderungen sowie von der genannten Anlageveränderung, ein besonderer Krankheitszustand außer dem Krankheits-

glauben nicht festzustellen. Ein durch den angeblichen Unfall etwa ausgelöster akuter Zustand war mit der 3 Wochen später wieder aufgenommenen Arbeit als erledigt anzusehen. Wenn eine, von der Berufsgenossenschaft bestrittene, Kohlenoxyd- oder Kohlensäurevergiftung vorgelegen hätte, so hätte eine derartige Vergiftung erfahrungsgemäß rasch und restlos abklingen müssen. Die bei der Untersuchung als vorhanden angesehene Erwerbsminderung um 10—15% hatte mit der angeblichen Unfallseinwirkung nichts zu tun. *Ziemke (Kiel).*

**Jungmichel, Gottfried:** *Zur Frage des ursächlichen Zusammenhanges in der Unfallversicherung.* (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Greifswald.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* **39**, 127—132 (1933).

Der Unterschied der Urteile des Reichsversicherungsamts und des Reichsgerichts betreffs der sog. Unfallneurose besteht im wesentlichen darin, daß dieses meint, daß auch die Prozeßneurose Unfallfolge sein kann, wenn sie im Zusammenwirken von Unfall, Anlage und anderen Faktoren entstanden ist, während das Reichsversicherungsamt die reine Rentenkampfneurose allgemein von der Entschädigungspflicht ausschließen möchte. Beide Spruchbehörden sind aber darin einer Auffassung, daß zwischen dem Unfall und den nervösen Erscheinungen ein adäquater ursächlicher Zusammenhang bestehen muß. Der Gutachter muß in jedem Einzelfalle genau prüfen, ob die „rein nervösen Beschwerden“ oder die „psychopathischen Reaktionen im Anschluß an den Unfall“ entstanden sind aus dem Bestreben, krank zu erscheinen und sich damit Vorteile meist materieller Art zu verschaffen, oder ob sie ursächlich bedingt wurden durch den Unfall. Eine eingehende Anamnese, Zuziehung sämtlicher Akten, auch der ehemaligen Militärkrankenspapiere, ein genauer objektiver Untersuchungsbefund, der sich auch auf die gesamte Psyche des Patienten erstrecken soll, ist von großer Wichtigkeit bei der Begutachtung von Unfallkranken. Auch sind immer die Folgen etwa bestehender schädigender Milieueinflüsse zur Beurteilung des krankhaften Zustandes und des adäquaten ursächlichen Zusammenhanges mit dem angegebenen Unfall genauestens zu prüfen. Es empfiehlt sich stets, Begutachtungen an möglichst gut geleiteten und erfahrenen Stellen vornehmen zu lassen. *Kurt Mendel (Berlin).*

**Kat, W.:** *Etwas über objektiv kontrollierbare Erscheinungen von Comotio cerebri.* (*Psychiatr.-Neurol. Klin., Wilhelmina-Gasthan, Amsterdam.*) *Psychiatr. Bl.* **37**, 105 bis 120 (1933) [Holländisch].

Verf. hat bei Fällen von Comotio und Contusio cerebri die Blutbilder untersucht; in der 1. Woche täglich, später um den anderen Tag. van Valkenburgs Befund: Leukocytose mit relativer und absoluter Lymphopenie in den ersten Tagen nach unkomplizierter Comm. cerebri, war nur in einigen Fällen nachweisbar. Öfters fand Verf. Lymphocytose übergehend in lymphocytäre Umstellung des Blutes, d. i. mehr Lymphocyten als Neutrophilen. In anderen Fällen überwog die Lymphopenie; oder Lymphocytose und Lymphopenie traten abwechselnd auf. In allen Fällen fand Verf. ein starkes, wenn auch nicht immer so ausgesprochenes Variieren der Lymphocytenwerte. Lymphocyten- und Neutrophilenkurve zeigen dabei einen entgegengesetzten Verlauf der absoluten Werte. Diese Polymorphie bleibt auch nach langer Bettruhe noch bestehen. — Der labile Puls der Patienten zeigt etwa 1 Woche nach dem Unfall Minimumwerte, meistens unter 60, bis unter 40. Die Unterschiede zwischen Tages- und Nachtfrequenz sind dann gering; später sind diese sehr stark. Verf. macht wahrscheinlich, daß diese Patienten übertags sehr stark auf emotive Reize reagieren, wodurch die Beschleunigung des Herzrhythmus auftritt. *Gewel (Amsterdam).*

**Klotz, Rudolf:** *Comotio cerebri.* *Med. Welt* **1933**, 376—377.

Selbstbeobachtung: Verf. wurde von seinem Fahrrad rücklings auf das Straßenpflaster geschleudert, schlug mit dem Scheitel auf. Er verläßt die Unfallstelle, sein Rad neben sich herschiebend, als ob nichts weiter geschehen sei. Nach etwa 2 Straßenbreiten brach er zusammen, handelt aber völlig vernünftig, ist nur erregt, redet viel und kennt sich in der Straßengegend nicht aus. Nach 5 Minuten zu Hause angelangt, hat er Mühe, die Treppe hinaufzusteigen. Dann unklar, fragt wiederholt, was sich denn eigentlich zugetragen habe. Nach 11stündigem festem Schlaf wieder vollständig klar. Doch völlige Amnesie für das, was kurz vor, bei und nach dem Unfall passiert ist; dies auch heute noch. Kein Erbrechen, keine Bewußtlosigkeit, keine Kopfschmerzen, kein Schwindel. Eine Woche nach dem Unfall

nimmt Patient seine Sprechstundentätigkeit wieder auf, anfangs mit Anstrengung. Einige Zeit bleibt noch eine auffallende Ermüdbarkeit zurück; erst nach 6 Wochen völlig wieder in Ordnung.

Also: Gehirnerschütterung ohne schwerere Symptome; gleich nach dem Unfall vollständig richtige, logische Handlungsweise; erst einige Zeit später Krankheits-symptome. Krankheitszeichen einer Gehirnerschütterung können erst einige Zeit nach dem Unfall in Erscheinung treten. Auch dann noch kann ein wesentliches Miß-verhältnis zwischen äußerer Krankheitserscheinung und tatsächlichem Krankheits-zustand des Gehirns bestehen, so daß eine Täuschung über den Ernst der Lage möglich wird. Andererseits kann die Amnesie auch bei leichterer Erkrankung ausgebreitet und permanent sein.

Kurt Mendel (Berlin).<sup>oo</sup>

**Bennett, A. E., and Howard B. Hunt: Traumatic encephalitis. Case reports of so-called cerebral concussion with encephalographie findings.** (Traumatische Encephalitis. Bericht über Fälle von Gehirnerschütterung mit encephalographischen Befunden.) (*Dep. of Neurol. a. Radiol., Univ. of Nebraska Coll. of Med., Omaha.*) Arch. Surg. **26**, 397—406 (1933).

