

die eine als Krankenberatung und -behandlung, die andere als Handel mit Kurpfuschermitteln und -apparaten, eine dritte als Veranstaltung von Vorträgen, schließlich eine vierte als Überschüttung mit Reklame aller Art gekennzeichnet und näher erörtert werden. Eine wirksamere Bekämpfung der Kurpfuscherei wäre möglich, wenn die Vortragstexte dem zuständigen Medizinalrat bzw. der Polizeibehörde vor dem Vortrage vorgelegt werden, die Kurverwaltungen unter keinen Umständen Veranstaltungen und Reklame von Kurpfuschern innerhalb der ihnen gehörigen Räume und Anstalten dulden, ferner die am Kurort erscheinenden Zeitungen keine Anzeigen und Veröffentlichungen von Kurpfuschern aufnehmen und endlich durch systematische Aufklärung die Kurorteinwohner auf die ihnen von seiten der Kurpfuscher drohenden Gefahren nachdrücklichst aufmerksam gemacht werden würden. Das Ziel muß die endliche Beseitigung der Kurpfuschereifreiheit in ganz Deutschland sein. *Jaguttis* (Königsberg i. Pr.).

**Unlauterer Wettbewerb gegen die Hersteller von Medikamenten und Heilapparaten. Entscheidung des Kammergerichts vom 27. VII. 1933; 2. S. 278, 33. Rechtsprechg u. Med.-Gesetzgeb (Sonderbeil. d. Z. Med. Beamte 46) 46, 37—38 (1933).**

Einem Manne, der in Flugblättern und Vorträgen den Nutzen der Wohlmuth-Apparate anpries und nach den Vorträgen unentgeltliche Beratungen erteilte, war das Halten eines solchen Vortrages polizeilich verboten worden. Einem Antrag auf Bestrafung wegen unlauteren Wettbewerbs hatte das AG. nicht stattgegeben, während das LG. zu 300 RM. Geldstrafe verurteilte. Der Sachverständige hatte ausgeführt, daß es nicht möglich sei, sämtliche Krankheiten mit galvanischen Schwachströmen zu heilen. Die Angaben des Flugblattes seien irreführend und wissentlich unwahr. Das KG. wies die Revision zurück, weil das Vorderurteil von keinem Rechtsirrtum beherrscht sei. *Giese* (Jena).

### Versicherungsrechtliche Medizin.

**Engelke, O.: Grundsätzliches zum „Unfallereignis“.** (*Orthop. Versorgungsstelle, Düsseldorf.*) Arch. orthop. Chir. 33, 177—189 (1933).

In einem vom Reichsversicherungsamt zur Entscheidung vorgelegten Falle handelte es sich um die Frage: liegt nur dann ein Betriebsunfall vor, wenn eine besondere Betriebsgefahr, ein außergewöhnliches betriebstechnisches Geschehnis zu einer Gesundheitsschädigung führt, oder ist eine durch die betriebsübliche, täglich verrichtete Arbeit plötzlich verursachte Gesundheitsschädigung auch als Folge eines Betriebsunfalles anzusehen? Der schädigende Betriebsvorgang wird als Betriebsunfall dem Gesundheitsschaden gegenübergestellt. Der Betriebsvorgang ist die Ursache, die Gesundheitsschädigung die Wirkung. Es ist also ein scharfer Trennungsstrich gezogen: hie Unfall, hie Gesundheitsschädigung (Verletzung, Erkrankung, Verschlimmerung eines bestehenden Leidens, Tod). Das Unfallereignis hat 2 Seiten, eine ärztliche und eine versicherungsrechtliche, und man kann, um die beiden Betrachtungsweisen auseinanderzuhalten, dem Ereignis im versicherungsrechtlichen Sinne ein Ereignis im medizinischen Sinne gegenüberstellen. Eine Gesundheitsschädigung, die infolge der üblichen Betriebsarbeit plötzlich eintritt, kann nicht als Unfallfolge gelten, denn es fehlt ja das Außergewöhnliche, die besondere Betriebsgefahr. Für den Unfall im Sinne der Reichsversicherungsordnung ergibt sich folgende Definition: ein Betriebsunfall liegt vor, wenn ein als wesentliche Teilursache der Gesundheitsschädigung anzuerkennendes, zeitlich engbegrenztes Ereignis erwiesen oder überwiegend wahrscheinlich ist, und wenn dieses Ereignis als Betriebsvorgang zu gelten hat. Da es in Grenzfällen für den Arzt schwierig ist, zu entscheiden, ob ein Betriebsvorgang üblich oder außergewöhnlich ist, muß es zu Meinungsverschiedenheiten kommen, wie der der Arbeit zugrunde liegende Fall zeigt. Diese Schwierigkeiten lassen sich nur dadurch beheben, daß man die versicherungsrechtlichen und die medizinischen Fragen auseinanderzieht, indem man dem Unfallereignis nur die Bedeutung des Traumas, der Ursache im medizinischen Sinne, gibt und dem Versicherungsträger die Entscheidung überläßt, ob er das Ereignis als Betriebsvorgang anerkennen will. Insofern hat eine genaue Festlegung des Unfallereignisses in einem einheitlichen Sinne wohl nicht nur als eine akademische, sondern auch als eine Frage von praktischer Bedeutung zu betrachten. *Valentin.*

