

stäbe in einer dem Richter verständlichen Weise bildlich darzustellen, schlägt Verf. vor, Maßstäbe in den verschiedensten Vergrößerungen unter genauer Aufzeichnung der Optik und des Balgenauszuges zu photographieren und in Form kleiner Lineale auf gummiertes Papier kopiert vorrätig zu halten. Diese können dann später auf die entsprechend vergrößerten Mikrophotogramme geklebt werden; oder diese Maßstäbe werden mit Hilfe ihrer Negative auf den Rand der Mikrophotogramme mit hinauf kopiert.

Buhtz (Heidelberg).

Emminger, E.: Fluoreszenzmikroskopische Untersuchungen bei einem Fall von Schlafmittelvergiftung. (*Path. Inst., Univ. München.*) *Klin. Wschr.* 1933 II, 1840 bis 1842.

Bei einer Schlafmittelvergiftung, die mit einer starken Porphyrinausscheidung im Harn einherging, konnte bei der Sektion in der Galle und im Urin Porphyrin nachgewiesen werden. In den Leberzellen wurde mit dem Fluoreszenzmikroskop Porphyrinpigment nachgewiesen.

Schönberg (Basel).

Hackmann, Chr.: Beitrag zur Technik der Schnittveraschung. Eine Methode zur lokalisierten Darstellung von Mineralsalzen im veraschten Schnitt. (*Path. Inst., Univ. Münster i. W.*) *Virchows Arch.* 290, 749—761 (1933).

Der Verf. fixiert das zu untersuchende Material durch Formoldämpfe. Er läßt dieselben etwa 8 Tage im Exsiccator auf 5—6 mm dicke Gewebsscheiben einwirken. Es werden Gefrierschnitte hergestellt, dieselben in Petroleum aufgefangen, die Objektträger nach Reinigung mit einer sehr dünnen Schicht von 2proz. Gelatine bestrichen und die Schnitte auf diesen Objektträger aufgezogen. Zur Veraschung wird eine Maximaltemperatur von 400° angewandt. Zur Identifizierung der Mineralstoffe werden die Schnitte mit verschiedenen Indicatorfarbstoffen behandelt. Bromthymolblau, Bromkresolpurpur und Bromphenolblau färben die verschiedenen Salze, und zwar verläuft die Färbung je nach Art des Salzes verschieden schnell. Ein Vergleich mit bekannten Salzen erlaubt ein Urteil über die vorliegenden Bestandteile. Struktur und Anordnung der Ascheteilchen bleiben vollständig erhalten. *Werthemann.*

Versicherungsrechtliche Medizin.

● **Handbuch der gesamten Unfallheilkunde. Hrsg. v. Fritz König u. Georg Magnus. Bd. 3.** Stuttgart: Ferdinand Enke 1934. IV, 659 S. u. 290 Abb. RM. 65.—

Der 3. Band des Handbuches behandelt die an den Knochen, Gelenken, Muskeln, Sehnen, Sehnenscheiden, Fascien und Schleimbeuteln vorkommenden Unfallkrankheiten. Die einzelnen Kapitel sind bearbeitet von Fritz König, Würzburg; C. Häbler, Würzburg; Paul Rostock, Bochum (jetzt Berlin); W. Wette, Kassel; René Sommer, Dortmund; Hermann Walter, Münster; Max Böhm, Berlin und M. zur Verth, Hamburg. Der Band stellt im Grunde ein vollständiges Handbuch der speziellen Chirurgie des Bewegungsapparates dar, in welchem die traumatischen Erkrankungen von Knochen, Gelenken usw. ganz besonders eingehend dargestellt, aber auch alle jene Veränderungen des Skeletsystems und der Muskeln vorzugsweise berücksichtigt worden sind, bei welchen ein Unfall als Ursache oder mitwirkender Faktor irgendwie in Frage kommt. Dem ärztlichen Sachverständigen ist es besonders wertvoll, daß der strittige ursächliche Zusammenhang zwischen den einzelnen Knochen- und Gelenkveränderungen und einem Unfall überall ausführlich erörtert wird. Aber auch die sehr eingehenden diagnostischen, prognostischen und therapeutischen Erwägungen sind für denjenigen, der nicht selbst Unfallchirurg ist, von größter Bedeutung als Richtlinien zur Begutachtung nicht nur von Unfallfolgen überhaupt, sondern auch bei der Beurteilung fraglicher Kunstfehler und bei der gerichtsarztlichen Kritik der Aufwendungen, die für Heilmaßnahmen anläßlich eines Unfalles gemacht worden sind. Auch die sozialmedizinische Seite der verschiedenen Skeleterkrankungen ist überall eingehend berücksichtigt worden. Für den in der Versicherungs- und Unfallmedizin tätigen Sachverständigen wird deshalb auch dieser Band unentbehrlich sein. *Müller-Hess.*

Hörnig: Soll die Versicherungsmedizin ein Sondergebiet werden? (*8. Jahrestag. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Frankfurt a. M., Sitzg. v. 8.—9. IX. 1933.*) *Arch. orthop. Chir.* 34, 196—200 (1933).

Hörnig bejaht die in der Überschrift gestellte Frage in der Abwehr gegen einen

Antrag der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der die Unfallmedizin nicht als neues Spezialgebiet anerkannt wissen will. Er geht dabei von dem weiteren Begriff der „Versicherungsmedizin“ aus, deren Grundlagen Medizin, Mathematik einschließlich Statistik, Rechtswissenschaft und Wirtschaftskunde sind. Neben medizinischen Gesichtspunkten kommen für den Gutachter auch soziale, wirtschaftliche und juristische in Betracht. Zur Ausbildung als Gutachter genügt das Hören einer theoretischen Vorlesung nicht, sondern es muß ein versicherungsmedizinischen Seminar zur Verfügung stehen.

Giese (Jena).

Rink, W.: Die Objektivierung bei den versicherungsmedizinischen Untersuchungen. Dtsch. med. Wschr. 1933 II, 1930—1931.

Der vertrauensärztliche Nachuntersucher hat die Aufgabe, die ihm vorgebrachten subjektiven Symptome möglichst weit gehend zu objektivieren, durch objektiv nachweisbare Symptome zu erweisen. Diese Aufgabe beginnt schon bei der Anamnese, die nur auf Grund der Akten als zuverlässig angesehen werden kann. Notwendig ist die Objektivierung besonders bei den Krankheiten, die an sich wenig objektive Zeichen darzubieten pflegen, wie Muskelrheumatismus, Neuralgien, Ischias, leichte Verstauchungen usw. Dabei ist das Gewicht auf die Kombination mehrerer solcher Zeichen zu legen, von denen allerdings manche, wie z. B. das Lasèguesche, den Kranken häufig schon bekannt sind. Bei Muskelrheumatismus muß mehr als bisher auf Muskelhärten geprüft werden, bei zunächst diagnostisch unklaren Fällen auch an die Möglichkeit einer beginnenden gewerblichen Vergiftung gedacht werden.

Giese (Jena).

Fischer, A. W.: Über Erfahrungen bei Spätnachuntersuchungen. (8. Jahrestag. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Frankfurt a. M., Sitzg. v. 8.—9. IX. 1933.) Arch. orthop. Chir. 34, 206—207 (1933).

Fischer hat 50 Fälle nachuntersucht, die zum Teil seit 20 und 30 Jahren nicht mehr kontrolliert worden waren, weil sie nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung als abgeschlossen angesehen werden durften. In 30 Fällen, in denen die Rente insgesamt 960% betrug, fand er eine Besserung von zusammen 400%, so daß nur noch 560% zu zahlen waren. Er fand erstaunliche Besserung bei Brandnarben und Operationsnarben, sowie Narbengeschwüren, dagegen nicht bei Unterschenkelgeschwüren. Fälle, die als Arthritis deformans angesehen worden waren, waren abgeheilt, ebenso chronische Reizzustände von Gelenken mit teilweiser Versteifung. Sogar eine Unterschenkelpseudarthrose war nach Jahren fest geworden. Endlich wiesen auch Wirbelbrüche erhebliche Spätbesserung auf. Danach erscheint eine Nachprüfung abgelegter Fälle in größeren Zeitabständen (5—10 Jahren) erforderlich.

Giese (Jena).

Michel, Duvoir, Brisard, Bourgeois, Fauquez, Sée et Mauclair: Rapport de la commission nommée pour l'étude de la proposition Collart, intitulée: Du droit de l'accidenté de refuser une opération. (Kommissionsbericht über „das Recht des Unfallverletzten, eine Operation zu verweigern.“) (Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 11. XII. 1933.) Ann. Méd. lég. etc. 14, 58—62 (1934).

Der Richter Collart hatte in der Gesellschaft für Gerichtliche Medizin auf Mißstände hingewiesen, die sich aus dem Recht des Unfallverletzten, eine Operation zu verweigern, ergeben haben. Die Revisionsfrist für die Rente erlischt nach dem französischen Gesetz nach 3 Jahren. Verletzte, die nach Ablauf dieser Frist sich freiwillig einer ihre Arbeitsfähigkeit wesentlich verbessernden Operation unterziehen, beziehen ihre Rente trotzdem auf Lebenszeit. Der Kommission ist es nicht zweifelhaft, daß nach geltendem Recht der Verletzte ein absolutes Recht hat, selbst eine gefahrlose Operation zu verweigern. Dabei wird als gefahrlos nur eine solche angesehen, die unter örtlicher Chloräthylanästhesie ausgeführt werden kann (vgl. dazu die neueste Rechtsprechung des Reichsgerichts)! Zwei Ansichten stehen sich schroff gegenüber: die eine beharrt auf dem absoluten Verweigerungsrecht, die andere will in solchem Falle eine Herabsetzung der Rente. Die Kommission spricht sich für die zweite Ansicht aus.

Giese.

Graven, Jean: Tableau sommaire d'invalidités reconnues par le Tribunal fédéral des assurances. (Tabellarische Übersicht über die vom Versicherungsbundesgericht zuerkannten Renten.) Schweiz. Z. Unfallmed. 27, 245—269 (1933).

In der Einleitung werden aus Urteilen grundsätzliche Entscheidungen kurz berichtet. Weitgehende Berücksichtigung wird für die Gewöhnung gefordert. Für die Vorhersage wird nicht Sicherheit verlangt, sondern es genügt Wahrscheinlichkeit. Es kommt nicht auf die Minderung der Erwerbseinbuße (entgangener Gewinn), sondern auf die Minderung der Erwerbsfähigkeit an. Eine durch Unfall bedingte Beschleunigung der Erwerbsminderung bei schon bestehender, bisher latenter Krankheit wird durch eine entsprechend niedrigere Rente entschädigt. Versicherungsneurose und Begehrungsneurose erzielen keine Rente. Anschließend werden in Stichwortform eine große Anzahl Entscheidungen angeführt.

Giese (Jena).

Heine: Pupillenstörungen und Lebensdauer. (Univ.-Augenklin., Kiel.) Dtsch. med. Wschr. 1933 II, 1538—1541.