Während bei einem Teil der Fälle von Gehirnerschütterung diffuse Zeichen einer Nervenschädigung, psychische Veränderungen oder Hirnnervenlähmungen nachweisbar sind, zeigt die Mehrzahl derartiger Fälle keine organischen Veränderungen, obwohl Klagen über Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Schlafstörungen und Unfähigkeit, sich zu konzentrieren, noch lange Zeit nach dem Trauma fortbestehen. Encephalographische Untersuchungen bei derartigen Fällen haben nun gezeigt, daß oft wesentliche Veränderungen vorliegen — Hirnatrophie, Hydrocephalus, arachnitische Prozesse —, und zwar auch nach relativ geringfügigen Kopftraumen. Man kann also keineswegs diese Fälle sämtlich den posttraumatischen Psychoneurosen zurechnen, selbst wenn der klinisch-neurologische Befund völlig negativ ist. Die Verf., die 8 encephalographisch untersuchte Fälle von Gehirnerschütterung ohne Schädelbruch kurz mitteilen, sind der Ansicht, daß es sich gar nicht selten hierbei um eine traumatische Encephalitis handelt und daß diese feinsten intracerebralen Blutungen in Verbindung mit einem Hirnödem und subarachnoidalen Blutungen in einem Teil der Fälle zu Rindentrophie bzw. arachnitischen Prozessen mit Störung der Liquorzirkulation führen. Bei allen zweifelhaften Fällen sollte daher die Encephalographie zur Klärung herangezogen werden, zumal auch in der Hälfte der mitgeteilten Fälle eine günstige Beeinflussung der posttraumatischen Beschwerden durch die Lufteinblasung zu verzeichnen war.

Hans Taterka (Berlin).<sup>o</sup>

**Pilez, Alexander: Cerebrale Arteriosklerose und Frontdienst.** Psychiatr.-neur. Wschr. **1932**, 630—632.

Verf. glaubt aus seinen Studien schließen zu können, daß die mit dem Krieg verbundenen mannigfachen Schädlichkeiten zu einem frühzeitigen Auftreten arteriosklerotischer Erkrankungen im Bereich des Nervensystems geführt haben.

Hüller (München).<sup>o</sup>

**Stehle, Franz: Zur Klinik der posttraumatischen Spätapoplexie.** (*Univ.-Nerven-klin., Freiburg i. Br.*) Ärztl. Sachverst.ztg **39**, 114—119 (1933).

28jähriger Mann erleidet mäßiges Schädeltrauma, das nur zu kurzer Benommenheit, etwas Kopfbeschwerden führte, so daß er sich in den nächsten Tagen intensiv sportlich betätigen konnte. Am 5. Tage plötzlich Bewußtlosigkeit, rechtsseitige Lähmung, motorische Aphasie. Letztere blieb bestehen, die Lähmung besserte sich im Laufe der Jahre merklich. Da andere Ursachen fehlten, wird der Fall als Spätapoplexie gedeutet. Verf. meint, daß der Unfall weniger durch direkte Hirngewebschädigung als durch Funktionsstörung der Gefäßnerven (Störung des Vasomotorenzentrums, Gefäßparalyse) oder mechanisch bedingte Ernährungsstörung der Gefäßwände wirkte und so zur Blutung disponierte. Er weist darauf hin, daß Traumaschwere, unmittelbar danach auftretende Beschwerden und materielle Gehirnschädigungen in keinem direkten Verhältnis zu stehen brauchen. Pfister (Bad Sulza).

**Malling, Knud: Neurological symptoms from trauma capitis.** (Neurologische Symptome infolge Kopftraumen.) (*6. congr. of scandinav. neurol., Copenhagen, 24. to 26. VIII. 1932.*) Acta psychiatr. (Københ.) **8**, 39—67 u. 91—96 (1933).

Als neurologischer Berater der Dänischen Arbeiterversicherung konnte Vortr.

ein großes Material verarbeiten, auf Grund dessen er zu der Folgerung kommt, daß 95% der von Hirnerschütterung Betroffenen ihre Arbeit, meist die frühere, wieder aufnehmen. Auch Dachbrüche heilen häufig ohne Folgen ab; Basisbrüche werden zu häufig diagnostiziert, insbesondere kommt Blutung aus einem Ohr unter vielen anderen Bedingungen vor. Auf die Unterscheidung der traumatischen Spätbeschwerden von psychogenen geht Vortr. nur flüchtig ein; vor einer Encephalographie warnt er entschieden. Eine Spätapoplexie nach Trauma wird anerkannt, ist aber außerordentlich selten; in 5 Fällen, die er sammelte, betrug das Intervall 2, 6, 9, 16 und 35 Tage (im 1. Fall liegt wohl eine Nachblutung, keine Spätblutung vor — Ref.). Die große Seltenheit der Epilepsie, namentlich derjenigen epileptischen Erkrankungen, welche der genuinen gleichen, nach Friedenstraumen wird betont. Ganz skeptisch steht Verf. der Hervorrufung (bzw. Provokation) anderer Hirnkrankheiten durch Kopftraumen gegenüber, insbesondere des Parkinsonsyndroms, Hirntumors und infektiöser Erkrankungen, eher kann man mitunter eine Verschlimmerung derartiger Erkrankungen durch Traumen anerkennen. Vor allem liefert ihm das eigene Material keine Anhaltspunkte für den Zusammenhang; die Literatur ist aber oft unklar. Er schließt mit einem Appell an die Gutachter, ihre Zeugnisse exakter als bisher oft geschieht auszustellen.

*F. Stern (Kassel).*

**Noica und Părvulescu: Hämatomyelie infolge Drukksenkung. (Caissonkrankheit.)** Spital. 53, 99—101 u. franz. Zusammenfassung 127 (1933) [Rumänisch].

Bei einem Taucher, der aus einer Tiefe von 70 m in 3 Minuten auf die Meeresoberfläche befördert wurde, erscheinen drohende Symptome der Gasembolie. Trotzdem taucht er wieder ins Wasser in 7 m Tiefe, wo er ungefähr 2 Stunden verweilt. Wieder an Bord gelangt, verspürt er keine Störungen mehr. Erst nach 10 Stunden stellen sich rasch fortschreitende Symptome einer kompletten Querschnittsläsion in Dorsalmark ein. Nach 3 Jahren bestehen noch spastische Paraparese, mit Sensibilitäts- und Sphincterstörungen.