**Wiegand: Abweichung der Spruchbehörden von ärztlichen Gutachten.** Z. ärztl. Fortbildg 30, 507—508 (1933).

Zu unterscheiden ist Abweichung vom im Gutachten niedergelegten Befund und Abweichung von der Schätzung des Grades der Minderung der Erwerbsfähigkeit. Von ersterem kann nur bei offener Unrichtigkeit abgewichen werden. In bezug auf die Schätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit sind die Spruchbehörden unabhängig, dabei muß allerdings verlangt werden, daß die Abweichung ausreichend begründet ist. Die Schätzung eines in der Unfallheilkunde besonders erfahrenen Arztes kann nicht durch die Bemerkung beseitigt werden, daß die anderweite Schätzung auf Grund des Augenscheins erfolgt sei (zu vgl. RVO. mit Anmerkungen, herausgegeben von Mitgliedern des R.V.A. 2. Aufl., 1, 276, Anm. 6, 4, 62, Anm. 15). *Giese.*

**Baader, Ernst W.: Versicherungsbetrug durch absichtliche Selbstvergiftung mit Schwermetallen.** (I. Inn. u. Gewerbekranken-Abt., Krankenh., Berlin-Neukölln.) Ärztl. Sachverst.ztg 39, 257—263 (1933).

Verf., der als Gewerbearzt eine besondere Erfahrung auf dem Gebiete der Bleivergiftung hat, schildert eine Reihe höchst wichtiger Versicherungsbetrugsfälle, an denen folgendes typisch war: Plötzliche „Rückfälle“ nach lange Zeit beendeter Bleiarbeit; Schwere des Rückfalls (Tüpfelzellen, Saum, Koliken, Porphyrinurie); auffälliger Kontrast zwischen Stuhl-Blei-Ausscheidung und Urin-Blei-Ausscheidung; Zusammenfall der „Verschlechterung“ mit den Rentenwünschen; Art der Bleivergiftung entsprach der beruflichen Möglichkeit der Bleibesorgung (Letternblei der Setzer, Mennige der Monteure usw.). In einem Fall erhielt der Kranke das Blei per Einschreiben (Brief durch Röntgenbild entlarvt), in einem anderen Fall hatte Patient Weichbleibänder verschluckt, die im Kolon lagen. Für das Wesen des Versicherungsbetruges ist die Kenntnis dieser Möglichkeiten unerlässlich. *Leibbrand* (Berlin).

**Ganzoni, M.: Demonstrationen von Bildern zur Diagnose und Differential-Diagnose des Artefaktes.** Schweiz. Z. Unfallmed. 27, 133—148 (1933).

Kasuistik von 5 Fällen. 3 sichere Artefakte, von denen 2 zugegebenermaßen mit konzentrierter Salzsäure bewerkstelligt wurden. In einem der 3 Fälle blieb der Modus procedendi unaufgeklärt: offenbar psychopathische Patientin, die sich aus wahrscheinlich erotischen Motiven große Ätzwunden am Unterbauch und auf Vorderseite der Oberschenkel beibrachte. Ausführliche differential-diagnostische Überlegungen bei einem weiteren Falle von mutmaßlichem Artefakt. Ein Fall von umschriebener geweblichen Verätzung, dessen Aussehen den Verdacht auf Artefakt erwecken mußte: lineäre zirkuläre Verätzung durch schwache Kalklösung an den Unterschenkeln in der Lokalisation genau dem oberen Schuhrand entsprechend (leichte Scheuerung und sekundäre Ätzung an den mechanisch geschädigten Hautpartien). Besprechung der Diagnose.

An Artefakt muß immer gedacht werden bei merkwürdigem klinischen Befund, der keinem bekannten Krankheitsbild entspricht und wo aus der Anamnese der objektive Befund nicht erklärt werden kann. Besprechung der Motive und der rechtlichen Verhältnisse. Strafrechtliche Verfolgung sollte nach Ansicht des Verf. nur eintreten, wenn der Tat das bewußte Erlangen eines rechtswidrigen Vorteiles zugrunde liegt. Psychopathen sollten nur ausnahmsweise belangt werden, die zufällige Versicherung sollte keinen Grund zur Strafe bilden; hingegen ist die versicherungstechnische Ablehnung der Schäden die beste Prophylaxe für die häufigen Rezidive.

*Ganzoni* (Winterthur).

**Loudet, Osvaldo: Geistesstörung, Selbstmord und Lebensversicherung.** (Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 23. VI. 1933.) Archivos Med. leg. 3, 212—217 (1933) [Spanisch].

Die psychiatrische Auffassung des Selbstmordes ist in zwei Dritteln der Fälle erweislich. In dem dritten Drittel ist es schwieriger, die Normalität des Täters festzustellen als eine geistige Abnormität. Da der pathologische Selbstmord die Regel und der sog. normale die Ausnahme ist, obliegt dem Versicherer die Feststellung. Der § 554 des (argentinischen) Handelsgesetzbuches besagt: „Der Lebensversicherungsvertrag ist nichtig, wenn der Versicherte sich tötet, zum Tode verurteilt wird oder sein Leben im Zweikampf einbüßt.“ Es berücksichtigt also nicht ausdrücklich den pathologischen Selbstmord, wenn auch die Rechtsprechung anerkannt hat, daß er sich auf den normalen, eigenwilligen Selbstmord bezieht. Dadurch macht er es mög-

lich, daß die Policen mancher Gesellschaften eine Einteilung in „absichtliche und unabsichtliche“ Selbstmorde machen, die unbarmherzig und ungerecht ist. Die beste Lösung ist die von der englischen Rechtsprechung anerkannte, wonach der Versicherungsvertrag nicht ungültig wird, wenn der Selbstmord 1 Jahr nach der Unterzeichnung stattfindet, welcher Art er auch sein mag.