Verf. bringt in Auszügen die Ansichten führender Neurologen und Ophthalmologen über die Bedeutung der Pupillenphänomene für die Versicherungsärzte. Zum Schluß werden die von H. Heygster zusammengestellten Erfahrungen der Kieler Augenklinik angeführt, die folgendes ergeben: Bei reflektorischer Pupillenstarre sind in ihrer Lebensdauer 34% der Fälle offenbar nicht verkürzt, 30% beeinträchtigt, 37% erheblich verkürzt; bei absoluter Pupillenstarre sind die entsprechenden Zahlen: 48, 18 und 34%. Bei beiden Gruppen sind die Fälle mit früh (zwischen 25. und 35. Lebensjahr) auftretender Pupillenstörung prognostisch am günstigsten zu beurteilen. [Z. Augenheilk. 65, 166 (1928) (Heygster).] [Behr] Hoehne (Hamburg).

Loudet, Osvaldo: Geistesstörung, Selbstmord und Lebensversicherung. Rev. Asoc. méd. argent. 47, 2888—2892 (1933) [Spanisch].

Verf. schlägt vor, bei Lebensversicherungen nach Art der englischen Versicherungsgesellschaften zu verfahren, die den Selbstmord, was auch seine Ursache ist, außer acht lassen, sowie er wenigstens 1 Jahr nach Abschluß der Versicherung erfolgt. Er bekämpft die Praktiken heimischer Gesellschaften, die in jedem Selbstmordfalle Schwierigkeiten machen, zum Teil den bewußt und den unbewußt erfolgenden Selbstmord direkt ausnehmen, indem er darauf hinweist, daß nach den Statistiken mindestens zwei Drittel der Selbstmörder in einem kranken oder willensunfreien Zustande handeln, daß es unter dem letzten Drittel immer noch zahlreiche zweifelhafte Fälle gibt, daß deshalb der Selbstmord des normalen Menschen als Ausnahme betrachtet werden müsse und daß das Vorliegen dieser Ausnahme von der Gesellschaft zu beweisen sei, nicht von den Angehörigen die Krankheit.

H. Pfister (Bad Sulza/Thür.).

Schneider, Kurt: Psychiatrische Rentenbegutachtung. (Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie [Kaiser Wilhelm-Inst.], München.) Dtsch. med. Wschr. 1933 II, 1711—1713.

Jede Begutachtung, auch das kleinste Attest, ist eine verantwortungsvolle Tätigkeit. Atteste, die der praktische Arzt in einer Rentensache erstattet, sind gewissermaßen der Auftakt zu dem ganzen Verfahren, haben selten entscheidenden Einfluß. Das wäre anders, wenn der behandelnde Arzt weniger den Patienten, mehr die Allgemeinheit im Auge haben würde. Man gehe ohne Vorurteil an den Menschen heran, höre die Vorgeschichte geduldig an, lasse ihn vor allem ausreden. Man müsse zur Begutachtung Zeit haben, auch bei der körperlichen Untersuchung, die in jedem Falle gründlich und einwandfrei sein muß, Ruhe und Geduld behalten. Es sei außerordentlich schwierig, vielleicht ausgeschlossen, sich bei seinem Ergebnis nicht von Sympathien und Antipathien beeinflussen zu lassen, und auch schwer, soziale Gesichtspunkte nicht zu beachten. Weiter stellt Verf. Richtlinien für die Abfassung des Gutachtens auf, die dem allgemein üblichen Verfahren entsprechen. In der Gewährung von Versorgungsrenten werde man allen Psychosen gegenüber weitherzig sein dürfen. An cyclothymen Phasen Leidende werde man unter Umständen vorübergehend invalidisieren oder für vorübergehend berufsunfähig erklären. Die Bejahung oder Verneinung der

Versorgungssache bei Epileptikern werde sich nach der Häufigkeit der Anfälle, dem Umstand, ob sie bei Tag oder Nacht auftreten und dem Grad der Persönlichkeitsveränderung richten. Bei behandelten Paralytikern werde man leider auch heute noch nicht sehr häufig in der Lage sein, die Erwerbsfähigkeit und Berufsfähigkeit hoch einzuschätzen. Bei beginnenden Arteriosklerotikern oder Hirnlues werde man ganz von Fall zu Fall entscheiden müssen. Besondere Schwierigkeiten mache die Begutachtung der Kopfverletzten. Es empfehle sich, hier sehr vorsichtig zu sein, „und das endgültige Urteil wird ja auch meist dem Fachmann überlassen bleiben“. „Eine stufenhafte Bewertung der Unfallwirkung in absteigendem Grade scheint uns bei Reaktionen auf tatsächlich schwere Unglücksfälle eine gerechte Regelung.“ Den psychopathischen Versagern werde man nur in seltenen Fällen eine Versorgungsrente zubilligen dürfen, vorwiegend nur dann, wenn sie sich in vorgerücktem Alter befinden oder objektiv faßbare körperliche Erkrankungen mit herangezogen werden können. Nur ganz schwere Zwangspsychopathen können manchmal eine Ausnahme bedingen.

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

● **Stern, F.: Neurologische Begutachtung.** Berlin: Julius Springer 1933. V, 189 S. R.M. 7.80.

Nach einem allgemeinen Teil (gutachtliche Fragestellungen, kritische Bemerkungen, Regeln für die neurologische Untersuchung usw.) werden besprochen: die Neurosen, die sog. traumatischen Encephalopathien, die traumatischen Myelopathien und Nervenschädigungen, die elektrischen und thermischen Schädigungen des Nervensystems, sowie die nichttraumatischen Erkrankungen des Nervensystems in ihren Beziehungen zu Unfällen und Dienstbeschädigung. Einzelheiten brauchen an dieser Stelle wohl nicht gebracht zu werden. Das Buchlein steht, wie zu erwarten war, ganz auf der Höhe, zeigt die große Erfahrung und kritische Zurückhaltung des Verf. und bringt einzelne wichtige Gebiete in erfreulicher Ausführlichkeit. Es ist dem Verf. gelungen, auf kleinem Raum sehr viel zu sagen. Dementsprechend ist der Broschüre eine recht weite Verbreitung zu wünschen. Vielleicht entschließt sich der Verf., in einer späteren Auflage auf den mißverständlichen Sammelnamen „Neurose“ ganz zu verzichten und auch den Begriff „psychogen“ enger zu umgrenzen. *Reichardt* (Würzburg).^{oo}

Weizsäcker, V. v.: Die soziale Krankheit. Dtsch. med. Wschr. 1933 II, 1567—1570.

Die Frage nach den Erhaltungswürdigen stellt der Staat. Das Hauptinstrument des Staates innerhalb der letzten 50 Jahre war die Sozialpolitik. Die Gegenstände seiner Sekuritäten in der Sozialversicherung waren: Krankheit, Invalidität durch Krankheit oder Alter, Schäden durch Krieg und Unfall. Das System erwies sich im Laufe der Zeit als halb, denn es wurde Gesundheit = Erwerbsfähigkeit, Krankheit = Erwerbsunfähigkeit gesetzt. Wie aber, so fragt v. Weizsäcker, ist es, „wenn die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit zweifelhaft werden, wenn Neurose, Entmutigung, Arbeitsinsuffizienz, Arbeitslosigkeit, sich als ein untrennbarer Komplex, als die neue Krankheit des Volkskörpers erweisen?“ Bisher war die Sozialpolitik mehr eine Erhaltungspolitik als eine Gestaltungspolitik. Die ärztliche Berufstätigkeit habe gezeigt, daß die Erwartung, diese Sozialpolitik könne eine dauerhafte Gefühlsgemeinschaft zwischen Arbeiter und Staat erzeugen, ein Irrtum sei: wie die Arbeit, so habe auch die Krankheit den Charakter eines Sachhandelswertes im Kampf ums Dasein bekommen. So sei die Entwicklung der Rechtsneurosen zu erklären. Es gibt Aufstiegsneurosen, denen das Mißverhältnis von natürlichen Ansprüchen und Mitteln zu deren Befriedigung gemeinsam sei. Auch auf die Notneurosen wird hingewiesen. Nach W. besteht die soziale Krankheit eigentlich in einem Abwälzen des einen Versicherungszweiges auf den anderen, wobei jedesmal eine Scheinentcheidung falle, die das Rechtsverfahren des Gutachters und Richters ebenso sehr demoralisiere wie das Rechtsgefühl des verurteilten Versicherten. Die nervöse Arbeitsunfähigkeit stelle zweifellos eine viel ernstere Anklage gegen die soziale Ordnung dar, als die groborganische. Längere Darlegungen faßt W. in den Satz zusammen: „Was juristisch und formal sich als Grenzfall oder komplizierter darstellt, das kann von der Existenz des einzelnen und des Volkes aus als scharf umschriebene und genau zu beschreibende Lücke in der volkspolitischen Ordnung erkannt werden.“ Die individuelle Therapie kann man sich jetzt nicht mehr anders vorstellen

als den individualisierten Teil der sozialen. W. schließt mit dem Satze: „Die unvermeidliche wesenhafte Zuordnung der individuellen und sozialen Therapie darzustellen, dieses erkennen wir jetzt als die eigentliche Aufgabe einer allgemeinen Therapie.“

Karl Pönitz (Halle a. d. S.).

Pilez, Alexander: Frontdienst und Neurose. Psychiatr.-neur. Wschr. 1934, 67—68.

Um festzustellen, inwieweit jetzt noch Kriegseinflüsse hinsichtlich der Häufigkeit von Neurosen nachzuweisen sind, untersuchte Verf. in den Jahren 1929 bis 1. VII. 1933 das Material des Ambulatoriums der Psychiatrisch-neurologischen Klinik (1477 Kranke aus den Jahrgängen 1870—1899). Ziffernmäßig ließ sich bei den Frontkämpfern eine dauernde Schädigung im Sinne anhaltender neurotischer Beschwerden nicht feststellen. Die Neurotikerzahl entspricht bei ihnen prozentuell ungefähr derjenigen von den seinerzeit gesund und felddienstfähig Befundenen, aber aus irgendeinem Grund als „unabkömmlich“ in der Heimat Zurückgehaltenen. Die Mehrzahl der in genannten Jahren wegen neurotischer Störungen Behandelten entsprechender Altersklassen waren originär Minderwertige, entweder überhaupt nicht an der Front gewesen oder alsbald wieder entlassen.

H. Pfister (Bad Sulza).

Stoppani, Angelo: Un caso di isterismo maschile post-traumatico con emianestesia sensitivo-sensoriale. (Ein Fall von männlicher posttraumatischer Hysterie mit sensibler sensorieller Hemianästhesie.) (*Osp. Psychiatr. Prov., Como.*) *Osp. psychiatr.* 1, 356—361 (1933).

Kurze Beschreibung einer Unfallhysterie, die nach Entschädigung ausheilt. *Steck.*

Dicks, H. V.: Neurasthenia: Toxic and traumatic. (Neurasthenie: toxisch und traumatisch.) (*Inst. of Med. Psychol., Univ., London.*) *Lancet* 1933 II, 683—686.

Neurasthenie, dem Sinne nach abnorm gesteigerte subjektive Ermüdbarkeit ohne erkennliche organische Ursache, ist ein Ausdruck innerseelischer Konflikte, keine Erschöpfung der Nervenkraft, einzelne Fälle von toxisch bedingtem Schwächezustand durch Herdinfektion ausgenommen. Hier wie dort kann man erniedrigten oder erhöhten Blutdruck und Hyperthyreoidismus antreffen. Als Ätiologie sind anzusprechen psychopathologische Konflikte, aktuell oder zurückliegend, Freud'sche und Adler'sche Mechanismen, seelische Infantilismen, Rentenverlangen, vor allem die Nachwirkung langdauernder unbewußter Furcht oder Angst über das sympathische System und seine physiologischen Verbindungen, wenn überhaupt ein mehr als bloß subjektives Leiden vorliegt. Auslösend wirken schwere Furchterlebnisse, z. B. Unfälle. Dagegen vermag Verf. die Freud'sche Aktualneurose nicht anzuerkennen. Die Bezeichnung Neurasthenie ist jedenfalls veraltet.