*C. I. Urechia (Cluj).*

**Gallinek, Alfred, und Otto Hennig: Die traumatischen Lähmungen ohne charakteristisches Trauma und ihre Begutachtung. (Nerven- u. Chir. Klin., Univ. Halle.)** Dtsch. Z. Nervenheilk. 130, 248—261 (1933).

Verff. beschäftigen sich mit Lähmungen im Gebiete des Plexus brachialis und sacralis, die — meist bei der Arbeit — plötzlich ohne Einwirkung einer ohne weiteres ersichtlichen äußeren Noxe auftreten. Ihnen geht häufig, aber anscheinend nicht immer, eine rasche, hastige Bewegung unmittelbar voran, und sie ereignen sich nur bei Belastung des Körpers, d. h. beim Tragen oder Aufheben oder Abwerfen einer Last oder beim Auffangen eines schweren Gegenstandes. Dabei greift diese Belastung oft in der Gegend des geschädigten Plexus besonders an. Verff. berichten über 6 solche Fälle. In denselben muß man einen entschädigungspflichtigen Unfall bejahen, zumal die Erkrankung während der Betriebsarbeit in Erscheinung trat. Das Trauma besteht in der Schädigung der Plexuswurzeln durch eine anstrengende, vermutlich unzuweckmäßige Bewegung während des Tragens, Aufhebens, Abladens oder Auffangens einer Last oder auch in einer dauernden Erschütterung bei gleichzeitiger Anstrengung. Die traumatischen Lähmungen ohne charakteristisches Trauma sind zwar nicht durch das Trauma charakterisiert, aber durch ihre Verteilung (Gebiet des Plexus brachialis und sacralis), durch ihr plötzliches Auftreten beim Anheben, Heben, Tragen, Aufladen, Abladen oder Auffangen einer Last, vielleicht auch nur bei einer brüskten, kräftigen, ausfahrenden Bewegung oder nach anhaltender Erschütterung, ferner durch den ruckartigen Schmerz im Moment ihrer Entstehung, durch die Gleichzeitigkeit des Auftretens von Sensibilitätsstörungen und durch die schlechte Prognose. Die Beachtung dieser Faktoren ermöglicht es, den Lähmungen nicht nur diagnostisch, sondern auch praktisch bei der Begutachtung besser gerecht zu werden als bisher. Die schlechte Prognose läßt es notwendig erscheinen, nach Innehaltung einer Wartezeit von 4—6 Monaten eine operative Revision der geschädigten Nerven vorzunehmen, wenn sich innerhalb dieser Zeit keine Zeichen einer beginnenden Restitution bemerkbar machen.

*Kurt Mendel (Berlin).*

**Hack: Perforierende Verletzung des rechten Auges 1908, Entfernung des Auges 1913, Erblindung des linken Auges 1919 durch Glaukom — kein Zusammenhang. (Unfall Nr. 19183 der Steinbruchs-BG. Sektion IV. Köln.)** Mschr. Unfallheilk. 40, 355 bis 356 (1933).

Ein als Steinbrecher in Deutschland arbeitender Italiener erlitt im September 1908 eine perforierende Verletzung des rechten Auges durch Steinsplitter. Glatte Heilung mit Hornhaut-Lederhautnarbe mit vorderer Synechie. Visus rechts =  $\frac{5}{15}$ — $\frac{5}{10}$ , links =  $\frac{5}{6}$ . Keine Rente. 1911 wurden am rechten Auge oberflächliche und tiefere, streifenförmige Trübungen der Hornhaut festgestellt. Ein Gutachter hält diese Trübung mit Herabsetzung der Sehschärfe auf  $\frac{3}{30}$  für Unfallfolge. Zwei andere Gutachter lehnten dies ab. Das linke Auge wurde von allen 3 Gutachtern normal befunden. 1913 war der Zustand des rechten Auges sehr viel schlechter. Visus rechts = Lichtschein, Projektion normal, erhöhter Augeninnendruck. Bald trat Erblindung ein. Im Oktober 1913 wurde das rechte Auge operativ entfernt. Im März 1914 wurde, da das linke Auge gesund war, eine Rente von 35% anerkannt. 1919 war auch das linke Auge blind, nachdem eine Iridektomie die entzündlichen Erscheinungen und die Schmerzen beseitigt hatte. Ein italienischer Gutachter nahm an, daß das rechte Auge an schleichender Iridocyclitis zugrunde gegangen sei und das Glaukom des linken Auges ein sekundäres, sympathischen Ursprungs sei. Der Verlust der Sehkraft des linken Auges sei demnach Folge des Betriebsunfalles des rechten. Das Oberversicherungsamt lehnte 1922 die Ansprüche auf Entschädigung der Erblindung des linken Auges als Unfallfolge ab, indem es sich auf 2 ausführliche Gutachten stütze, deren Schlußsätze sich in der Beurteilung decken: Das rechte Auge ist an Sekundärglaukom zugrunde gegangen und 1913 entfernt worden, während noch 1915 anlässlich eines Rekurses wegen Herabsetzung der 35% Rente auf 25% nichts von einer Erkrankung des linken Auges gesagt wird. Das Glaukom des linken Auges hat sich infolge einer besonderen Anlage des Auges entwickelt. Diese Anlage bestand rückschließend auch rechts. Die Erkrankung links ist primär und nicht sympathisch bedingt. *Killmann* (Berlin).<sup>oo</sup>

**Agnello, Francesco: Retinite proliferante per trauma indiretto dell'occhio.** (Retinitis proliferans durch indirektes Trauma des Auges.) Lett. oftalm. 9, 471 bis 480 (1932).

Es handelt sich um einen Infanteristen, der während des Weltkrieges (1917) an der Hüfte verletzt wurde, wegen dieser Verletzung stürzte und dabei die linke Stirnseite heftig aufschlug. Nach Einlieferung in das Spital klagte Patient über Verminderung der Sehkraft des linken Auges. Der Patient ist seit der Zeit wegen seiner Hüftverletzung Kriegsinvalid und pensioniert. Für das Auge hat er bis in kürzester Zeit keine Entschädigung bekommen. Die Untersuchung des linken Auges ergab eine typische Retinitis proliferans Manz. Patient hat eine Begutachtung seines Auges verlangt, die vom Verf. vorgenommen wurde. Er kam zu folgendem Schluß: Die Augenverletzung ist eine typische Retinitis proliferans Manz als Folge einer starken Netzhautblutung des linken Auges. Diese Blutung ist sicher durch das starke indirekte Trauma (Sturz nach Schußverletzung) erzeugt. Der traumatische Charakter der Augenverletzung kann nicht nur durch die Anamnese, sondern durch die Einseitigkeit der Veränderung und durch das Vorhandensein von pigmentierten chorioretinitischen Herden als sicher angenommen werden. *Pflimlin* (Basel).<sup>oo</sup>

**Culpin, Millais: The occupational neuroses (including miner's nystagmus).** (Die Beschäftigungsneurosen [einschließlich Augenzittern der Bergleute].) (*Sect. of psychiatry, London, 14. II. 1933.*) Proc. roy. Soc. Med. 26, 655—666 (1933).