Lanke (Leipzig).

**Marchand, L., Deschamps et Truche: Épilepsie traumatique. Crises hallucinatoires et accès d'automatisme ambulatoire tantôt conscients et mnésiques, tantôt inconscients et amnésiques.** (Traumatische Epilepsie. Halluzinatorische Krisen und Anfälle von Wandertrieb [Fugues], bald bei erhaltenem Bewußtsein und Gedächtnis, bald mit Bewußtseinsverlust und Amnesie.) (*Soc. Méd.-Psychol., Paris, 8. VI. 1933.*) *Ann. méd.-psychol.* **91, II**, 40—43 (1933).

Ein 35jähriger Mann erlitt mit 22 Jahren schweres Schädeltrauma (Stirnpartie), mit mehrstündigem Bewußtseinsverlust. Einige Wochen später charakteristische Absenzen, die jetzt täglich auftreten. 4 Monate nach dem Unfall erste halluzinatorische Krise, mit der Vision einer erlebten Kriegsszene. Diese Vision wiederholt sich oft in derselben Form. Patient spricht, gestikuliert, sucht sich zu verteidigen, verletzt sich, einmal sprang er aus dem Fenster, sich zu retten, einmal wollte er seine Frau erwürgen. Vor der Krise immer gleiche Aura, daß eine Kugel ihm in die Kehle steige. Einige Zeit nach dem ersten Auftreten dieser Halluzinationen erster Fugueszustand, der sich seither etwa 8mal pro Jahr wiederholt und zwischen einigen Minuten bis zu vielen Stunden dauert. Vier solcher Wanderungen werden beschrieben, an eine, in der Patient mit der Bahn die Gegend des Kampfplatzes aufsuchte, die er in seinen Visionen sah, bestehen vereinzelte lückenhafte Erinnerungen. Neurologische Befunde ganz negativ.

Braun (Zürich).

**Schou, H. I.: Trauma capitis and epilepsy.** (Kopfverletzung und Epilepsie.) (*6. congr. of scandinav. neurol., Copenhagen, 24.—26. VIII. 1932.*) *Acta psychiatr. (Kobenh.)* **8**, 75—78 u. 91—96 (1933).

Eine wichtige Arbeit des jetzt in Dianalund wirkenden dänischen Forschers, der sein Material aus einer Irrenanstalt mit 450 epileptischen Insassen, aus chirurgischen und neurologischen Krankenabteilungen sowie aus der dänischen Unfallversicherung geschöpft hat. Er tritt der erfahrenen Malling Ansicht entgegen, daß Epilepsie nach Kopftrauma selten sei. Sie tritt nach den besten Autoren in 2—8% der Kopfverletzten auf, nach des Verf. Nachforschungen in 5%. Dabei hat Verf. nur die Fälle sicherer Hirnverletzungen bzw. -schäden mitgezählt, nicht die Fälle von Comotio, im allgemeinen nur schwere Schädelfrakturen. Das Intervall zwischen Kopfverletzung und dem ersten epileptischen Anfall kann nach den bisherigen Veröffentlichungen 5—10, ja bis 20 Jahre dauern, nach Verf.s Beobachtung bis 10 Jahre, und zwar ist dies Intervall auffallenderweise bei jungen Verletzten länger als bei älteren. Bei Jungverletzten tritt aber häufiger Epilepsie auf als nach den Traumen der Alten. Traumatische Epilepsie kann nach Verletzung jeder Hirngegend auftreten, aber in 75% handelt es sich um Schädigung der Parietotemporalgegend. Der Ablauf der Anfälle zeigt in  $\frac{1}{4}$  der Fälle Jacksonschen Typ, in einem anderen Viertel allgemeine Krämpfe, in der Hälfte gewöhnliche generalisierte Krämpfe. Der Gesamtverlauf der Epilepsie, Demenz, Charakterveränderung ist fast der gleiche wie bei der genuinen Epilepsie. Die Erfolge bei den trepanierten Fällen — etwa  $\frac{2}{3}$  des Materials — waren schlecht.

Bratz.

**Haskovec jr.: Obésité postencéphalitique intéressante au point de vue légal.** (Gerichtlich-medizinische Bedeutung einer postencephalitischen Fettsucht.) (*Soc. de Neurol., Prague, 8. VI. 1932.*) *Revue neur.* **40, II**, 303—304 (1933).

Eine 28jährige Frau, die 18 Monate nach einer mit 19 Jahren gehaltenen schweren Entbindung mit Eklampsie durch Tubenresektion wegen chronischer Salpingitis sterilisiert worden war, litt an zunehmender Fettsucht mit Gehirnerscheinungen und Augenstörungen, zweifellos infolge einer seltenen Form chronischer epidemischer Encephalitis. Die Kranke hatte auf Veranlassung von Verwandten das Krankenhaus aufgesucht, um einen Schadensprozeß gegen den Chirurgen durchzuführen, weil verschiedene Ärzte die Fettsucht für eine Folge der Sterilisation erklärt hatten.

P. Fraenckel (Berlin).

**Niessl v. Mayendorf, E.: Über Segmenteschädigung des Rückenmarks nach peripherer Nervenverletzung.** *Mshr. Psychiatr.* **85**, 243—255 (1933).