Hoening (Speyer).

Hirsch, S.: Begutachtung und versicherungsmedizinische Bedeutung vasomotorischer Störungen. (6. Tag., Würzburg, Sitzg. v. 6.—7. III. 1933.) *Verh. dtsh. Ges. Kreislaufforsch.* 262—269 (1933).

Das Studium vasomotorischer Störungen weist besonders eindringlich auf die psycho-physische Einheit des Organismus hin. Die Anschauung, daß funktionelle Krankheitserscheinungen grundsätzlich geringeren Krankheitswert als organische haben, ist abzulehnen. Die Gleichsetzung der Begriffe organisch und anatomisch ist unzulässig. — Der heutige Stand der Kreislaufforschung macht es erforderlich, daß mehr als bisher auf die internistische Begutachtung Wert gelegt wird. Im einzelnen führt Verf. u. a. aus: Vasomotorische Begleiterscheinungen von Verletzungen werden vielfach anfangs übersehen. Auch in tieferen Körperteilen (Muskeln, innere Organe) können Störungen infolge umschriebener angioneurotischer Zustände zustande kommen. Die Beurteilung des vasomotorischen Syndromes nach Gehirnerschütterung stößt auch zurzeit noch auf Schwierigkeiten. Das Syndrom darf nicht ohne weiteres den hysterischen und neurotischen Syndromen zugerechnet werden. Bestehen noch lange Zeit nach einer Gehirnerschütterung vasomotorische Störungen, so ist allerdings die Wirksamkeit eines konstitutionellen Faktors anzunehmen. Eine Grenze zwischen endogenen und exogenen Auswirkungen ist aber nicht zu ziehen. Bei Arteriosklerose

gleichem sich vasomotorische Störungen schwer aus. Eine essentielle Hypertonie kann durch körperliche und psychische Traumen verschlimmert werden. Machen sich nach einem Unfall Symptome von Angina pectoris bemerkbar, so ist zuerst an die vasomotorische Angina pectoris zu denken. Tritt bei Coronarsklerose plötzlich der Tod ein, so ist es unzulässig, grundsätzlich die Mitwirkung irgendwelcher traumatischer Momente zu verneinen. Nach der neueren funktionalen Theorie ist die Apoplexie oft lediglich das Resultat einer unglücklichen funktionellen Konstellation, zu der eine exogene Schädigung wie ein Trauma im gleichen Maße wie die endogene Krankheitsdisposition beigetragen haben kann. In gleicher Weise wie bei der Embolie muß daher die Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Apoplexie und körperlicher Überanstrengung, seelischer Erregung und jeder äußeren Schädigung, die krampflegend oder blutdrucksteigernd wirkt, des öfteren bejaht werden.

Henneberg (Berlin).

Blum, E.: Zur Begutachtung von Hirn- und Schädeltraumen. Schweiz. med. Wschr. 1933 II, 740—747.

Verf. betont die Schwierigkeiten, die aus der Verteidigungsstellung des zu begutachtenden Patienten gegenüber dem Gutachter erwachsen und fordert weitestgehende Objektivität des letzteren. Bei Hirn- und Schädeltraumen ergeben sich zwei Hauptfragen: 1. Genese der Symptome und Beschwerden, organogen oder psychogen. 2. Grad der Arbeitsfähigkeit. Die Terminologie auf diesem Gebiet ist leider nicht einheitlich (Rechtsneurose, Sozialneurose, Unfallneurose, traumatische Neurose usw.). Hinweise auf die Arbeiten von Weiszäcker und Hoche. Die organischen Folgeerscheinungen eines Hirntraumas sind viel leichter festzustellen, als die psychischen Symptome, bei welchen Verf. unterscheidet: 1. Störungen der Gesamtpersönlichkeit; 2. Störungen des Affekt- und Gemütslebens; 3. Störungen einzelner psychischer Funktionen; 4. vegetative Störungen. Aus dem Fehlen eines objektiven Befundes darf noch nicht auf eine Begehrungsneurose geschlossen werden, ebenso wenig aus längerem Heilverlauf. Der Rorschachsche Formdeutversuch wird zur psychologischen Untersuchung empfohlen. — In einem speziellen Teil verwertet der Verf. eigene Fälle: 1. Konvexitätsfrakturen, 2. Schädelbasisfrakturen, weiterhin, so weit abgrenzbar, Fälle von *Compressio cerebri*, von *Contusio* und *Commotio*. — In einer Reihe von Fällen haben sich frühzeitiges Aufstehen und zu frühe Arbeitsaufnahme bei Hirntraumatikern schwer gerächt. Bei Begehrungsneurose empfiehlt sich häufig baldige einmalige Abfindung. Interessante Einzelheiten der zusammengestellten Fälle müssen im Original nachgelesen werden.

Walcher (Halle).

Minkowski: Troubles neuro-végétatifs comme séquelles de traumatismes craniocérébraux. (Neuro-vegetative Störungen als Folgeerscheinungen von Gehirnerschütterungen.) (*Soc. de Neurol., Paris, I. VI. 1933.*) *Revue neur.* 40, I, 1177—1185 (1933).

Minkowski weist zunächst darauf hin, wie schwer es häufig ist, postkommotionell organische von funktionellen Zuständen zu unterscheiden. Dabei ist dieses Problem in klinischer und wirtschaftlicher Hinsicht von größter Bedeutung. In einem Fall beobachtete er 2 Jahre nach dem Trauma noch folgende vegetative Syndrome: starker roter Dermographismus, Schwankungen des arteriellen Druckes (bis zu 180 mm bei einem jungen Menschen), große Schwankungen der Temperatur zwischen 36,6 und 37,5°, ungewöhnliche Beschleunigung und Abflachung der Atmung, Schlafstörungen, Beeinträchtigung der Libido, *Ejaculatio praecox*, eine Erhöhung des Liquordruckes auf 200 mm. Es fanden sich keine Störungen des Gedächtnisses, der Intelligenz, der Motilität, der Sensibilität. Trotzdem sind nach Ansicht von M. die objektiven und subjektiven (Schwindel, Kopfschmerzen usw.) Symptome ausreichend, um die Diagnose einer organischen oder organisch-funktionellen (*organo-fonctionnel*) Hirnschädigung zu rechtfertigen und eine Neurose abzulehnen.

Fr. Krause.

Zilocchi, Alberto: Sintomi neurosici e psichici da trauma cranico. (Neurotische und psychische Symptome nach Schädeltrauma.) (*Osp. Psichiatr. Prov., Bergamo.*) *Osp. Bergamo* 2, 75—85 (1933).

Anknüpfend an neuere Erfahrungen der Klinik, Physiologie, pathologischen Anatomie und des Krieges meint Verf., daß man bei neurotischen und psychischen Störungen nach Schädeltraumen der mechanischen anatomo-physiologischen Pathogenese mehr Bedeutung beizulegen habe, als dies bisher geschehen sei. Im besonderen bespricht er die Fragen der Simulation, Prognose, Konstitution, des subjektiven Charakters der Erscheinungen und der Entschädigungspflicht.

Laehr (Naumburg a. d. S.).^{oo}

Leppmann, Friedrich: Schlagaderverhärtung im Gehirn und Unfall. *Ärztl. Sachverst.ztg* 39, 227—235 (1933).

Verf. unterscheidet 2 Gruppen von Fällen: 1. Arteriosklerotisch bedingte Folgen von Kopfverletzungen und 2. Fortschreitende arteriosklerotische Erkrankungen des Gehirns nach Trauma. Über den durchschnittlichen Verlauf von Schädeltraumen bei Arteriosklerotikern sagen die vorliegenden Statistiken nichts Sicheres aus. Für die 2. Gruppe, die an und für sich viel seltener ist, führt Verf. einige Beispiele an. Verf. ist der Ansicht, daß dann und wann Krankheitsverläufe beobachtet werden, die darauf hinweisen, daß Schädeltraumen bis dahin klinisch symptomfreie oder symptomarme Sklerosen der Hirnarterien in ihrem Ablauf verhängnisvoll beeinflussen können.

Hiller (München).^o

Seckbach, M.: Paralysis agitans, Parkinsonismus und Trauma. (*III. Med. Univ.-Poliklin., Berlin.*) *Mshr. Psychiatr.* 86, 37—54 (1933).

Die Möglichkeit der traumatischen Entstehung einer echten Paralysis agitans erscheint dem Verf. bisher nicht bewiesen. Der in der Literatur oft negativ beantworteten Frage, ob ein Parkinsonismus Folge eines Schädeltraumas sein kann, versucht Seckbach in folgender Weise näherzutreten. Er sieht als beweiskräftig nur Fälle an, in denen es sich um sehr jugendliche Menschen handelt, bei denen man den senilen oder präsenilen Prozeß der echten Paralysis agitans nicht annehmen kann, bei denen in der Anamnese keinerlei „grippöse“ Erkrankung vorhanden war und bei denen schließlich das Trauma zu einem Zeitpunkt erfolgte, der viele Jahre von dem einer Encephalitis-epidemie getrennt ist. Wenn man einen solchen Fall vor sich habe, müsse man den ursächlichen Zusammenhang bejahen. Als Beispiel bringt S. folgenden Fall:

27jähriges Mädchen aus völlig unbelasteter Familie stürzt mit dem Kopf gegen einen Türrahmen und ist einige Zeit bewußtlos. In der nächsten Zeit kaum subjektive Beschwerden. Etwa 4—5 Wochen nach dem Unfall deutliches Langsamerwerden der Bewegungen und im Laufe eines Jahres Entstehung eines sehr schweren Parkinsonismus mit grobem Zittern.

Panse (Berlin).^{oo}

Steindorff, Kurt: Die Begutachtung in der Augenheilkunde. *Med. Welt* 1933, 1296—1298, 1438—1439 u. 1475—1477.