Verf. weist auf Grund seines eigenen Materials darauf hin, daß seiner Überzeugung nach die den Beschäftigungsneurosen zugrunde liegende „Psychoneurose“, d. h. psychopathische Verfassung, oft nicht genügend bewertet werde. Außer dem Schreibkrampf, dem Augenzittern der Bergleute wird in diesem Zusammenhang auch die Nachtblindheit als Beschäftigungsneurose aufgefaßt und auf ihre Häufung während des Krieges hingewiesen. *Panse* (Berlin).<sup>oo</sup>

**Temkin, Jacob: Die Schädigung des Ohres durch Lärm und Erschütterung.** (*Otolaryngol. Abt., II. Klin. Krankenh., I. Med. Inst. u. Obuch-Inst. f. Erforsch. d. Gewerbekrankh., Moskau.*) Mschr. Ohrenheilk. 67, 257—299, 450—479, 527—553, 705 bis 736 u. 823—834 (1933).

Umfangreiche Darstellung an Hand des Schrifttums und groß angelegter eigener Untersuchungen. An den Geräten zur Lärmmessung hat Verf. auszusetzen, daß ihre Ergebnisse auf subjektiver Prüfung beruhen, daß sie bei großem Lärm überhaupt nicht zu verwenden sind und diejenigen Frequenzen im Lärm verschweigen, die nicht gehört werden, aber doch schaden können. Er zieht die Verwendung von Registrier-

apparaten vor und beschreibt u. a. einen akustischen Oszillographen von Kasansky. Ferner beschreibt er Vibrographen von Maihak und von Bontschkowsky, da auch den Erschütterungen im lärmenden Betriebe eine wesentliche Bedeutung gebühre. Im Lärm komme es akustisch auf den „vorwaltenden“ Ton an. Mit diesen Apparaturen charakterisiert, erweist sich der Lärm in den verschiedenartigen Betrieben durchaus verschieden strukturiert, und zwar je nach Art der Beschäftigung, auch innerhalb desselben Betriebes verschieden. Die Arbeitszeit, Arbeitspausen und Lebensgewohnheiten ergeben solche Unterschiede, daß stets mehrfache Prüfungen derselben Person vorzunehmen sind. Mit der Hörprüfung mittels Stimmgabeln im Oktavenabstand auf Luft- und Knochenleitung erhielt Verf. Hörreliefs, die in bezeichnender Weise sich bei den untersuchten Betriebsgruppen, den Webern, Hammerschlägern, Kesselschmiedern, Nietern, Sensenarbeitern, Arbeitern an der Zertrümmerungsmaschine in einer Schokoladenfabrik, Flugmotorenprüfern, Stenotypisten und ähnlichen Berufen unterschieden. Auch die zeitliche Entwicklung der Störung im Laufe der Berufsausübung kann sich am Gehör in verschiedener Weise gestalten für tiefe, hohe und mittlere Töne, wie auch für die Flüstersprache. Die mittleren Töne bleiben gewöhnlich am längsten hörbar, einer „polaren Lokalisation“ der Veränderungen an der Schnecke entsprechend; die Schädigung der tiefen Töne durch akustische Wirkung sei nicht nur auf Mittelohrschädigungen, sondern auch auf Schneckenschädigung zurückzuführen. Auffallend war das frühzeitige Nachlassen des Gehörs bei den Motorenprüfern, sowie eine Hörschädigung bestimmter Art bei Leuten, die Schreibmaschinen in Räumen bedienten, in denen viele Schreibmaschinen im Betrieb waren. Bei den letztgenannten Beschäftigungen hebt Verf. hervor, daß das Hörorgan zugleich als Arbeitsorgan zu dienen habe. Ganz peinliche Berücksichtigung in der Beurteilung des Hörschadens verlangen die konstitutionellen Umstände, die vorausgegangenen Erkrankungen und beruflichen Beschäftigungen des Einzelnen, einschließlich des etwaigen Heeresdienstes, Alkoholismus und sonstige persönliche Faktoren. — Eine große Bedeutung mißt Verf. der Erschütterung im Lärm zu. Messungen der Frequenz, Amplitude und Energie der Bodenschwingungen werden verglichen mit den Ergebnissen der Hörprüfung. Es besteht anscheinend eine besondere Empfindlichkeit der Spitzenwindung der Schnecke gegen Erschütterungen, kenntlich an der Störung für tiefe Töne. Die Verstopfung des Ohres mit schalldämpfenden Massen könne durch Verstärkung des Einflusses der Erschütterung unter Umständen schädlich wirken. Sorgfältige Nachprüfungen über die Einwirkung von Mittelohrerkrankungen auf Einsetzen und Verlauf der Lärmschwerhörigkeit läßt den Verf. die bekannte Ansicht einer schützenden Wirkung durch Mittelohrveränderungen — von einem bestimmten Ausnahmefall abgesehen — nicht unterstützen. Auch hier spielt die Erschütterung eine ungünstige Rolle. Bei vorausgegangener einseitiger Mittelohrerkrankung ist in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle die Lärmschädigung sogar auf der kranken Seite die stärkere. Vor Beginn der Lärmarbeit bereits kranke Ohren scheinen einem Lärmschaden leichter zu verfallen, ein früher lärmgeschädigtes inneres Ohr von toxischen und anderen Einflüssen einer eitrigen Mittelohrerkrankung leichter in Mitleidenschaft gezogen zu werden. Auch von der Vergesellschaftung einer Lärmschwerhörigkeit mit einem Mittelohrleiden kann Verf. bezeichnende Hörreliefs von Stimmgabeluntersuchungen geben. Die Studien über die Ermüdung durch Lärm bzw. den Einfluß von Arbeitspausen zeigen bemerkenswerte Ergebnisse, die ebenfalls der Sondertätigkeit des Lärmarbeiters entsprechend verschieden ausfallen. Auch eine Reihe von Untersuchungen des Vestibularapparates bei Lärmschädigung nahm Verf. vor. Er fand wiederum in gewisser Beziehung zu den Arbeitszweigen Störungen. Sie waren jedoch nur durch die Reizmethoden des Vestibularapparates, nicht durch Spontanerscheinungen nachweisbar. Dabei handelt es sich sowohl um Unter- wie um Übererregbarkeit. Verf. ist sich wohl bewußt, daß gerade hier nervöse Momente einen wesentlichen Anteil an den Ergebnissen haben können; trotz aller Zurückhaltung meint er aber, doch schon einen gewissen Parallelismus