35jährige Frau erleidet im November 1928 eine schwere Handquetschung links. Infolge

teilweiser Nekrose der Wundränder Verzögerung der Wundheilung und reaktive Entzündung um das abgestorbene Gewebe. Es blieb eine Beweglichkeitsbeschränkung zurück. 1931 bemerkte Patientin, daß die nichtverletzte rechte Hand kraft- und gefühllos wurde. Die Untersuchung Ende 1932 ergibt Atrophien und Sensibilitätsstörungen vom Typ der syringomyelischen an beiden Oberextremitäten. Entgegen anderen Gutachten nimmt Verf. einen Zusammenhang zwischen der Quetschung und dem jetzt bestehenden Leiden an, und zwar auf dem Wege einer ascendierenden Neuritis unter besonderer Bezugnahme auf die einschlägigen Arbeiten Guillains. Da die weitaus größte Mehrzahl solcher peripherischen Verletzungen diese Folgeerscheinung nicht zeitigt, so müssen besondere Bedingungen erfüllt sein. Es muß eine Entzündung der Wunde bestanden und eine Entzündung des Nerven von dieser ihren Ausgang genommen haben. Es ist daher zu untersuchen, ob die Wunde entzündet oder vereitert war und ob oberhalb der verletzten Stelle an dem betreffenden Glied krankhafte Erscheinungen nachweisbar waren. Ferner muß man erforschen, ob bestimmte Regionen besonders leicht nach Verletzung zu den Symptomen einer Neuritis ascendens Anlaß geben. Als solche scheinen bis zu einem gewissen Grade die Hohlhand und die Fußsohle in Betracht zu kommen. Es braucht sich bei diesen Fällen keineswegs immer um echte Syringomyelie zu handeln. Es kann auch jede anderweitige Affektion der grauen Rückenmarkssubstanz zu demselben Symptombild nach aufsteigender Neuritis führen. Verf. wendet sich gegen die Voringenommenheit der vertrauensärztlichen Gutachter in diesen Dingen. *Fr. Wohlwill.*°°

**Tetzner, Rudolf:** *Spinale progressive Muskelatrophie, Traumafolge?* (*Nervenheilst. Bergmannswohl, Schkeuditz.*) Mschr. Unfallheilk. 40, 225—226 (1933).

Der Unfall bestand darin, daß Patient beim Ausgleiten sich mit der rechten Hand am Treppengeländer festzuhalten versuchte; dabei fielen die Holzplanken, die er auf der rechten Schulter trug, von der Schulter, und Patient verspürte in der rechten Nackenseite einen heftigen Schmerz. Er arbeitete weiter; erst am 16. Tage nach dem Unfall suchte er einen Arzt auf, dieser stellte eine vollkommen ausgebildete Atrophie der Muskulatur der rechten Hand, des Unter- und zum Teil auch des Oberarmes fest. Die klinische Untersuchung ergab dann eine spinale progressive Muskelatrophie. Ein Zusammenhang mit dem Unfall wird abgelehnt, auch eine wesentliche Verschlimmerung durch das Trauma wird nicht anerkannt, da es bei dem Unfall zu einer ernsteren Einwirkung auf das Rückenmark nicht gekommen sein kann.

*Kurt Mendel* (Berlin).°

**Walcher, K.:** *Über die extracerebralen Aneurysmen der Hirnarterien und deren traumatische Entstehung.* (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) Mschr. Unfallheilk. 40, 433—445 (1933).

Es werden zunächst aus der Literatur Fälle von kompletter und inkompletter Zerreißen der extracerebralen Arterien der Hirnbasis zusammengestellt, die auf stumpfe Gewalteinwirkungen auf den Kopf zurückzuführen waren. Sodann wird aus dem Material des Münchener Gerichtlich-Medizinischen Instituts über 11 Fälle berichtet, von denen bei 4 mit Sicherheit oder mit großer Wahrscheinlichkeit eine traumatische Entstehung angenommen wird. Zu der Arbeit von Jungmichel (vgl. diese Z. 19, 197 [Orig.]) wird Stellung genommen, im allgemeinen in zustimmendem Sinne. Hinsichtlich der Forderung von Brückensymptomen zwischen Gewalteinwirkung und Zeitpunkt des Nachweises des Aneurysmas wird eine gewisse Einschränkung empfohlen insofern, als bei den doch nicht seltenen sehr kleinen Aneurysmen eine Wirkung auf die Umgebung nicht vorliegen muß. Daß im ganzen ein strenger Maßstab an die etwaige Behauptung einer traumatischen Entstehung des Aneurysmas anzulegen ist, wird bestätigt. Die überwiegende Mehrzahl der Basisaneurysmen des Gehirns entsteht ohne Trauma auf Grund von Erkrankungen, besonders bei Arteriosklerose, Endokarditis, Lues. Nicht selten wird von Ungeübteren beim Vorliegen einer subduralen Blutung nicht an ein Aneurysma gedacht, oder es kann infolge der technischen Schwierigkeiten nicht nachgewiesen werden. Es wird bisweilen irrtümlicherweise ein Durchbruch eines intracerebralen Blutungsherdens nach der Basis angenommen, besonders wenn umgekehrt die Blutung aus dem Aneurysma sich in die Hirnsubstanz hineingewühlt hatte, nicht selten bis zum Durchbruch in die Ventrikel. In solchen Fällen empfiehlt sich Einsendung des ganzen Gehirns an ein wissenschaftliches Institut. *Walcher.*

**Hochstetter:** *Die Beziehungen der Lungentuberkulose zu den anderen Erkrankungen der Atmungsorgane besonders mit Bezug auf die Dienstbeschädigungsfrage.* (*Versorgungskrankenh., Weingarten.*) Münch. med. Wschr. 1933 II, 1047—1052 u. 1093—1097.