Aus dem für den praktischen Arzt bestimmten kurz gefaßten Überblick kann nur einiges Wesentliche hervorgehoben werden. Unterbrechung der Schwangerschaft kann notwendig werden bei Netzhautblutungen, besonders wenn ein Auge etwa schon an gleicher Krankheit zugrunde gegangen ist, bei tuberkulösem Augenleiden, bei Neuroretinitis albuminurica gravidarum. Eheschließung sollte widerraten werden Kranken mit hochgradiger Kurzsichtigkeit, Anlage zu Linsentrübungen, grünem Star, Mißbildungen, schließlich auch Blutsverwandten. — Die obere Grenze der erwerblichen Sehschärfe ist bei hohen optischen Ansprüchen mit $\frac{3}{4}$, bei niedrigen mit $\frac{1}{2}$ der wissenschaftlichen anzunehmen. Die untere Grenze bei höheren optischen Ansprüchen ist mit $\frac{1}{7}$ — $\frac{1}{6}$, bei niedrigen mit $\frac{1}{20}$ anzunehmen. — Die Abschätzung von Unfallfolgen bei Kindern muß auf die Zukunft des Kindes Rücksicht nehmen (Entstellung), über 50 Jahre alten Personen sollte die höchste der für die jeweilige Verletzung mögliche Rente gewährt werden. — In Fällen, welche durch Unfallfolgen in der Konkurrenzfähigkeit geschädigt sind, sollte die Rente um 5—10% erhöht

werden. — Eine Erhöhung der Rente bei späterer Erblindung des 2. Auges läßt das Gesetz nicht zu, dagegen kann die Rente herabgesetzt werden bei späterer Besserung der Unfallfolgen selbst dann, wenn die Gesamterwerbsfähigkeit durch vom Unfall unabhängige Beeinträchtigung des Sehvermögens zurückgegangen ist. Die Rente beträgt bei Verlust eines Auges 25%, ausnahmsweise $33\frac{1}{3}\%$, wenn der Beruf des Verletzten besonders genaues zweiäugiges Sehen verlangt. Nach Gewöhnung sinkt die Rente auf 25%, aber nicht tiefer. Bei Bemessung der Erwerbsminderung wird zwischen Erblindung und Verlust eines Auges kein Unterschied gemacht. Die Erwerbsminderung bei einseitigem Verlust der Linse wird auf 10—20% geschätzt, wenn das beschädigte Auge mit Starbrille gutes Sehvermögen hat. — Es gibt keinen Beruf, zu dessen Ausübung unbedingt volle Sehschärfe beider Augen notwendig wäre. — Nach Verletzungen zurückbleibende Reizbarkeit der Augen ist mit einem Rentenzuschlag von 10—20% zu bewerten. Periphere Gesichtsfeldausfälle sind besonders dann störend, wenn sie nach unten gelegen und so groß sind, daß auch die zentrale Sehschärfe beeinträchtigt wird. Einseitige zentrale Gesichtsfeldausfälle beeinträchtigen besonders das stereoskopische Sehen, sie rechtfertigen eine Rente von 10—20%. Die Einbuße der Erwerbsfähigkeit bei Halbseitenblindheit ist mit 30—40% zu bemessen. — Ist bei Augenmuskellähmungen das Doppeltsehen so störend, daß ein Auge durch Verdecken ausgeschaltet werden muß, so ist der Zustand mit $25\text{—}33\frac{1}{3}\%$ zu entschädigen. — Die Entscheidung über den Zusammenhang von Netzhautablösung und Unfall bzw. ungewöhnlicher körperlicher Anstrengungen ist schwer. — Die Bedingungen, unter welchen die Entstehung traumatischer bösartiger Geschwülste anerkant werden kann, dürften bei Augenverletzungen selten gegeben sein.

Jendralski (Gleiwitz).

Gutzeit, R.: Unfallverletzungen des Auges und ihre Begutachtung. (*Johanniter-Kreiskrankenh., Neidenburg.*) Mschr. Unfallheilk. **40**, 600—605 (1933).

Nach Hinweis auf die relative Häufigkeit von Unfallverletzungen des Auges (z. B. in der Eisen- und Stahlindustrie 14,2%) werden 4 Fälle mit Gutachten mitgeteilt: 1. Erblindung durch Kuhhornstoß, der die Linse verletzt und schwere Hornhauttrübungen und Irisverwachsungen zur Folge hatte. 2. Schnittverletzung eines Auges durch Bindehaut, Muskel, Ader- und Netzhaut, Glaskörperabfluß, Blutungen. Es gelang, das Auge zu erhalten, keine Dauerrente. 3. Täuschungsversuch nach Abheilung einfacher Hornhautverletzung durch Steinsplitter. Der Verletzte hatte künstlich durch Mydriatica Pupillenerweiterung erzeugt. 4. Schwere Kontusion eines Auges durch Anprallen eines Holzstückes. Nach $1\frac{1}{2}$ Jahren hatte das verletzte, schon vorher kurzsichtige Auge eine Sehschärfe mit $-2,0$ D von $\frac{5}{25}$ ta; Rente 10%, die nach Jahresfrist mit dem dreifachen Jahresbetrage abgefunden wurde. Nach Jahresfrist Verschlechterung. V-Fingerzählen in 1 m. Da Erwerbsminderung nur auf 20% geschätzt wurde, konnte Erhöhung der Rente nicht eintreten (Gewöhnung an einäugiges Sehen).

Giese (Jena).

Abramowicz, I.: Schädigung der Augen durch Pilzsporen. (*Klin. oczna, uniw., Wilno.*) Klin. oczna **11**, 440—443 u. franz. Zusammenfassung 443—444 (1933) [Polnisch].

Bei Arbeiterinnen in einer Pilzkonservenfabrik traten heftige Entzündungen der Bindehaut mit Fremdkörpergefühl und Brennen auf, die ungefähr nach 14 Tagen verschwanden. Als Ursache fanden sich die weißen Sporen der *Helvella esculenta*, die sich ziemlich lange auf der Oberfläche der Hornhaut erhielten und vielleicht durch die Anwesenheit der Helvellensäure wirkten.

Lauber (Warschau).

Escat, E., et P. Rigaud: Les épreuves de sincérité dans les expertises otologiques. (Zuverlässigkeitsproben bei ohrenärztlichen Untersuchungen.) (*Clin. Oto-Rhino-Laryngol., Univ., Toulouse.*) Otol. internat. **17**, 586—609 (1933).

Der lange Aufsatz bringt das Referat, das die Verf. auf dem lateinischen Hals-Nasen-Ohrenärztlichen 7. Kongreß 1933 in Paris gehalten haben. Sie betonen die Bedeutung ihrer Kriegserfahrung für dieses Gebiet. Dann zählen sie die in ihrem Arbeitsbereich üblichen Methoden zur Entlarvung von vorgespiegelten Hör- oder Gleichgewichtsstörungen auf. Die Darstellung enthält wohl eine große Reihe sehr geschickt und sorgfältig ersonnener und be-

dachter Winke oder Kniffe, bietet aber grundsätzlich nichts, was nicht in einigermaßen ausführlichen deutschen Lehrbüchern zu finden wäre; nur laufen die Methoden, selbst der Stengersche Versuch und seine Abarten, fast ausnahmslos unter dem Namen französischer Ohrenärzte. Eine Zusammenfassung schließt mit einer eindringlichen Erinnerung an die psychologischen und ethischen Grundsätze, die der Arzt gerade als Gutachter zu pflegen habe.
Klestadt (Magdeburg).

Stern, R.: Die Begutachtung der Biermerschen Krankheit, unter besonderer Berücksichtigung ihrer modernen Therapie. (*Med. Univ.-Poliklin., Breslau.*) Mschr. Unfallheilk. 41, 18—23 (1934).

Die letzten Jahre haben wohl einen Fortschritt von großer Bedeutung hinsichtlich der Behandlung der Biermerschen Krankheit gebracht, unsere Kenntnis bezüglich der Entstehung des Leidens aber nicht vertieft. Die Lebertherapie hat aber revolutionierend auf die Begutachtung gewirkt. Die Erwerbsminderung, die man früher außerordentlich hoch bewerten mußte, wird nur noch ausnahmsweise (bei zu spät eingeleiteter Behandlung) sehr hoch sein; meist wird sie, dem Verbot schwerer körperlicher Anstrengungen entsprechend, geringer eingeschätzt werden können. Um diese Minderung prozentual besser beziffern zu können, empfiehlt Verf. statt der Therapie mit gekochter Leber solche mit Präparaten anzuwenden, deren Kosten der Versicherungsträger als Behandlungskosten eines anerkannten Versicherungsleidens zu tragen hätte. Traumen wird man jetzt nur eine vorübergehende Steigerung der Erwerbsminderung zuerkennen können, vorausgesetzt, daß sofort energisch mit Leber- und Magenpräparaten behandelt wird.
H. Pfister (Bad Sulza).

Klieneberger, Carl: Perniziöse Anämie und Unfall (Schädeltrauma ohne besonderen Blutverlust, Tod an perniziöser Anämie). *Med. Klin.* 1933 II, 1653—1655.

Es wird über einen Patienten berichtet, bei dem 1929 ein Schädelbruch mit leichter Hirnerschütterung aufgetreten sein soll, der gewisse nervöse, objektiv nicht faßbare Störungen hinterließ. Anfang März 1931 war der Blutbefund noch normal, Ende 1931 wurde eine typische Perniciosa mit leichten Nervenstörungen festgestellt, 1933 starb der Patient, weil er die Lebertherapie vernachlässigt hatte. Es wird in einem Gutachten abgelehnt, daß die zum Tode führende Krankheit etwas mit dem Unfall zu tun habe.
Schulten (Hamburg).

Sorel, Émile: Spirochétose ictéro-hémorragique et submersion. (Weilsche Krankheit und Ertrinken.) (*18. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 22.—24. V. 1933.*) *Ann. Méd. lég. etc.* 13, 526—528 (1933).

Nach allgemeinen Hinweisen über die Weilsche Krankheit (Priorität angeblich von Mathieu 1886 in Frankreich einige Monate vor Weil) und über das Vorkommen der die Krankheit veranlassenden Spirochäten in Gewässern wird über einen einschlägigen Fall von Erkrankung nach Wasserrespiration berichtet: 35jähriger Mann, aus Ertrinkungsgefahr gerettet (Scheintod, durch künstliche Atmung nach $\frac{1}{4}$ Stunde wiederbelebt), hatte am nächsten Tag eingeschränktes Erinnerungsvermögen, ging in den folgenden Tagen wieder seiner Beschäftigung nach. 10 Tage nach dem Unfall erkrankte er plötzlich mit Kältegefühl, Kopf-, Muskel- und Gliederschmerzen, Erbrechen, Temperatursteigerung bis 39,5°. Bald danach trat Ikterus auf sowie die sonstigen Symptome der Weilschen Krankheit (Urinbefund, Hauterscheinungen). Der Tod trat 5 Tage nach Beginn der Erkrankung ein. Über einen Sektionsbefund ist nichts vermerkt. Die Privatversicherungsgesellschaft hatte sich zunächst geweigert, die für Unfalltod vorgesehene Summe zu zahlen, mit der Begründung, es handle sich um eine natürliche Todesursache, unabhängig von der Untertauchung. Durch das Gutachten des Verf. wurde die Versicherungsgesellschaft zur Zahlung der Unfallsumme bewegt.
Walcher (Halle).

Weber, A.: Die Bedeutung der Elektrokardiographie für den Vertrauensarzt. (*Bal-neol. Univ.-Inst., Bad Nauheim.*) Vertrauensarzt u. Krk.kasse 2, 25—30 (1934).

Der Aufsatz vermittelt die Form und Bedeutung der bei verschiedenen Herzleiden vorkommenden typischen Elektrokardiogramme und legt dar, in welchen Fällen man durch die elektrische Untersuchung diagnostisch und evtl. auch therapeutisch weiterkommen kann.
K. Landé (Berlin).

Ponticaccia, Luigi: Cardiopatia da trauma. (Perizia medico-legale.) (Herzkrankheit nach Trauma. [Gerichtlich medizinisches Gutachten].) (*Osp., Varese.*) *Giorn. Clin. med.* 14, 1393—1414 (1933).

Das fleißige Gutachten bezieht sich auf einen Fall von traumatischer Herzneurose, welche sich bei einem 26jährigen Arbeiter 8—9 Tage nach einem heftigen Stoß an der Brust ohne äußerliche merkliche Verletzungen entwickelt hat. Besonders sorgfältig ist die Diagnose

auf Grund zahlreicher klinischer Untersuchungen erörtert und gestellt. Die Möglichkeit einer Rentenneurose ist betrachtet aber als weniger wahrscheinlich geschätzt. Erwerbsunfähigkeit 50 %.

Romanese (Turin).