zwischen Arbeitsalter, Verhalten von Hör- und Vestibularapparat zu erkennen. Die Ursache der Vestibularschädigung sieht er in dem Erschütterungsmoment des Lärmes. Im letzten Abschnitt legt er seinen Standpunkt in der Vorbeugung dar. Dieser bietet, abgesehen von einer gewissen Zurückhaltung gegenüber dem Ohrverschluß, für uns nichts grundsätzlich Neues. Er schließt mit der Forderung, als Unterlage für die Verhütungsmaßnahmen erst mal mit der Hilfe von Physikern, Ingenieuren und Hygienikern die Untersuchungsmethoden zu vervollkommen, die Schalleitungsgesetze an Gebäudekonstruktionen und alle Eigentümlichkeiten, die mit der Entwicklung der Störung verbunden sind, erschöpfend zu studieren. Die vielen hochinteressanten Einzelheiten müssen in der Arbeit nachgelesen werden.

Klestadt (Magdeburg).

● **Gmelin, Walter: Der Tod im Wasser als Unfall.** (*Path. Inst., Katharinenhosp., Stuttgart.*) (H. Unfallheilk. Hrsrg. v. M. zur Verth. H. 16.) Berlin: F. C. W. Vogel 1933. 48 S. RM. 3.60.

Das Thema war von dem Direktor des Pathologischen Instituts am Katharinenhospital in Stuttgart, Prof. H. Siegmund, als Prüfungsarbeit für die Prüfung im ärztlichen Staatsdienst für Württemberg gestellt. Zweck der Publikation ist es, zu einer Diskussion der sich ergebenden Fragen anzuregen und insbesondere auch eine Stellungnahme der Juristen zu den strittigen Fragen herbeizuführen. Das zugrunde liegende Aktenmaterial entstammt der Generaldirektion der Allianz und Stuttgarter Verein, sowie der Vertretung der Schweizerischen Unfallversicherungs-Gesellschaft Winterthur in Stuttgart.

Die Arbeit bringt eine Darlegung der wichtigsten Rechtsbegriffe in der privaten Unfallversicherung, der Plötzlichkeit des Unfalles, der unfreiwilligen Gesundheitsschädigung, der Einwirkung des Ereignisses von außen, und des Ereignisses. Es folgt dann eine Darstellung der wichtigsten gerichtlich-medizinischen Tatsachen über die Feststellung des Ertrinkungstodes. Im 3. Abschnitt (S. 13—29) wird der Tod im Wasser durch andere, ursächlich mit dem Wasser zusammenhängende Faktoren erörtert. Verf. geht auf das spezifische Gewicht des Wassers und des Körpers ein, also das Schwimmen des Körpers im Wasser. Hier hätte man gern auch etwas über die Wirkung der Kleidung gehört. Von Bedeutung ist der Druck des Wassers. Bekanntlich hebt der Riva-Roccische Apparat bei einem Druck von 130 mm Hg den Blutkreislauf im Arm völlig auf. Diesem Hg-Druck entspricht eine Wassersäule von 170—180 cm Höhe. Ein Untertauchen in diese Tiefe unter die Wasseroberfläche muß also auf den Kreislauf dieselbe Wirkung haben wie der Druck der Armmanschette bei Messung des Blutdruckes. Es ist verständlich, daß unter solchen Umständen, besonders bei geschwächtem oder erschöpftem Herzen der Tod eintreten kann. In einem solchen Falle würden die Erfordernisse eines Unfalles erfüllt sein, da der Druck des Wassers ein „plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis“ ist und die Gesundheitsschädigung „unfreiwillig“ erlitten wird. Verf. geht auch auf die Bedeutung des mit Speisebrei gefüllten Magens, die Behinderung des Zwerchfelles bei der Atmung, auf die Physiologie des Brechaktes (leider nur kurz) ein. Es folgt die Überwindung des Widerstandes des Wassers durch die Schwimmbewegungen. Die letzteren sind Eigenbewegungen und keine von außen wirkenden Ereignisse. Die Schwimmbewegungen wirken außerdem nicht plötzlich, d. h. unerwartet. Verf. zieht eine Parallele mit dem Marathonläufer und kommt zu dem Schluß, daß das plötzliche Versagen des Herzens infolge von Überanstrengung nicht unter § 2 II 1a der Versicherungsbedingungen fällt. Anders liegt der Fall, wenn die Erschöpfung zu einem Unvermögen führt, sich noch länger über Wasser zu halten; in solcher Lage wird der Schwimmer um Hilfe rufen. In dem allmählichen Untersinken wird das Kriterium für den Ertrinkungstod liegen und der Unfall anzuerkennen sein. Dagegen bedingt der Eintritt einer Ohnmacht und Bewußtseinsstörung ein plötzliches Untersinken. Dieser Vorgang ist von der Versicherung ausgeschlossen. Schließlich kommt noch die Temperatur des Wassers in Frage. Wenn eine Person in brühendes Wasser stürzt, liegt ein von „außen wirkendes Ereignis“ vor. Setzt sich dagegen eine Person einer zu hohen Temperatur des Badewassers aus, so liegt nach § II 2b der Versicherungsbedingungen (Ausschluß von