Verf. bespricht den Zusammenhang der Lungentuberkulose mit den anderen Krank-

heiten der Atmungsorgane mit Bezug auf die Dienstbeschädigungsfrage und weist darauf hin, daß dieser Zusammenhang ein sehr inniger ist. Bei zeitlichem Zusammenhang wird in den meisten Fällen auch ein ursächlicher Zusammenhang vorliegen. Tritt aber die Krankheit erst dann ein, wenn die andere schon jahrelang abgelaufen ist, fehlt also ein zeitlicher Zusammenhang, so muß die Frage des ursächlichen Zusammenhangs von Fall zu Fall geklärt werden. In den einzelnen Abschnitten wird behandelt als Komplikation der Tuberkulose die Bronchitis, die Bronchiektasien, die Lungenentzündung und Grippe, das Emphysem, das Asthma, die Staublungenerkrankung und die Verletzungen der Lungen durch Schuß. In die einzelnen Abschnitte sind Selbstbeobachtungen eingestreut. Wer sich mit der Begutachtung von Kriegsbeschädigten zu beschäftigen hat, wird in den Ausführungen des Verf. manches Belehrende finden.

Ziemke (Kiel).

**Masciotra, Angel A., und Mario Figueroa Alcorta: Gerichtlich-medizinische Betrachtungen über einen Fall von traumatischer eitriger Pleuritis.** (*Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 23. VI. 1933.*) *Archivos Med. leg.* **3**, 245—255 (1933) [Spanisch].

Der 50 Jahre alte Mann erlitt bei einem Straßenbahnzusammenstoß eine Brustquetschung. Im Anschluß hieran traten heftige Schmerzen und blutiger Auswurf auf. Nach 45 tägiger Bett-ruhe waren diese Symptome noch nicht völlig verschwunden, so daß der Verletzte seine Arbeit nicht wieder aufnehmen konnte. Nach etwa 1 Monat wurde eine eitrige Pleuritis festgestellt. Er wurde operiert, starb aber nach etwa 5 Monaten. In ihrem Gutachten sprachen sich die Verff. für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Trauma und der eitrigen Pleuritis aus. Der Mann hatte zwar schon vor dem Trauma an chronischer Bronchitis gelitten, aber durch das Trauma ist ein *Locus minoris resistentiae* geschaffen worden, der die Ansiedlung von Eitererregern begünstigte.

Ganter (Wormditt).

**Jacobi, J., und F. Meythaler: Zur Frage des traumatischen Diabetes mit besonderer Berücksichtigung seiner Begutachtung.** (*Med. Univ.-Klin., Bonn u. Rostock.*) *Erg. inn. Med.* **45**, 189—213 (1933).

Auf Grund der vorliegenden Literatur und eigener Beobachtungen an 23 Fällen wird zur Frage des traumatischen Diabetes Stellung genommen. Der echte Diabetes wird als eine lokale Erkrankung der Bauchspeicheldrüse mit einer Unterfunktion des Inselorgans aufgefaßt. Die extrainsulären sympathicogenen transitorischen Glykosurien werden vom echten Diabetes streng abgetrennt. Demnach wird ein traumatischer Diabetes wissenschaftlich nur bei direkter Verletzung des Pankreas, oder bei einer entzündlichen oder toxischen Schädigung des Inselorgans im Anschluß an infektiöse, besonders septische Prozesse anerkannt. Organische zentralnervöse Schädigungen werden ebenso wie schwere psychische Insulte wissenschaftlich nicht als Diabetesursachen anerkannt. Vom juristischen Standpunkt aus wird aber die Möglichkeit der Auslösung eines latenten, bzw. der Verschlechterung eines bestehenden Diabetes zugegeben.

F. Depisch (Wien).°

**Crohn, Burrill B., and Julius Gerendasy: Traumatic ulcer of the duodenum and stomach.** (Traumatisches Geschwür des Duodenums und des Magens.) *J. amer. med. Assoc.* **100**, 1653—1658 (1933).

Zur Anerkennung eines traumatischen Geschwürs wird gefordert die vorherige Beschwerdefreiheit, die lokale Einwirkung der Verletzung, der baldige Beginn der Beschwerden und die Sicherheit der Diagnose. Mitteilung eines einschlägigen Falles.

N. Henning (Leipzig).°°

**Frank, Ernst R. W., und Rudolf Jaffé: Über posttraumatische funktionelle Nierenblutungen.** (*Path. Inst., Krankenb. Moabit, Berlin.*) *Dtsch. Z. Chir.* **241**, 74—83 (1933).