Pernice, H.: Mitralstenose nach mehrfachen Chlorgasvergiftungen. (*Gewerbekrankenabt., Krankenh. Neukölln, Berlin.*) Dtsch. med. Wschr. 1933 II, 1644—1646.

Ein im Chlorhaus beschäftigter 34-jähriger Schlosser hat in den Jahren 1923—1927 mehrfache, zum Teil schwere Chlorgasvergiftungen erlitten (schwere Lungenblutungen). 1932 wird eine Mitralstenose festgestellt. Infektionskrankheiten, die zu einem Vitium führen könnten, sind in der Anamnese nicht bekannt; Wassermann-negativ. Vor dem Beginn der Chlorhausarbeit war der Mann mehrfach, auch amtsärztlich und röntgenologisch, untersucht worden, ohne daß Abnormitäten des Kreislaufapparates bemerkt worden wären. Zeitweise wurden nach den Vergiftungen erhöhte Temperaturen beobachtet, doch besteht weder klinisch noch röntgenologisch ein Anhaltspunkt für Tuberkulose. Der Verf. nimmt deshalb mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit an, daß der Herzklappenfehler durch die Chlorgasvergiftungen entstanden ist.

Es ist dabei denkbar, daß das chlorgashaltige Blut den empfindlichen Klappenapparat des linken Herzens durch Wasserentzug (Flury-Zernik) geschädigt hat oder daß nach Louis Lewin das Blut dickflüssig und zur Thrombenbildung prädisponiert worden ist. Es kann aber auch durch die schweren Reizungen der unteren Atemwege eine chronische Lungenentzündung entstanden sein und diese Dauerinfektion zu einer Mitralaffektion geführt haben.

Eisner (Basel).

Engel, Hermann: Tod Folge eines langjährigen Herz- und Nierenleidens oder eines Unfalls? Med. Klin. 1934 I, 95—97.

Ein 50-jähriger Mann (Gerichtssekretär) erleidet in einer Mühle (Oktober 1928) einen Unfall durch Sturz in einen Trichter und trug einen Bruch der linken 11. Rippe und Bluterguß im linken Kniegelenk davon. Er starb November 1929 unter den Zeichen von Herzschwäche. Es wurde auf Schadenersatz geklagt, da der behandelnde Arzt auch eine Nierenquetschung durch den Sturz angenommen hatte. In der Tat ergaben die Ermittlungen, daß der Verstorbene seit 28 Jahren an einer Aorteninsuffizienz nach Gelenkrheumatismus und seit 20 Jahren an einer chronischen Nierenentzündung gelitten hatte. Unter diesen Umständen mußten die Entschädigungsansprüche abgelehnt werden.

Giese (Jena).

Neergaard, K. v.: Beitrag zur Frage der traumatischen Lungentuberkulose. (*Univ.-Inst. f. Physikal. Therapie, Zürich.*) Schweiz. Z. Unfallmed. 27, 323—330 (1933).

Bei 23-jährigem Masseur erweist das Röntgenbild einer am 14. X. 1929 stattgehabten sportärztlichen Untersuchung den Befund einer ausgeheilten geringfügigen rechtsseitigen Spitzenaffektion. Am 20. VII. 1930 beim Turnen Sturz auf die rechte Schulter, danach Schmerzen im Rücken und beim Atmen. Röntgenologisch keine Skeletveränderung, Lungenbefund wie früher. Nach 2 Monaten Mattigkeit, Husten; Röntgenbefund zeigt wolkige Verschattung des ganzen oberen Lungenfeldes, haselnußgroße Kaverne unterhalb des rechten Schlüsselbeines (September 1930). Trotz günstiger Heilungstendenz, raschem Rückgang des Prozesses und mehrmonatiger Höhenkur kommt es $\frac{5}{4}$ Jahre später zu einem spontanen neuen Schub. Kausalzusammenhang wird angenommen, weil der Lungenbefund vor dem Unfall sich trotz strenger Arbeit nicht verändert hatte, dagegen nach dem Unfall die Erkrankung sich am Ort der Gewalteinwirkung innerhalb der typischen Zeit entwickelt hatte, obwohl die Möglichkeit eines spontanen Schubs nicht absolut ausgeschlossen werden konnte.

Giese (Jena).

Neumann, Walter: Qualitätsdiagnose der Lungentuberkulose und Versicherungsmedizin. (*III. Med. Abt., Wilhelminenspit., Wien.*) Mschr. Unfallheilk. 41, 24—31 (1934).

Verf. knüpft an die Tatsache an, daß in Holland nicht weniger als 25% der unter den Versicherten überhaupt vorkommenden Tuberkulosesterblichkeit auf die ersten beiden Jahre nach Abschluß der Versicherung fallen! Ein Großteil dieser Fälle muß zur Zeit der Untersuchung schon krank gewesen sein; den Fehler sucht Verf. im System, in der Nichtanwendung der neuesten Errungenschaften in der Tuberkuloseforschung. Er betont die Wichtigkeit der Temperaturmessung, bei der Anamnese die Frage nach der Exposition, vorausgegangener „Grippen“. Von Bedeutung ist der phthisische Aspekt (nicht Habitus): Blässe, Magerkeit, welches Fettpolster, Cyanose der Lippen, Dyspnoe beim Sprechen. Von den einzelnen Formen der Tbc. wird die Tuberkulosis abortiva als prognostisch absolut günstig bezeichnet, etwas weniger günstig die Tbc. fibrosa densa. Nachuntersuchungen an einer größeren Zahl von Kranken haben diese Ansicht bestätigt.

Giese (Jena).

Martin, B.: Gibt es erwerbsmindernde Folgen der Lungenembolie? (*I. Hosp. Univ., Canton u. Chir. Univ.-Klin., Berlin.*) Mschr. Unfallheilk. **41**, 65—69 (1934).

Die Nachuntersuchung von 9 Fällen von Lungenembolie ergibt, daß bei der reinen Lungenembolie die schweren Folgen gewöhnlich in weniger als einem Monat beseitigt sind. Herz und Lunge kehren zur regelrechten Tätigkeit zurück. Erwerbsbeschränkende Folgen anhaltender oder dauernder Art bleiben nicht zurück. Bei sekundären Folgen der Embolie, wie Infarkt-pneumonie, Pleuritis usw. ist dagegen die Beurteilung im Sinne der RVO. eine andere.

Heidemann (Bad Schwalbach).

Masciotra, Angel A., und Mario Figueroa Alcorta: Gerichtlich-medizinische Betrachtungen über einen Fall von eitriger Pleuritis traumatischer Herkunft. *Semana méd. 1933 II*, 1033—1038 [Spanisch].

Kasuistische Mitteilung. Verf. erörtern die bekannten Kriterien des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Trauma und Pleuritis (vorheriger Gesundheitszustand, Ort des Traumas, lokale Erscheinungen, Schmerzen, Hämoptoe, Arbeitsunfähigkeit). Nichts Neues.

Romanese (Turin).

Kalk, H.: Zur Frage der Kriegsdienstbeschädigung beim Geschwür des Magens und Zwölffingerdarmes. (*II. Inn. Abt., Horst Wessel-Krankenl. im Friedrichshain, Berlin.*) Ärztl. Sachverst.ztg **39**, 325—334 (1933).

Verf. behandelt in ausführlichen Darlegungen das Geschwür des Magens und Zwölffingerdarms in seinen Beziehungen zur Frage der Kriegsdienstbeschädigung, wobei er auf die Ätiologie der Geschwürsbildung in Magen und Darm eingeht, die Konietznsysche Lehre, daß lediglich entzündliche Vorgänge in der Magenschleimhaut bei der Geschwürsentstehung eine Rolle spielen, ohne daß dem Magensaft irgendwelche Bedeutung zukommt, als überwunden bezeichnet, aber an der Tatsache festhält, daß am Geschwürsmagen eine Gastritis besonderen Charakters besteht, und darauf hinweist, daß die Gastritis wie das Ulcus die Folge einer Störung in einem übergeordneten System sind, etwa im vegetativen System, so daß die Störung im vegetativen Gleichgewicht zu einer funktionellen Störung sowohl der Magensekretion wie der Motilität führt und daß diese Störung sowohl die Entstehung des Ulcus wie die der Gastritis zur Folge hat. Beide wären dann die Folge einer chemischen Entzündung, die einerseits zum Gewebsdefekt, andererseits zur diffusen Schädigung des Magenparenchyms führte. Diese neurogene Theorie des Ulcus von v. Bergmann hat sich bisher allen neuen Tatsachen der Forschung gegenüber als gewachsen gezeigt und hat durchaus ihre Existenzberechtigung erwiesen. Die konstitutionelle Komponente bei der Ulcuserstehung kommt darin zum Ausdruck, daß das Ulcus sich nach gewissen Regeln vererbt und daß es sog. Ulcusfamilien gibt. Dabei kann einmal der äußere Faktor klein, der innere groß oder umgekehrt sein. Jeder Einzelfall bedarf daher einer besonderen Betrachtung. Die Ulcuskrankheit ist, wenn sie einmal besteht, ganz ausgesprochen eine in Perioden verlaufende und neigt zu Rezidiven. Alle Beschwerdenperioden, die sich an ein nachweislich im Kriege entstandenes Geschwürsleiden anschließen, sind demgemäß die direkte Folge eines Kriegsbeschädigungsleidens. Noch häufiger steht die Frage zur Beantwortung, inwieweit ein bereits vor dem Kriege entstandenes Leiden durch den Kriegsdienst verschlimmert worden ist. Hier ist darauf hinzuweisen, daß eine neue Beschwerdeperiode im Kriege mit größter Wahrscheinlichkeit auch im Rahmen des üblichen Verlaufs der Geschwürskrankheit entstanden wäre, auch ohne daß der Betreffende Kriegsdienst geleistet hätte. Der Tatbestand einer dauernden und wesentlichen Verschlimmerung des Leidens durch den Kriegsdienst wird nur selten gegeben sein. Die Höhe der durch das Leiden bedingten Erwerbsbeschränkung ist sehr schwierig einzuschätzen, weil die Angaben des Kranken nur mit äußerster Vorsicht zu verwerten sind. Zur Klarstellung der Diagnose ist vor allem das Röntgenbild heranzuziehen; bei völlig fehlendem Röntgenbefunde muß man mit der Stellung eines Ulcus außerordentlich zurückhaltend sein. Bei negativem Röntgenbefund die Diagnose auf Ulcus zu stellen, ist kaum erlaubt. Bei den meisten Duodenalgeschwüren ist die Festsetzung einer durchschnittlichen Höhe der Erwerbs-

fähigkeit auf 30—33 $\frac{1}{3}$ % angemessen. Mit einer Operation soll sehr zurückgehalten werden, da völlige Beschwerdefreiheit in der Regel nicht erreicht wird.

Ziemke (Kiel).

Zondek, Max: Nierensteinkolik und Trauma. Mschr. Unfallheilk. **41**, 39—40 (1934).