Temperatureinflüssen) kein Unfall vor. Eindringen kalten Wassers durch einen Trommelfelldefekt in das innere Ohr kann zu calorischem Nystagmus und Bewußtseinsstörung durch den Kältereiz führen, deren Folgen nach § 3 Abs. 4 von der Versicherung ausgeschlossen sind. Unfall liegt aber vor, wenn bei einem Kopfsprung eine Verletzung des Trommelfells verursacht wird und durch den entstandenen Defekt das Wasser in das Mittelohr dringt. Shocktod bei Thymus persistens durch Kältewirkung des Wassers gehört unter Gesundheitsschädigung durch Temperatureinflüsse und gilt nicht als Unfall, das gleiche gilt von Herzlähmung durch Shockwirkung durch die Kälte des Wassers. Der 4. Abschnitt beschäftigt sich mit den nur indirekt mit dem Wasser zusammenhängenden oder zufällig im Wasser eintretenden Todesursachen. Verletzungen beim Sprung in das Wasser, namentlich beim Kopfsprung, evtl. Trommelfellverletzungen, anschließend Schlag, Krampf, Ohnmachts- und Schwindelanfälle mit ihren Folgen sind entschädigungspflichtige Unfälle. Sonnenstich scheidet aber als Unfallfolge aus. Der Begriff des „plötzlich“ liegt im allgemeinen nicht vor, wenn bei extrem niedrigem Luftdruck in großer Meereshöhe eine Person in einem Bergsee badet, unter Luftmangel leidet und mit geschwächtem Herzmuskel zugrunde geht. In dem Moment, als die Gesundheitsschädigung eintrat, handelt es sich nicht um ein neues plötzlich wirkendes Ereignis, so daß der Unfallbegriff nicht gegeben ist. Sehr wichtig ist die genaue Berücksichtigung von „Krankheiten und Gebrechen“ beim Tode im Wasser (§ 7 Abs. 1 der Versicherungsbedingungen). In Betracht kommen u. a. das Sportherz, das hypoplastische Herz und die Hypoplasie der Aorta, organische Erkrankungen des Herzmuskels, der Herzklappen und der Herzgefäße, ferner der Status thymo-lymphaticus; auch auf die Preßatmung geht Verf. ein, schließlich auf den Ertrinkungstod infolge von Schlag, Krampf, Ohnmachts- und Schwindelanfällen, von Geistes- und Bewußtseinsstörungen (S. 33—44). Es würde zu weit führen, ausführlich auf diese Dinge einzugehen. Der Leser wird erkennen, daß strengste Sachlichkeit bei der Beurteilung eines Unfalles notwendig ist; vielfach mag die Kenntnis in diesen mehr juristischen als ärztlichen Entscheidungen fehlen. Um so wichtiger ist es, daß die Gerichtsärzte die notwendige Sachkenntnis besitzen. Das vorliegende Werkchen sei daher allen Gutachtern auf dem Gebiete der Privatversicherung bestens zum Studium empfohlen.

Lochte (Göttingen).

**Muller et Marchand: L'ictère dans la submersion.** (Ikterus in einem Ertrinkungsfalle.) (*18. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 22.—24. V. 1933.*) *Ann. Méd. lég. etc.* **13**, 430—433 (1933).

4 Minuten nach dem Sturz wurde ein Lieferwagenchauffeur aus dem Wasser gezogen, dank künstlicher Atmung ins Leben zurückgerufen, somnolent ins Krankenhaus gebracht und dort wegen einer Verletzung der Hand gegen Tetanus gespritzt. Extreme Müdigkeit während der ersten Tage. Temperatur zunächst normal, vom 12. bis 15. Tage Oszillationen um 40°, dann 5 Tage um 39°, alsdann bei 37,5°. 18 Tage nach dem Unfall waren eine Serumuntersuchung und eine Blutkultur negativ. Während dieser ganzen Periode starke Müdigkeit und Abmagerung. Ohne jegliche Magen-Darmstörungen erschien dann ein Subikterus bei normalem Leber- und Milzbefund. Am 17. Tage Urin rötlich, trübe, Albumen 30 cg im Liter, keine roten Blutkörperchen, dagegen Leukocytenschleimzylinder, Epithelien und banale Bakterien; in den nächsten 9 Tagen Abnahme des Eiweißgehaltes. Langsame Genesung und Heilung nach nahezu 3 Monaten.

Die retrospektive Diagnose dieser ikterischen Erkrankung bietet Schwierigkeiten. Gegen eine Spirochätose spricht das Fehlen von Leber- und Milzhypertrophie. Eher käme ein gutartiger infektiöser Ikterus in Frage. Die Autoren denken aber auch an eine Hämolyse, die bedingt wäre durch das bruske Einstromen von Flüssigkeit in den Kreislauf während des Ertrinkens. Brouardel und Vibert haben Veränderungen der Erythrocyten während des Ertrinkens experimentell erzeugen können. Jamakani und Kumao haben bei langsamem experimentellem Ertrinken im Urin von Tieren Hämoglobin gefunden. Die „Inkubation“ von 10 Tagen zwischen Unfall und ersten infektiösen Erscheinungen scheint den Autoren doch eher für eine infektiöse Ätiologie

zu sprechen. Sorel hat im März 1933 in Toulouse über einen in mancher Hinsicht analogen, allerdings letal endenden Fall berichtet. *Eisner* (Basel).

**Chavigny, P.: Les cas de défiguration.** (Über die Fälle von Entstellten.) *Rev. internat. Criminalist.* 5, 355—359 (1933).

Bei der medizinischen Begutachtung der Gesichtsentstellung sind Geschlecht, Alter, Beruf und psychische Reaktion der Verletzten von Bedeutung. Auch muß die Möglichkeit einer kosmetischen Operation in Betracht gezogen werden. Im allgemeinen bleibt die Arbeitsfähigkeit erhalten, jedoch ist die berufliche Neigung, besonders bei Verkäuferinnen, Zofen, Dienern und Kassiererinnen herabgesetzt. Ferner ist die Beeinträchtigung der Heiratsmöglichkeit zu berücksichtigen. Meistens handelt es sich um Autounfälle. In der Pensionskasse des Militärs wird die Entstellung mehr gewürdigt als bei der Unfallversicherung. Durch Vergleich von Photographien der Entstellten mit dem Verletzten wird die prozentuale Abschätzung des Einzelfalles ermöglicht. Die Fälle werden sowohl vor dem Strafgericht wie vor dem Zivilgericht behandelt. Der Arzt muß sich über sämtliche in Betracht kommende medizinische Fragen eingehend unterrichten und dementsprechend sein Urteil, das sowohl ein diagnostisches wie ein prognostisches ist, abgeben. *Foerster* (Münster i. W.).

**Beretta, A.: La valutazione delle lesioni della bocca in medicina forense.** (Die Bewertung der Verletzung des Mundes in der forensischen Medizin.) (*Clin. Odontoiatr., Univ., Bologna.*) *Riv. ital. Stomat.* 2, 535—539 (1933).

Die verschiedene Rechtsprechung in den verschiedenen europäischen Ländern, insbesondere bezüglich des Schadenersatzes bei Mundhöhlenverletzungen, werden besprochen. Es ist zu unterscheiden zwischen den Folgen eines Betriebsunfalles, welcher Zerstörungen innerhalb der Mundhöhle, an den Zähnen, an den Kiefern und in der Umgebung des Mundes an der Gesichtshaut bewirkt hat, und der Schadenregelung, welche im Zivilprozeß erfolgt. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit an sich ist oft selbst bei Kieferbrüchen, Brüchen des Alveolarfortsatzes oder dem Verlust mehrerer Zähne sehr gering, während im Zivilprozeß auch kosmetische Fragen eine Rolle spielen und gelegentlich zu hohen Bußen führen. Die staatliche Unfallversicherung kann einen Verletzten dazu zwingen, eine gut sitzende Prothese zu tragen. Das ist nicht der Fall, wenn es sich um Folgen einer strafbaren Handlung oder eines Haftpflichtfalles handelt.