53 Jahre alter, sonst gesunder Forstarbeiter bekommt beim Heben eines schweren Holzblocks plötzlich einen stechenden Schmerz in der linken Flanke, so daß er seine Arbeit unterbrechen muß. Eine Stunde später ist der Urin blutig. Die Hämaturie, die, wie die Cystoskopie ergibt, aus der linken Niere stammt, hält mit Schwankungen mehrere Wochen an und ist durch keine innere Medikation zu beeinflussen, so daß schließlich die operative Freilegung der linken Niere erforderlich wird; dabei läßt sich äußerlich an der Niere kein krankhafter Befund erheben. Auch bei der Spaltung der Niere finden sich keine makroskopischen Veränderungen. Die Niere wird daher wieder vernäht und reponiert. 10 Tage nach dieser Operation erneute

sehr starke Hämaturie, die die Entfernung der Niere erforderlich machte. Die anatomische Untersuchung ergab ausgedehnte Nekrosen, Stase und Blutungen im Nierenparenchym. Das Eigenartige des Falls besteht darin, daß nach einem Trauma, das die Niere nicht direkt betroffen hat, eine Nierenblutung auftrat, daß trotzdem ein anatomischer Befund bei der Operation makroskopisch nicht zu erheben war, daß aber nach dem operativen Eingriff die Erscheinungen an Schwere zunahmen und 10 Tage später sich an der exstirpierten Niere umfangreichste Nekrosen und Blutungen fanden. Verf. erklären sich den Vorgang so, daß zunächst als Unfallfolgen funktionelle Gefäßstörungen eintraten, die zu Stase und Diapedesisblutungen an umschriebenen Bezirken der Niere führten. Die Operation, die nun bereits ein geschädigtes Organ getroffen hat, wirkte als erneutes Trauma, das nun die gleichen Vorgänge in verstärktem Maße auslöste und somit zu den schweren anatomisch nachweisbaren Veränderungen führte. Die jetzt gefundenen anatomischen Veränderungen sind also nicht als Folge des ersten Traumas anzusehen, sondern als Folge der Operation. Sie konnten aber als Operationsfolge nur bei einem Organ auftreten, das durch das vorhergehende Trauma vasomotorisch schwer geschädigt war.

*Neupert (Charlottenburg).*

**Ganzoni: Tuberkulöse Nebenhodenentzündung und Trauma. Erläutert an einem Gutachten.** Schweiz. Z. Unfallmed. 27, 29—41 (1933).

Beim Verschieben eines 200 kg schweren Heizkörpers am 3. VIII. 1931 hat der zu Begutachtende einen Schmerz in der linken Bauchseite verspürt, er habe aber noch 2 Tage weitergearbeitet. Am 6. VIII. fand der behandelnde Arzt eine schmerzhafte Schwellung des linken Testis und stellte die Diagnose auf Orchitis und Epididymitis, wahrscheinlich tuberkulöser Art; Unfallfolgen wurden abgelehnt. Ein ärztliches Zeugnis vom 1. XII. 1931 gibt die Möglichkeit einer posttraumatisch entstandenen Tbc. des Nebenhodens zu. Die Angaben des Verletzten über den Unfall sind typischerweise im Laufe der Zeit immer präzisierter und für Unfall sprechend geworden. Die Untersuchung am 19. III. 1932 ergibt eine Tbc. des linken Nebenhodens und Hodens mit Fistelbildung, wahrscheinlich Tbc. der Prostata, möglicherweise auch Tbc. des rechten Nebenhodens; Katarrh der Harnröhrenschleimhaut; keine Anhaltspunkte für anderweitige Tbc.-Herde. Da es sich bei dem zu Begutachtenden um eine Erkrankung genito-sekundärer Natur handelt und ein außerhalb der Genitalsphäre liegender primärer Tbc.-Herd nicht nachweisbar ist, kann es sich nur um dreierlei handeln: Trauma wirkt nur lokalisierend, Reaktivierung eines ruhenden Herdes, Verschlimmerung einer bestehenden Tbc. Zu 1. gehört das Vorhandensein kreisender Bacillen im Blut (z. B. Miliar-Tbc.), außerdem muß die Tbc. in der typischen Zeit von 1—3 Monaten nach dem Unfall manifest werden. Das Trauma muß erheblich mit sofortigen eindeutigen Begleiterscheinungen sein (akuter heftigster Schmerz, Shockerscheinungen). Der Hoden wird überhaupt infolge seiner ausgiebigen Beweglichkeit selten verletzt, in der Hauptsache können ihn nur peitschenhiebartige Gewalten und Pfählungen treffen (Scheel). Alle drei heranzuziehenden Punkte treffen nicht zu: Der Verletzte war kein schwer tuberkulöses Individuum; der Zeitraum, innerhalb dessen die Erkrankung nach dem Unfall eingetreten war, war um mindestens 14 Tage, wenn nicht mehr, zu kurz, und es hatte sicher kein erhebliches Trauma stattgefunden, sonst hätte der Verletzte nicht am Unfalltage weitergearbeitet. Der Verf. weist auch noch an der Größe des Radiators (80 bis 100 cm Höhe und 100—120 cm Breite) die Unmöglichkeit der direkten Berührung des Hodens nach, da der Verletzte in gebückter Stellung die Verschiebung des schweren Radiators vorgenommen haben muß. Die tuberkulöse Nebenhodenentzündung als Unfallfolge wird in jeder Hinsicht abgelehnt. Das Versicherungsgericht hat sich dem Gutachten angeschlossen.

*K. Böhlinger (Dresden).*

**Wolff, Gerhard: Beitrag zur Beurteilung der Arthritis deformans als Folge von Verletzungen.** (Orthop. Versorgungsstelle, Dresden.) Z. orthop. Chir. 59, 376—397 (1933).