Nach einem Unfall (Stoß gegen die linke Körperseite nach den Rippen hin) traten oft Schmerzen in der linken Bauchseite und beim Urinieren brennende Schmerzen in der Harnröhre auf; 8 Monate nach dem Unfall eine röntgenologisch gesicherte typische Nierensteinkolik. Es werden Unfallansprüche gestellt. Anzeichen für Vorhandensein des Steines vor dem Unfall wie Beschwerden, Hämaturie, gelegentlicher Abgang von Steintrümmern, ebenso besondere Prädisposition zu Nierensteinerkrankungen (Gicht, Fettsucht, Zuckerkrankheit, Steinerkrankungen in der Familie) waren nicht vorhanden. Doch muß für die Anerkennung des Unfallzusammenhangs der Nachweis gefordert werden, daß die Niere mittelbar oder unmittelbar bei dem Unfall in Mitleidenschaft gezogen worden ist. Eine Verletzung der Niere wird dann besonders möglich sein, wenn sie pathologisch fixiert, nicht physiologisch beweglich ist. Es wird bei Verletzung Druckschmerzhaftigkeit im Winkel zwischen unterem Rippenrand und seitlicher Rückenstreckermuskulatur bzw. bei bimanueller Palpation vorhanden sein, ferner vor allem, wenn auch nur mikroskopisch nachweisbar, Blut im Harn. Im vorliegenden Falle bestand keines dieser Symptome, daher Ablehnung des Unfallzusammenhangs als sehr unwahrscheinlich. *Heidemann [Hildebrand]* (Schwalbach).

Pondé Filho: Syphilitische Aortitis und Trauma. (*Ambulat., Fac. de Med., Bahia.*) Arch. Inst. Nina Rodrigues **11**, Nr 1/2, 108—114 (1933) [Portugiesisch].

Der 35 Jahre alte Mann erlitt eine Brustquetschung, indem er von einem Wagen gegen einen Pfosten gedrängt wurde. Nach einmonatiger Behandlung wurde er aus dem Krankenhaus entlassen. Da aber die Beschwerden nicht nachließen, kam er wieder zur Aufnahme. Jetzt ergab die genaue Untersuchung das Vorliegen einer luischen Aortitis. Auf diese und nicht auf den Unfall konnten die mannigfaltigen Beschwerden zurückgeführt werden. *Ganter.*

Barthélemy, R.: Nouvelle contribution à l'étude des manifestations syphilitiques post-traumatiques (accidents du travail notamment). (Neuer Beitrag zum Studium posttraumatischer syphilitischer Erscheinungen [besonders Arbeitsunfälle].) Ann. Mal. vénér. **28**, 594—609 (1933).

Es werden Fälle beschrieben, bei denen nach mehr oder weniger nachweisbaren Traumen an den betreffenden Stellen gummöse Prozesse entstanden. Viele Fälle weisen weder anamnestisch noch serologisch sichere Zeichen von Lues auf. Die spezifische Therapie bewirkt schnelle Heilung. Bei einem Fall von anscheinend posttraumatischem Tabes erbrachte die genaue Anamnese, daß die Tabes schon vorher begonnen hatte.

Die Arbeit hat praktisches Interesse für den Mediziner, wie den Juristen und enthält Literaturangaben.

R. Schärer (Bern).

Meyer, Otto: Arthritis deformans als Folge von Unfällen. Zbl. Chir. **1934**, 83—85.

Verf. wendet sich dagegen, die Arthritis deformans als eine Arthrose aufzufassen, denn dann würde der Unfall allerdings als Verursachung ausscheiden. Als Beweis dafür, daß es sich bei Arthr. def. meist um Infektionen handle, führt er die Untersuchungen von Veil an, der bei diesem Leiden große Blutsenkungsziffern und Komplementschwund gefunden habe. Verf. konnte in fast allen Fällen eine latente Thrombophlebitis der unteren Extremitäten als Ursache der Infektion nachweisen, nach deren Heilung auch die Arthr. def. eine deutliche Besserung zeigte. Da für die Entstehung einer Thrombophlebitis an den Beinen Verletzungen auch leichteren Grades in diesem Gebiete eine große Rolle spielen, so folgt daraus der ursächliche Zusammenhang zwischen Unfall und Arthritis deformans. *Giese* (Jena).

Leffmann, R.: Über eine ungewöhnliche Form des traumatischen Handrückenödems. (*Orthop. Heilanst. v. Dr. Pertz u. Dr. Leffmann, Karlsruhe i. B.*) Mschr. Unfallheilk. **41**, 40—43 (1934).

Ein Mann erlitt als Lehrling 1914 eine Quetschung des linken Handrückens, ohne Knochen-

bruch. Die Schwellung verschlimmerte sich nach Wiederaufnahme der Arbeit, so daß klinische Behandlung notwendig wurde. 1916 wurde Rente von 20% zuerkannt. Auch in den folgenden Jahren bestand dauernd Schwellung in der Gegend des 2. und 3. Mittelhandknochens. Militärdienstuntauglich, weil sich der Zustand nach der Einziehung wesentlich verschlimmerte. 1932 erneuter Antrag auf Unfallrente. Die Schwellung hat denselben Umfang wie früher, fühlt sich knorpelhart an, ihr Hautüberzug ist bläulichrot. Verdacht auf Haut-Tbc. (Erythema induratum) nicht bestätigt. Histologische Untersuchung eines ausgeschnittenen Stückchens erweist Vermehrung des kollagenen Bindegewebes, Fibrillen gequollen; neben Knäueln von neugebildeten Gefäßen finden sich durch Intimawucherung verschlossene, Neubildungsprozesse und regressive Veränderungen nebeneinander. Da eine anderweite künstliche Verursachung nicht anzunehmen war, mußte der Befund als Folge der vor 19 Jahren erlittenen Unfalles anerkannt werden. *Giese (Jena).*

Zur Verth, M.: Grundlagen des neuzeitlichen Kunstbeinbaues. Schweiz. Z. Unfallmed. 27, 306—323 (1933).

Bericht über einen Vortrag, gehalten auf einer Ärztetagung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt. Es werden die Fortschritte im Bau des Kunstbeines vom früher üblichen Lederhülsenapparat bis zum Leichtmetallbein mit Lagerung der Knie- und Fußachse in Gumminuffen geschildert. *Giese (Jena).*

● **Lentze, Friedrich-August: Die gerichtsarztliche Bedeutung der Tollwut. (Veröff. Med. verw. Bd. 41, H. 10.)** Berlin: Richard Schoetz 1934. 52 S. RM. 2.20.

Verf. stellt in äußerst übersichtlicher und klarer Weise das für den gerichtlichen Sachverständigen im Gegenstand Wichtige zusammen. Er erörtert eingehend den Nachweis der Tollwut auf Grund der Krankheitserscheinungen beim Menschen, des histologischen Hirnbefundes und des Tierversuches, die Inkubationszeit, überhaupt den ursächlichen Zusammenhang mit einer bestimmten Bißverletzung, sowie die Beurteilung des betreffenden Tieres nach seinem Benehmen, seinen Krankheitserscheinungen, dem Hirnbefund und den Ergebnissen der Verimpfung, verweist auch auf Fehler, die bei der Untersuchung und Beurteilung der Hunde oft gemacht werden. Weiter ist die rechtliche Bedeutung der Impfschäden beleuchtet. Unter den erörterten Rechtsfragen ist insbesondere die Verantwortlichkeit des Arztes für die Beratung Wutgefährdeter von Wichtigkeit, weiter die Mitteilung von Entscheidungen, durch welche Krankenkassen die Kosten für Wutschutzbehandlung auferlegt wurden, obwohl weder vorher die Bewilligung eingeholt, noch auch die Gefährdung ernst war.

Meixner (Innsbruck).

Holstein, Ernst: Unbestimmte medizinische Begriffe der Verordnung vom 11. 2. 1929 über melde- und entschädigungspflichtige Berufskrankheiten. Ärztl. Sachverst.ztg 39, 269—277 (1933).

Aus der Verordnung vom 11. II. 1929 werden 3 medizinisch unklare Begriffe besprochen: 1. Eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit, die in Metallbe- und -verarbeitungsbetrieben entschädigt wird, ist nach einer Entscheidung des RVA. vom 19. VI. 1931 anzunehmen, wenn gewöhnliche Umgangssprache aus einer Entfernung von über 25 cm vom besser hörenden Ohre nicht mehr verstanden wird. 2. Der Begriff schwere Staublungenenerkrankung hat zu vielen Erörterungen und widersprechenden Entscheidungen Veranlassung gegeben. Nach der röntgenologischen Stadieneinteilung entspricht dem 1. Stadium eine Vergrößerung der Hilusdrüsen und peribronchiale und perivasculäre Verdichtung in Hilusnähe; dem 2. Stadium eine allgemein mehr flächenhafte Verdichtung der Hilusregion und vereinzelte oder zahlreiche kleinst-, klein- bis mittelgroßfleckige Knötchen, besonders des mittleren und seitlichen Lungensfeldes; dem 3. Stadium großfleckige Schattenbildungen, die auch als tumorartige Ballungen in Erscheinung treten können. Dieser Endzustand einer Silikose ist klinisch durch Störungen der Herz- und Atmungsfunktion ausgezeichnet. Die untere Grenze der schweren Silikose wurde ärztlicherseits begrenzt teils bei einer E.M. von mindestens $66\frac{2}{3}$, teils von mindestens 50%; von anderer Seite wurde das Auftreten der ersten objektiven Anzeichen von Arbeitsdyspnoe oder Herzinsuffizienz, von anderer das röntgenologische Vorliegen des 3. Stadiums auch ohne klinische Erscheinungen als

Kennzeichen einer schweren Silikose angesehen. Durch Entscheidung des RVA. vom 25. II. 1930 und vom 22. V. 1930 wurde festgelegt, daß eine schwere Silikose anzunehmen sei, wenn röntgenologisch das 3. Stadium und, durch diese Veränderungen bedingt, Beschwerden vorhanden seien, auch wenn diese noch nicht die typischen Beschwerden des 3. Stadiums, Kurzatmigkeit infolge Lungenstarre und Kreislaufstörungen, seien. — Für das Zusammentreffen von Silikose mit anderen Krankheiten führt die Entscheidung vom 25. II. 1930 weiter aus, daß auch eine Silikose geringeren Umfangs als schwer zu gelten habe, wenn sie einen schwächlichen oder aus anderen Gründen wenig widerstandsfähigen Körper treffe, so daß klinisch sich schon schwere Krankheitserscheinungen der der Silikose eigentümlichen Art feststellen lassen. Dies gilt auch bei andersartigen Erkrankungen der Lungen wie Bronchitis, Lungenblähung und Tuberkulose. Wenn in der Verordnung vom 11. II. 1929 gesagt wird, daß eine Tuberkulose als Staublungenerkrankung zu entschädigen ist, wenn sie mit einer schweren Staublungenerkrankung zusammentrifft, so wäre doch nicht zu fordern, daß dazu die Staublungenerkrankung ohne Bestehen der Tuberkulose allein schon als schwer müßte angesehen werden können. Durch das Zusammentreffen mit der Tuberkulose würde auch ein geringeres als das 3. Stadium zu einer schweren Silikose, so daß die Gesamterkrankung zu entschädigen sei, wenn nur die Silikose überhaupt erheblich und die Gesamtkrankheit eine schwere sein. — Der obigen Entscheidung vom 25. II. 1930 ist hinsichtlich des Zusammentreffens der Tuberkulose mit Silikose kürzlich der erste Rekursenat beim RVA. in einer Entscheidung vom 6. IX. 1933 entgegengetreten. Diese Entscheidung geht auf den Wortlaut der Verordnung zurück, in der unmißverständlich nur schwere Staublungenerkrankungen unter Versicherungsschutz gestellt würden, und nur unter dieser überhaupt erst einen Entschädigungsanspruch begründenden Bedingung eine gleichzeitig bestehende Lungentuberkulose für die Höhe der Entschädigung ebenfalls berücksichtigt werden könne. 3. Die Begriffe „chronische“ und „chronisch-rezidivierende“ Hautkrankheiten: Eine chronische Hauterkrankung will Verf. annehmen, wenn über 8 Wochen fortlaufend Heilbehandlung mit gleichzeitiger Arbeitsunterbrechung bzw. geeignetem Arbeitswechsel keine Heilung brachte. — Eine chronisch-rezidivierende Hauterkrankung ist jeder Rückfall einer im obigen Sinne chronischen Hautkrankheit. *Heidemann (Bad Schwalbach).*

Brandt, A.: Die große Bedeutung der ersten ärztlichen Untersuchung bei meldepflichtigen Berufskrankheiten. (*Gewerbeaufsichtsamt, Hamburg.*) Mschr. Unfallheilk. 41, 37—39 (1934).