*Ruge* (Frankfurt a. d. Oder).<sub>o</sub>

**Baumecker, Heinz: Gelenkfixierung und Unfallbegutachtung.** (*Chir. Univ.-Klin., Greifswald.*) *Arch. orthop. Chir.* 33, 190—193 (1933).

Die Gelenkflüssigkeit tritt nur bei Bewegungen aus dem Capillargebiet des sub-synovialen Gewebes in den Gelenkhohlraum über, und zwar an Stellen, wo die Intimazellen physiologisch degenerieren. Beim Aufhören der Gelenkbewegungen durch Ruhigstellung des Gelenkes wird die Bildung der Synovia gehemmt und ihre Zusammensetzung verändert. Dieses ist die Voraussetzung für Knorpelschädigungen. Daher erklärt sich die Verschlimmerung einer schon bestehenden Arthritis deformans, was auch in der Unfallbegutachtung zu berücksichtigen ist. *Hellner* (Münster).<sub>o</sub>

**Brizard, Ch.: Un exemple de traumatisme bienfaisant.** (Ein Beispiel eines „wohl-tätigen“ Unfalles.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 3. IV. 1933.*) *Ann. Méd. lég.* etc. 13, 287—289 (1933).

Verf. versteht darunter Unfälle, bei denen oder infolge deren vorher unerkannte schwere Krankheiten zur ärztlichen Kenntnis kommen und dann auch erfolgreich behandelt werden können.

Verf. berichtet von einer 54jährigen Frau, die durch Sturz auf einen Milcheimer sich eine Quetschung der rechten Brustseite zuzieht. Bei der Untersuchung findet sich außer einer Blutung in der Brustgegend eine Anschwellung der Achseldrüsen, die den Verdacht von Tumormetastasen erwecken. Bei der darauf vorgenommenen Operation wird ein Mammacarcinom entfernt, das mit dem Trauma nichts zu tun hat, aber durch das Trauma erkannt und entfernt werden konnte. *G. Strassmann* (Breslau).

**Warburg, Erik: Traumatische Herzerkrankung. Panzerherz — Picksehe Krankheit.** (*Univ.-Med. Klin., Afd. B, Rigshosp., København.*) Nord. med. Tidsskr. 1933, 833—836 [Dänisch].

Bei einem jungen Mann, 28jähriger Chauffeur, hatte sich in den letzten Jahren eine Krankheit entwickelt mit Leberschwellung, Ascites und beträchtlicher Herzerweiterung. Das Herzleiden war führend, da weder Gelbsucht bestanden hatte noch Alkoholmißbrauch, keine Anzeichen für maligne Tumoren und Tuberkulose vorhanden waren. Für die Unmittelbarkeit des Herzleidens sprach auch die elektrokardiographische Untersuchung. Weder rheumatische noch luische noch thyreotoxische Ätiologie traf zu. Am meisten schien eine Verwachsung des Herzbeutels in Frage zu kommen. Hierfür sprach das Röntgenbild, in dem namentlich ein Kalkschatten im Bereich des Herzschattens auffiel. Als Ursache für die Entstehung des Panzerherzens kam höchstwahrscheinlich ein Unfall in Frage. Patient war vor 2 Jahren auf die linke Brustseite gefallen, hatte dabei etwas Blut gehustet, wobei er wahrscheinlich auch eine Blutung in den Herzbeutel erhalten hatte, aus der sich die Verwachsung und Verkalkung entwickelt hatte.

H. Scholz (Königsberg).

**Fischer-Wasels, Bernh.: Lungenkrebs durch Brustquetschung? Ein Gutachten.** (*Senckenberg. Path. Inst., Univ. Frankfurt a. M.*) Mschr. Unfallheilk. 40, 335—346 (1933).

Der Verf. bespricht an Hand eines einschlägigen Falles von Lungenkrebs den Zusammenhang zwischen Trauma und Krebsentstehung.

In vorliegendem Falle war bei einem Autounfall mittelstarker Natur eine Quetschung der rechten Brust neben anderen leichteren Verletzungen an den Extremitäten erfolgt. Todesursache: Carcinom der linken Lunge. Den verschiedenen positiv im Sinne des Zusammenhanges zwischen Unfall und Krebsentstehung geschriebenen Gutachten stellt Fischer-Wasels seine negative Ansicht gegenüber.

Auf Grund seiner Arbeiten über dieses Thema ist die Zeit von 15 Wochen zwischen Unfall und Tod, wie im vorliegenden Falle, zu kurz, da der Regenerationsprozeß zwischen Verletzung und Geschwulst ein weit größerer ist. Eine solche kurze Spanne Zeit der Entstehung zwischen Geschwulst und Unfall ist beim Menschen ausgeschlossen, zumal in diesem Falle noch hinzukommt, daß das Trauma anscheinend nur die rechte Brustseite getroffen hatte. Auch ist die Brustquetschung nicht eine schwere gewesen, da weder Rippenbruch noch blutiger Auswurf beobachtet wurde. Reine klinische Beobachtungen können hier nicht maßgebend sein, da man nie weiß, wie lange schon vorher dies Carcinom bestanden hat, da dasselbe ohne jede klinische Erscheinung in seiner ausgebreitetsten Form vorhanden gewesen sein kann, wie allgemein bekannt ist. Anders steht es mit der Frage der Verschlimmerung. Diese bejaht der Verf. mit 10%, da der Unfall für den bereits erkrankten Körper eine schwere Belastung darstellt. Auf Grund dieser Arbeit und der Arbeit des Verf. und seiner Schüler wird eine weit längere Latenzzeit als 15 Wochen zwischen Unfall und Geschwulst verlangt und zudem muß das Trauma am Orte der Geschwulstentstehung erfolgt sein. Bei einem Falle von Wells und Cannon, wo ein Trauma der linken Brust mit Bruch der 3., 4. und 5. Rippe stattgefunden hatte, wo nach 1 Jahr an der Stelle des Traumas ein Krebs der linken Lunge festgestellt wurde, wird der Zusammenhang zwischen Unfall und Geschwulst zugegeben. (Wells u. Cannon, vgl. diese Z. 16, 141.) *Vorschütz.* °°