Die Anerkennung einer Arthritis deformans als Unfallfolge wird auch von anderen Forschern von einer primären Knorpelschädigung abhängig gemacht. Stets ist das korrespondierende Gelenk mit zu untersuchen. Da die Arthritis deformans als Folgezustand auch von Knochentuberkulose u. a. vorkommt, ist daraus zu schließen, daß es keine einheitliche Krankheit, sondern nur ein Symptomenkomplex als Endzustand sehr verschiedener Krankheitsprozesse ist. Mit Recht muß sie aufgefaßt werden als der Ausdruck des Mißverhältnisses zwischen funktioneller Beanspruchung und Widerstandsfähigkeit des Gelenkknorpels. Das Überlastungsmoment ist zur Erklärung von Schädigungen des bisher gesund gewesenen, korrespondierenden Gelenks unter bestimmten Voraussetzungen anzuerkennen. Jede schematische Begutachtung ist bei der Arthritis deformans zu verwerfen. Aus den Schlußfolgerungen des Verf. ist hervorzuheben, daß Verletzungen mit nur oberflächlichen Knorpelschädigungen oder Weichteilverletzungen der Gelenkumgebung keine Arthritis deformans verursachen. Der Zusammenhang von Arthritis deformans und Verletzung muß anerkannt werden bei

nachweislich schwerer Binnenverletzung des Gelenks oder wenn die Gelenkveränderungen im Anschluß an eine Gelenkinfektion auftraten. Bei dem chronischen Verlauf und der Möglichkeit vorübergehender Besserung ist auf Brückensymptome kein ausschlaggebender Wert zu legen.

Duncker (Brandenburg a. H.).<sup>oo</sup>

**Niederland, W.: Die meldepflichtigen Berufskrankheiten in der Gutachterpraxis.** (*Sanat. Schloß Rheinburg, Gailingen, Baden.*) Med. Welt 1933, 1115—1118.

Verf. hatte als Gewerbemedizinalassessor etwa 50 Gutachten zu erstatten und berichtet über die Erfahrungen. Zuerst wird die Verordnung vom 11. Februar 1929 kurz besprochen, dann folgt eine Mitteilung einer Massenbleivergiftung bei Leuten, die im Innern eines Schiffes alte Mennigeanstriche mit Bürste unter Staubeentwicklung abgerieben hatten. 20 schwere Bleivergiftungen. Ebenso wird eine Massenerkrankung beim Abschaben und Neustreichen einer eisernen Brücke mitgeteilt. Für derartige Arbeiten wird Meldepflicht und ärztliche Kontrolle gefordert. Zwei Quecksilberschädigungen, eine Arsen- und 3 Benzolvergiftungen werden kurz angeführt. Chronische Kohlenoxydschädigung (Anämie und hochgradiger Schwächezustand ohne andere Erklärung) hält Niederland mit Recht für wahrscheinlich. Bei den chronischen Hautleiden wird auf die Schwierigkeiten der ursächlichen Klärung und auf die Härte durch die enge Fassung der Entschädigung hingewiesen. Starbildung bei einer 55jährigen Röntgenschwester wurde auf Strahlenwirkung zurückgeführt. Die Infektionskrankheiten des Pflegepersonals werden kurz aufgeführt. Die Begutachtung von Berufskrankheiten erfordert gute gewerbeärztliche und Betriebskenntnisse, dann ist ätiologische Klärung meist möglich. Die Verordnung bedarf des Ausbaus. Beispielsweise sind Bäckerekezeme (veredelte Mehle) und die Dupuytrensche Kontraktur noch nicht als Berufskrankheiten versichert. Nicht die Zahl der gewährten Renten entscheidet über die Bedeutung der Verordnung; viel wesentlicher ist ihre Auswirkung bezüglich Krankheitsverhütung und Krankheitserforschung.

Gerbis (Berlin).<sup>oo</sup>

**Tobeck, A.: Über die Lärmschwerhörigkeit als entschädigungspflichtige Berufskrankheit.** (*Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen-, Halskrankh., Göttingen.*) Mschr. Unfallheilk. 40, 481—490 (1933).

Verf. hält es mit Rücksicht auf die neue Gesetzgebung für angebracht, in Lärmbetrieben regelmäßige, in Abständen sich wiederholende Ohrenuntersuchungen vorzunehmen. Er weist darauf hin, daß das bekannte Peysersche Einheitsschema nicht für Einzeluntersuchungen, insbesondere nicht für Begutachtungen ausreichen. Nach theoretischen, experimentellen Erwägungen an Hand des Schrifttums und nach differentialdiagnostischen Erörterungen betont er, daß den neuesten Reihenuntersuchungen zufolge eine gleichzeitige Schädigung der nervösen Apparate im vestibulären Ohranteil nicht ausgeschlossen werden darf. Solche Kombination läßt die Rente höher bemessen! Auch „geringer“ Lärm darf als Ursache für eine relativ plötzliche Hörschädigung in dem in Rede stehenden Grade unter Umständen nicht abgelehnt werden, da eine „Organminderwertigkeit“ vorliegen könne. Als eine „an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit“ sieht er den Zustand an, bei dem das besserhörende Ohr nicht 1 m weit Umgangssprache versteht. In diesem Falle sei — ohne ein starres Schema zu geben — die Erwerbsbeeinträchtigung mit 40% einzuschätzen. Organische Taubheit beiderseits seien von 50% an aufwärts zu berechnen, je nach dem gleichzeitigen Vorliegen von Ohrensausen, Schwindel oder anderen bedeutungsvollen Umständen, wie etwa Schädigung in sehr junglichem Alter. Verf. erinnert an die rückwirkende Kraft der „II. Verordnung“ auf Beschäftigungsschäden seit 31. XII. 1919 und mahnt zur Ergänzung der Gesetzgebung auf andere — nicht nur die metallbearbeitenden — Lärmbetriebe, um die noch bestehenden Härten zu beseitigen.