An Hand eines Falles von Schlaganfall durch angebliche Bleieinwirkung, der erst $\frac{1}{2}$ Jahr nach Aussetzen der Arbeit erstmalig nachuntersucht und der nach widersprechenden Gutachten schließlich vom Reichsversicherungsamt abgelehnt wurde, wegen Vorliegens nur der Möglichkeit einer schädigenden Bleieinwirkung, nicht der hinreichenden Wahrscheinlichkeit einer Bleierkrankung, fordert Verf. die Nachuntersuchung jedes Berufskrankheitsfalles durch „geeigneten Arzt“ sobald als möglich und Anwendung sämtlicher Untersuchungsverfahren. Es ist ferner nicht richtig, erst nach 8wöchiger Arbeitsunfähigkeit eine einem Unfall entsprechende Berufskrankheit anzunehmen und eine Nachuntersuchung zu veranlassen, da bei den heutigen Arbeitsverhältnissen der Erkrankte seine Arbeitsstelle möglichst nicht verlasse oder doch so schnell wie möglich zu seiner Arbeit zurückkehre. Eine Nachuntersuchung schon bei kürzerer Arbeitsunfähigkeit als 8 Wochen ist zum Nutzen der Arbeitnehmer wie der Berufsgenossenschaft. *Heidemann (Bad Schwalbach).*

Členov, L., und A. Volf: Über die Arbeitsfähigkeit bei Tabes. Sovet. Nevropat. 2, Nr 4, 33—40 (1933) [Russisch].

Verff. bearbeiteten ein 381 Fälle umfassendes Material. Die Kranken wurden zwecks Feststellung ihrer Arbeitsfähigkeit untersucht. Es fanden sich unter ihnen 313 Männer (82,4%) und 68 Frauen (17,6%). 76,8% der Fälle standen im Alter von 40—60 Jahren, 41,8% von 50—60. Diese Zahlen zeigen, daß die Arbeitsfähigkeit der

Tabiker sich recht lange erhält, besonders wenn in Betracht gezogen wird, daß die Tabes gewöhnlich von 40 Jahren beginnt. Invalidität entwickelt sich durchschnittlich 25 Jahre nach der Erkrankung an Lues, häufig noch später. Die Tabes als Hauptursache der Invalidität kann nur im Alter bis 50 Jahre angenommen werden, da im höheren Alter auch andere Erkrankungen eine Rolle spielen. In den untersuchten Fällen litten außer an Tabes 119 (52,5%) an Herz- und Gefäßerkrankungen und 49 (12,8%) an Lungenerkrankungen. 44,7% der Tabiker bilden Arbeiter, 42,0% Angestellte. Da unter den einer Expertise Unterworfenen sich verhältnismäßig viel mehr Arbeiter als Angestellte befinden, muß angenommen werden, daß die Zahl der Tabiker unter letzteren besonders groß ist und daß körperliche Arbeit zur Tabes nicht veranlagt. Ebensowenig kann Bevorzugung bestimmter Professionen festgestellt werden. Der größte Teil der Tabiker (325 Fälle) hat eine Dienstzeit von nicht weniger als 15 Jahre hinter sich, 261 sogar 25 Jahre. Auf Grund ihrer Untersuchungen schließen Verff., daß die Tabes wenig invalidisiert. Sie sind jedoch der Ansicht, daß aus prophylaktischen Gründen die Tabiker leichtere Arbeitsbedingungen erhalten müssen. Als besonders schädlich werden größere Temperaturschwankungen und schwere körperliche Arbeit angegeben.

J. Prissmann (Moskau).^{oo}

Pflimlin, Raoul: Beteiligung des Auges bei der Caissonkrankheit, insbesondere Kataraktbildung. (*Univ.-Augenklin., Basel.*) *Klin. Mbl. Augenheilk.* **92**, 54—58 (1934).

Ein 36jähriger italienischer Erdarbeiter bekam nach Arbeiten in den Caissons eines Stauwerkes Sehstörungen. Als deren Ursache wurden Linsentrübungen an beiden Augen und konzentrische Gesichtsfeldeinengung gefunden. Allgemeinuntersuchung ergab Steigerung der Sehnenreflexe, die nach Ansicht des Neurologen als Rückstand einer Caissonmyelitis gedeutet werden könnten. Verf. hält daher auch die Linsentrübungen für eine Folge der Arbeit im Caisson.

Jendralski (Gleiwitz).

Linow, Fritz: Berufskrankheiten durch Preßluftwerkzeuge in der Steinbruchindustrie. Kasuistischer Beitrag zu den entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten. *Mtschr. Unfallheilk.* **41**, 81—84 (1934).

Bei den Steinbruchsberufsgenossenschaften sind bisher nur in der Sektion Sachsen insgesamt 5 Fälle anhängig gemacht worden. Bei dem ersten Fall von Arthritis def. des rechten Ellenbogengelenks nach 2jähriger Arbeit wurde Berufskrankheit anerkannt. Im 2. Fall einer Lunatummalacie rechts nach 2jähriger Preßluftarbeit wurde vom OVA. Berufskrankheit schließlich abgelehnt, da bei einer vorangegangenen Beschäftigung nur zu $\frac{1}{3}$ mit Preßluft, zu $\frac{2}{3}$ mit übrigen Steinbruchsarbeiten die Schädigung durch Preßluftarbeit für die Anerkennung der Lunatummalacie nicht genügend stark hervortrete. Bei dem 3. Fall, bei dem das Preßluftwerkzeug bei der Arbeit gegen die rechte Leistengegend gestemmt worden war, wurde Infektarthritis des rechten Hüftgelenks (mit Fieber, Zerstörung von Kopf und Pfanne) bis zum OVA. abgelehnt. RVA.-Entscheidung steht noch aus. Ein Gutachten für RVA. anerkennt Berufskrankheit wegen der Hervorrufung eines Ortes verminderter Widerstandskraft durch Preßluftarbeit. Der 4. Fall einer chronischen Entzündung der Schulter nach 3jähriger Preßluftarbeit ergab gleiche Veränderungen an der anderen Schulter, ist noch nicht entschieden. Bei einem 5. Fall nach nur kurzer Beschäftigung mit Preßluftarbeit verloren sich die Beschwerden wieder, so daß Berufskrankheit abgelehnt wurde.

Heidemann (Bad Schwalbach).

Weber, F. W. A.: Über Schädigung des Nervus ulnaris durch Arbeit mit Preßluftwerkzeugen (nebst Bemerkungen über Ulnarislähmungen bei Erkrankungen des Ellenbogengelenkes). (*Krankenh. d. Barmherzigen Brüder, Dortmund.*) *Mtschr. Unfallheilk.* **41**, 75—81 (1934).

In der Verordnung vom 1. II. 1929 Nr. 14 ist die Entschädigungspflicht bei Arbeiten mit Preßluftwerkzeugen nur auf Erkrankungen von Muskeln, Knochen und Gelenken ausgedehnt. Das RVA. hat indessen in einem Fall auch eine periphere Nervenschädigung als entschädigungspflichtig anerkannt, da es für notwendig erachtet, als Muskel im Sinne der Nr. 14 nicht nur das anatomisch als solchen zu bezeichnende Körpergewebe

anzusehen, sondern unter diesem Begriff auch die den Muskel versorgenden peripheren Nerven einzubeziehen, weil die Gebrauchsfähigkeit der Muskeln in weitestem Umfang auf der Unversehrtheit der versorgenden Nerven beruhe. Diese Auffassung hält Verf. mit Rostock für recht anfechtbar. Muskel und peripherer Nerv sind anatomisch und physiologisch scharf von einander geschiedene Organe. Die Nervenerkrankung hat der Gesetzgeber mit Vorbedacht herausgelassen, wohl weil befürchtet wurde, daß sonst alle möglichen Allgemeinstörungen des Nervensystems auf die Arbeit bezogen würden. Mit der Begründung des RVA. könnte man ebensogut Schädigungen höherer Nervenzentren, aber auch von Sehnen, Haut, Gefäßen als entschädigungspflichtig ansehen, falls ein Muskel durch diese Erkrankungen in seiner Brauchbarkeit schwer geschädigt werde. Verf. berichtet über einen Fall von Schädigung des N. ulnaris durch eine Arthrosis def. des rechten Ellenbogengelenks. Diese hält Verf. trotz einiger fraglicher cerebraler Symptome für eine sichere Berufskrankheit. Ulnarisschädigungen als Frühfolge von Ellenbogengelenkbrüchen sind allgemein bekannt, als Spätfolge sind sie anscheinend etwas in Vergessenheit geraten. Es handelt sich dabei um Wucherungen der Nervenscheide und des Bindegewebes zwischen den Nervenfasern, hervorgerufen durch Veränderungen und Verlängerung der Knochenunterlage, auf der der Nerv gleitet, z. B. bei Brüchen, die mit Verlagerung des Condylus int. humeri nach hinten verheilt sind. In gleicher Weise kommen als Spätfolge z. B. Armplexuslähmungen erst im 3. Lebensjahrzehnt durch angeborene Halsrippen zustande. Auch durch die Wucherungen der Arthrosis def. hat Verf. schon mehrere Fälle von Ulnarisveränderungen gesehen. In dem besprochenen Falle war der Ulnaris der erkrankten Seite am Condylus int. auf das Doppelte der anderen Seite verdickt. Auch ohne die oben angeführte Entscheidung der RVA. ist in diesem Falle die Muskelschädigung durch Schädigung des Ulnaris als Berufskrankheit anzusehen, da die Nervenschädigung Folge der entschädigungspflichtigen Gelenkveränderung ist. *Heidemann* (Bad Schwalbach).

Rostock, Paul: Die Zunahme einer Ellenbogengelenkschädigung durch Arbeit mit Preßluftwerkzeugen bei der Fortsetzung dieser Arbeit. (*Chir. Abt., Krankenh. Bergmannsheil, Bochum.*) Mschr. Unfallheilk. 41, 73—75 (1934).