**Küstner, Heinz: Unfallbegutachtung in der Frauenheilkunde.** (*Univ.-Frauenklinik, Leipzig.*) Med. Welt 1933, 697—700.

Es werden die direkten und indirekten Unfallsfolgen im Bereich der weiblichen Genitalorgane und ihre Beurteilung bezüglich der hierdurch entstehenden Einschränkung der Erwerbsfähigkeit besprochen. Direkte Gewalteinwirkungen führen nur selten zu Verletzungen oder Störungen der Unterleibsorgane. Die Retroflexio uteri kann durch Sturz oder schwere Erschütterung des Körpers entstehen, jedoch ist der Nachweis eines Zusammenhanges mit dem Unfall schwierig, da eine Retroflexio in jedem Lebensalter spontan entstehen kann. Tritt nach dem Unfall eine Gebärmutterblutung auf, so spricht dieses für einen ursächlichen Zusammenhang des Unfalls mit der vorliegenden Retroflexio. Eine Dauerschädigung bedeutet die Retroflexio jedoch nicht, da sie durch Operation oder Pessar beseitigt werden kann. Auch der Prolapsus uteri ist nicht ohne weiteres als Unfallfolge anzusehen, da er die Folge durchgemachter Geburten ist und erst im Laufe längerer Zeit sich entwickelt. Nur die Verschlimmerung des Gebärmuttervorfalles kann als Unfallfolge gelten. Bei einem schon bestehenden Prolaps kann durch einen Unfall eine Verletzung (Quetschung, Abschürfung usw.)

der vorgefallenen Organe eintreten. Entzündliche Erkrankungen der Adnexe sind niemals Unfallfolgen, ebenso nicht eine Extrauteringravität. Die letztere kann höchstens durch einen Unfall ein früheres Ende erreichen, als sie an sich physiologisch stets erreicht. Störungen der Ovarialfunktion können auf der Grundlage eines Unfalls dadurch zustande kommen, daß der in der Entwicklung begriffene Follikel zu früh springt, so daß die Menstruation einige Male unregelmäßig auftritt. Die Unfallsfolge ist dann aber nur auf eine gewisse Zeit anzuerkennen, da hierdurch hervorgerufene Menstruationsanomalien sich wieder ausgleichen. Ausgesprochene Unfallfolgen sind Pfählungsverletzungen, bei denen nicht nur die Genitalorgane, sondern auch Blase und Mastdarm in Mitleidenschaft gezogen werden. Auch Nierenschädigungen mit Blutungen in die Blase können die Folgen eines Unfalls sein (Nierenquetschungen). Eine Verletzung der Blase selbst ist bei der Frau seltener als beim Mann, da bei der ersteren die Blase wesentlich ausdehnungsfähiger und durch die kurze Harnröhre leichter entleerbar ist. Bei Ovarialtumoren kann es infolge eines Unfalls zur Stieldrehung kommen. Auch in diesem Falle wäre eine Unfallsfolge anzuerkennen, ebenso beim Platzen von Eierstocksgeschwülsten. Unfallschädigungen in der Schwangerschaft sind verschieden zu beurteilen, je nachdem, ob es sich um eine junge oder fortgeschrittene Gravidität handelt. Stoß und Fall in der Frühgravidität führt zur Ablösung der Placenta und zum Tode der Frucht, also zur Fehlgeburt. Die Angaben der meisten Patientinnen, bei denen eine Abtreibung vorgenommen worden ist, die Fehlgeburt sei auf einen Treppensturz zurückzuführen, sind mit großer Vorsicht zu bewerten. Meistens verlaufen die Abtreibungsfehlgeburten mit Fieber, die Unfallfehlgeburten fieberfrei. In späteren Schwangerschaftsmonaten führt Sturz oder Stoß zur Placentaablösung und zur Verblutungsgefahr und konsekutiv zum Tode des Kindes (die Uteruserreißung durch äußere Gewalt einwirkung ist nicht erwähnt; Ref.). Im allgemeinen haben die Unfallverletzungen während der Schwangerschaft infolge der besonderen Schutzgesetzgebung für Schwangere nachgelassen. Unfallfolgen im Wochenbett können dann auftreten, wenn die Wöchnerin zu früh oder in ungeeigneten Räumen ihre Berufsarbeit wieder aufnimmt, so daß es zu Infektionen im Spätwochenbett oder infolge der verminderten Widerstandsfähigkeit der Wöchnerin zu allgemeinen Erkrankungen kommt. Durch die Geburt verletzte Beckenbodenmuskulatur, ebenso während der Schwangerschaft überdehnte Bauchdecken führen durch zu früh aufgenommene Berufsarbeit zu Vorfällen und Bauchbrüchen.

F. Siegert (Düsseldorf).<sup>oo</sup>

**Edelmann, H.: Traumatische Cysten des Unterhautfettgewebes.** (*Unfallabt., Friederikenstädt, Hannover.*) Arch. orthop. Chir. **32**, 412—414 (1932).

Infolge dauernden Prothesendruckes finden sich bei einem Unfallverletzten in der Subcutis des Unterschenkels unmittelbar vor dem Schienbein eine Anzahl linsen- bis erbsengroße, derbe verschiebliche Geschwülste. Operation ergab mit wäßrig-flockiger Flüssigkeit gefüllte dünnwandige Cysten, die als freie Körper im Unterhautfettgewebe gelegen waren. Als Ursache wird traumatische Gewebeschädigung infolge dauernden Drucks der Prothesenmanschette angesehen.

Lindemann (Kiel).

### Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

**Leibbrand, Werner: Aktuelles zur psychiatrischen Sachverständigenfrage.** Psychiatr.-neur. Wschr. **1933**, 345—347.

Strafrechtliche Beurteilungsbegriffe psychiatrischer Art gab es schon bei Aristoteles und im römischen Recht; eine theologisierende Form des heutigen § 51 StGB. findet sich in der Auffassung von Vincent de Paul (17. Jahrhundert). Die Frage der Zuständigkeit des Psychiaters als Sachverständigen war immer schwierig (Kant, Reil, Heinroth). „Verminderte Zurechnungsfähigkeit“ gab es schon 1786 (Vix). Die aktuelle Polemik beweist die Unzufriedenheit mit dem gerichtsärztlichen Fachwissen. Psychiater werden immer noch zu wenig zugezogen; das Charisma des hauptamtlichen Gerichtsarztes oder des Kreisarztes in der Provinz überdeckt häufig die psychiatrische Sachverständigenwertung. Andererseits sollen einseitige Dogmenvertreter (Psychoanalytiker, Individualpsychologen) nicht als psychiatrische Sachverständige angesehen werden. Auf die Gefahr rauschgiftsüchtiger Sachverständiger sowie auf die mangelnde klinische Erfahrung der theoretischen Pharmakologen in Rauschgiftprozessen wird hingewiesen. Kenntnis der Strafprozeßordnung sowie juristisches Einfühlen sind dringend erforderlich.

Autoreferat.

**Strecker, Herbert: Allgemeine und statistische Übersicht über das Geisteskranken- und Schwachsinnigenwesen in England.** (*Forschungsanst. f. Psychiatrie, Hollymoor [Birmingham].*) Arch. f. Psychiatr. **98**, 769—786 (1933).

Wertvolle eingehend belegte Darstellung.

Fraenckel (Berlin).