Klestadt (Magdeburg).

**Schmidt, Johannes: Untersuchung über Bleigehalt im Zahnstein und Speichel bei Arbeitern des Bleigewerbes.** (*Gewerbehyg. Abt., Hyg. Inst., Univ. Leipzig.*) Zbl. Gewerbehyg., N. F. 10, 101—104 (1933).

Verf. untersuchte bei 30 dem Hygienischen Institut in Leipzig zugewiesenen

Arbeitern, die einer Bleierkrankung verdächtig waren, Speichel und Zahnstein auf Bleigehalt. Auch 20 Untersuchungen von Speichel, der direkt an der Arbeitsstelle entnommen war, wurden vorgenommen. Immer blieben die Resultate negativ, eine Ausdehnung der Untersuchung auf Speichel und Zahnstein zur Diagnostik ist daher zwecklos.

*Holtzmann (Karlsruhe).*

● **Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Hrsg. v. J. Jadassohn. Bd. 12, Tl. 3. **Geschwülste der Haut. II.** Berlin: Julius Springer 1933. X, 1191 S. u. 323 Abb. RM. 248.—

**Ullmann, Karl: Krebsbildung in der Gewerbemedizin und ihre Beziehungen zur experimentellen Geschwulstforschung.** S. 551—719 u. 61 Abb.

Verf. vertritt wie bisher den Standpunkt, daß grundsätzlich der ursächliche Zusammenhang zwischen einmaligem mechanischem Trauma und Krebs und zwar auch ohne Brückensymptome zuzugeben sei. Das vorliegende Werk gibt uns eine Übersicht über die ungeheure Literatur auf diesem Gebiet. Nicht in allen Fällen werden wir bei kritischer Betrachtung den Gedankengängen unbedingt folgen können, aber für die ganze Begutachtungsfrage ist jedenfalls eine derartige Zusammenstellung, wie sie hier der Verf. mit großem Fleiß bringt, ein äußerst wertvolles Hilfsmittel. Es sei daher wenigstens kurz eine Übersicht über den reichen Inhalt gegeben:

Nach einem historischen Überblick über die Berufskrebse und sonstige Geschwulstbildungen bei bestimmten Berufen wird allgemein die traumatische Geschwulstbildung und der schwierig zu beurteilende Fall eines einmaligen Traumas als Krebsursache besprochen. Gerade diese Fälle dürften einer besonderen skeptischen Beurteilung unterliegen, während chronischer Reizzustand und chronische Entzündung als Krebsursache in vielen Fällen ja auch von kritischen Forschern anerkannt werden. Auch über letzteres finden wir die entsprechenden Darstellungen (mechanische Reize, dauernd oder wiederholt). Ferner die Krebsbildung durch Hitze und Frostwirkung, daran schließt sich an die Krebsbildung durch schädigende Strahlen, Lichtkrebs, Röntgen- und Radiumstrahlen, bei welchen ein Zusammenhang von niemand bezweifelt werden kann. Dann folgt eine Schilderung der bösartigen Gewächsbildung durch chemisch wirkende Reizstoffe, wobei besonders auf die Einwirkung von Arsenik, Kobalt, Teer und radioaktiv wirkender Metalle hingewiesen wird. Einen breiten Raum der Darstellung nimmt der Teerkrebs ein und hier auch die gelungene Erzeugung von Teerkrebs und Teerpapillomen am Kaninchenohr. In einem Schlußkapitel werden Bemerkungen zur Prognose, Behandlung und Vorbeugung beruflich entstandener Krebsbildung angefügt.

Die vorliegende Abhandlung ist jedenfalls als Nachschlagewerk sehr gut geeignet und bietet, wenn auch manches nicht der strengsten Kritik standhält, wertvolle Hinweise für die Begutachtung im Rentenverfahren. Die eingefügten 61 Abbildungen sind fast durchweg außerordentlich instruktiv.

*Merkel (München).*

**Leclereq, J.: Les cancers traumatiques devant la loi française sur les accidents du travail.** (Traumatisches Carcinom und französisches Gesetz für Arbeitsunfälle.) Schweiz. Z. Unfallmed. 27, 115—133 (1933).

Nach grundsätzlicher Auseinandersetzung über die Frage Tumor nach einmaligem Trauma wird der Schluß gezogen, daß ein einmaliges Trauma wohl einen wesentlichen Anteil an der Entstehung eines Neoplasmas haben kann, daß aber eine lokale oder allgemeine Prädisposition erforderlich ist. Nach dem französischen Unfallgesetz müssen aber Fälle, wo ein Zusammenhang zwischen Unfall und Geschwulstbildung nicht ausgeschlossen werden kann, voll entschädigt werden, da nach dem Gesetz eine vorhergehende Prädisposition nicht anerkannt wird. Hervorzuheben ist, daß der Verf. sich auch gegen zeitliche Regeln über Trauma und Geschwulstbeginn wendet. *Schürch.*

### **Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.**

**Pires, Waldemiro: Gerichtlich-medizinischer Standpunkt gegenüber den gewöhnlichen malariabehandelten Paralytikern.** Arqu. brasil. Neurol. 16, Nr 3, 34—42 (1933) [Portugiesisch].

Die straf- und zivilrechtliche Verantwortlichkeit des mit Malaria behandelten Paralytikers liegt dann vor, wenn er mindestens 2 Jahre lang rezidivfrei geblieben ist, seinen Beruf