Durch Vergleich von zwei 6 Jahre nacheinander aufgenommenen Röntgenbildern desselben Falles und der klinischen Befunde zur Zeit der beiden Aufnahmen wird demonstriert, daß die bei der ersten Untersuchung festgestellten Ellenbogengelenksveränderungen durch das inzwischen fast unausgesetzte Arbeiten mit Preßluftwerkzeugen verstärkt wurden (von 10% EM. auf 30% EM.). In einem zweiten Fall, bei dem die Preßluftarbeit — bis auf kurze Zeit — ausgesetzt wurde, konnten 1½ Jahre nach der 1. Untersuchung keine Veränderungen gegenüber dem Vorbefund festgestellt werden. Dieses oft beobachtete Konstantbleiben der Veränderungen bei Aussetzen der Arbeit wird nur bei den Fällen gesehen, bei denen es noch nicht zur Nekrose von Knorpel-Knochenanteilen und zur Bildung von Gelenkmäusen gekommen ist. *Heidemann.*

Müller, Achilles: Über Anilintumoren im Industriegebiet Basel. (19. Jahresvers. d. Schweiz. Ges. f. Chir., Genf, Sitzg. v. 22.—23. X. 1932.) Schweiz. med. Wschr. 1933 II, 951—952.

Verf. berichtet über eigene Beobachtungen bei 4 akut hämorrhagischen und 1 chronisch-ulcerativen Cystitis, 19 Papillomen, von denen 6 carcinomatös entartet, und 36 Carcinomen. Die Erkrankungen wurden nur bei chemischen Arbeitern beobachtet, die mit verschiedenen Aminverbindungen zu tun hatten. Zwischen Beginn der Giftwirkung und Auftreten der Blasenveränderungen liegen im Mittel 17,3 Jahre. Die Blasenkarzinome verliefen ziemlich bösartig. *Fetscher* (Dresden).^{oo}

Brodsky, J.: Der Einfluß der kohlensauren Kupferbeizen für Getreide auf den Tierorganismus. (*Nord.-Kaukas. Inst. f. Arbeitsschutz u. Berufspath., Rostov a. Don.*) Arch. Gewerbepath. 5, 91—107 (1933).

Im Jahre 1930 erkrankten auf dem Sowjetgut „Gigant“ zahlreiche Arbeiter beim Beizen des zum Saatgut bestimmten Getreides mittels kohlensauren Kupfers

an sog. Beizfieber. Die bei der Vermischung des Kornes mit dem Beizpulver benutzten Maschinen waren unzureichend abgeschlossen, so daß die Bedienungsmannschaft jeweils in einer Wolke von Kupfer- und Getreidestaub arbeiten mußte. Es traten, je nach dem Grad und der Dauer der Kupfereinwirkung, verschiedene Vergiftungsbilder auf, beginnend mit subfebrilen Temperaturen, die nur einige Stunden anhielten, bei mittelschweren Fällen mit Fieber bis 38° einhergehend, begleitet von Magen-Darm- und Gefäßspasmen, die sich innerhalb 3—4 Tagen wieder zurückbildeten. In den schwersten Fällen kam es zu hohem Fieber, Frösteln, heftiger Bronchitis, Atemnot, Kopfschmerzen, Nasenbluten, starker Mattigkeit und starkem Erbrechen. Dies Krankheitsbild hielt einige Tage an und lief ebenfalls stets in Heilung aus. — Tierversuche an Katzen, Kaninchen und Tauben, die sich in ihrer Anordnung an die tatsächlich vorgekommenen gewerblichen Vergiftungen bei den Arbeitern anschlossen, zeigten, daß das kohlen saure Kupfer von den Atemwegen aus resorbiert wird. Das Kupfer dringt durch die intercellulären Saftspalten des Epithels vor und wirkt zerstörend auf das Bindegewebe. Die unlöslichen Salze werden in lösliche Modifikationen verwandelt, absorbiert und erzeugen so resorptive Wirkungen. Die einmal im Tierexperiment beobachtete Parese einer Extremität, ferner der Mechanismus des Todes berechtigen zu der Vermutung, daß es sich um Vergiftung mit Schwermetallsalzen handelt. Ausdrücklich wird durch Verwendung einer arsenfreien kohlen sauren Kupferbeize festgestellt, daß auch ohne die Arsenbeimischung die Beizfiebererscheinungen in derselben Schwere auftreten wie in den Versuchen mit der gewöhnlichen arsenhaltigen (0,005%) Beize. — Ein hermetischer Abschluß der die Getreidebeizung besorgenden Maschinen ist dringend zu fordern. Das der Beize unterzogene Saatgut darf nur in Säcken transportiert werden, die für den kohlen sauren Kupferstaub vollkommen undurchdringbar sind.

K. Landé (Berlin).

Schönfeld, W.: Berufliche Hauterkrankungen in landwirtschaftlichen Betrieben Pommerns unter besonderer Berücksichtigung der Kuhpocken und eines daran sich anschließenden Todesfalles. (*Univ.-Klin. u. Poliklin. f. Hautkrankh., Greifswald.*) Med. Klin. 1934 I, 8—13.

Von den häufiger vorkommenden Krankheiten sind zu nennen: Trichophytien, das Erysipeloid, die Tuberculosis cutis verrucosa, Verätzungen bzw. Überempfindlichkeitserscheinungen nach Kunstdüngern, Arzneimitteln; gelegentlich kommen vor Dermatitisen nach *Dermyssus gallinarum*, übertragen durch den Hühnerstall, und nach dem Fichten- und Eichenprozessionsspinner; fernerhin hin und wieder ein Fall von Aktynomykose. Verzeichnet wurden außerdem 2 Fälle von unter der Haut gelegenen *Echinococcus*blasen, 1 Fall von Maul- und Klauenseuche und 1 Fall von Hautmilzbrand. — Bei Melkern sind außer den häufigen Berufsschwielen an den Daumen 2 Fälle von „Melkerknoten“ beobachtet worden: Unter gelindem Jucken an Händen und Armen, seltener im Gesicht, im Laufe von etwa 8 Tagen auftretende, subakut bis chronisch verlaufende, erbsen- bis linsengroße, blaurote, histologisch sich als Verlängerung und Verbreiterung der Papillen mit Rundzelleninfiltration darstellende Knötchen, die von der einen Seite für eine besondere Form der Kuhpocken gehalten werden, von der anderen Seite für eine Paravaccine, von der 3. Seite für eine ursprünglich typische vaccinale Ansteckung, auf deren Boden es durch eine 2. Ansteckung zur Erzeugung knotiger Gebilde kommt. — Eingehend werden 2 Fälle von Kuhpocken bei Menschen beschrieben: Von einer am Euter Veränderungen zeigenden Kuh infizierte sich die Großmutter an den Händen mit Kuhpocken, übertrug diese weiter auf die Beine des Enkelkinds beim Umhertragen des Kindes. Dies war wegen eines Ausschlages am Kopf von der Impfung zurückgestellt worden. Auf seinem Körper verbreiteten sich die Kuhpocken rasend schnell. Das Kind starb, die früher 2mal mit Erfolg geimpfte Großmutter überstand die Krankheit ohne weitere Folgen. — Differentialdiagnostisch sind gegen Kuhpocken zu erwägen Maul- und Klauenseuche, Pyodermien, Milzbrand, infektiöse Papillome und „Melkerknoten“, ferner einige

Euterausschläge bei Rindern, über deren Übertragung auf den Menschen noch nichts sicheres bekannt ist — Kuhpocken sind auch heute noch in Deutschland unter den Rindern nachzuweisen. Gefährdet sind besonders ungeimpfte Kinder, die an Krankheiten leiden, derentwegen sie von der Impfung zurückgestellt werden.

Heidemann (Bad Schwalbach).

Bubarev, D., und A. Semel's: Über die Krätze als Massen-Gewerbeerkrankung bei den Kornverladern. Gig. i Bezopasn. Truda **11**, Nr 3, 84—85 (1933) [Russisch].

Bei den Odessaer Hafenarbeitern, die mit Kornladungen hantieren, wurden einige Fälle von sonderbarer Hauterkrankung beobachtet, die von starkem Jucken begleitet wurden. Der Ausschlag am Körper ist symmetrisch verteilt und ist zuweilen von höchst wunderbarer Form (spinnenförmig, sternförmig, zieckackförmig): in einigen Elementen des Ausschlages ist deutlich die Hülse der Getreidepflanze zu sehen. Die Behandlung ist aussichtslos, solange der Arbeiter mit Kornladungen hantiert, jedoch sobald er damit aufhört, tritt eine sofortige Besserung ein. Der Verf. empfiehlt einige prophylaktische Maßnahmen.

Autoreferat.

Oppenheim, M., und R. Lackenbacher: Beitrag zur Kenntnis der Hautveränderungen durch Kalksalpeter als künstliches Düngemittel. (*Abt. f. Haut- u. Geschlechtskrankh., Wilhelminenspit., Wien.*) Arch. Gewerbepath. **4**, 772—788 (1933).

In klinisch-experimentellen Untersuchungen fanden Verff., daß die Veränderungen des als Düngemittel verwendeten Kalksalpeters nicht als Ätzwirkung aufzufassen sind. Bevor das Geschwür auftritt, entsteht eine dickwandige Blase, die in der Mitte eine schwarzgefärbte Kruste trägt, die den Namen „Vogelauge“, „Stieglitz“, „Pigeonneau“ rechtfertigt. In den Krusten konnten Verff. Kalkpartikelchen nachweisen. Die ausgetrockneten Kalkkonzernate konnten Verff. auch im Tierversuch im Bindegewebe der Cutis an umschriebenen Stellen finden, die von der anfänglichen Verätzung unabhängig sind. Die neutralen Kalksalze können diese Veränderungen erzeugen.

Alfred Perutz (Wien).

Wolf, Max: Über die Wiesendermatitis. (Ein Beitrag zur Frage ihrer Ätiologie.) (*I. Dermatol. Abt., Allg. Poliklin., Wien.*) Med. Klin. **1934 I**, 16—17.

Zu unterscheiden ist zwischen 2 Affektionen: Im Frühjahr, zu Beginn der ersten Blütezeit, treten hirsekorn- bis erbsengroße, stark juckende, leicht papulöse, blaßrosa Effloreszenzen auf, diffus an den unteren Extremitäten, viel seltener am Stamm, mit flohstichähnlicher, düsterroter Verfärbung in ihrer Mitte. Nach 8—10 Tagen tritt Zurückbildung ein. Die Erkrankung wurde beobachtet nach Lagerung auf Wiesen in bestimmten Gegenden um Wien und wird durch Milben, die sog. „Gaedener Beiß“, hervorgerufen. — Im Sommer, zu Beginn der Badezeit, tritt eine 2. Affektion auf: 6—8 Stunden nach dem Lagern auf Wiesen im Anschluß an das Baden im Freien Jucken und Brennen; nach 24 Stunden braunrötliche, unscharf begrenzte, flächenhaft sich ausbreitende Rötungen, stellenweise von streifenförmigem Aussehen, auf denen allmählich erbsen- bis bohngroße, durch Konfluenz bis nußgroße, prall gespannte blasige Vorwölbungen aufschießen. Unter Spirituspuderbehandlung Abheilung unter Hinterlassung von Pigmentationen, die nach 3—4 Monaten ohne Behandlung abblassen. Als Ursache wird die Berührung mit verschiedenen Pflanzen der Wiese, vor allem scharfkantigem Ried, angesehen, doch haben individuelle Disposition, Sonnenbestrahlung usw. ursächliche Bedeutung. Als in den Gräsern enthaltene Noxe wird die Kieselsäure angesprochen, mit der in 2 Fällen durch Einreiben in die Haut ein gleiches Bild hervorgerufen worden ist.

Heidemann (Bad Schwalbach).

Weber, Hans H.: Einige Beobachtungen, kleine Mengen Mineralöle in verschiedenen pulverförmigen Stoffen betreffend. Zbl. Gewerbehyg., N. F. **10**, 214—216 (1933).

Im gewerbehygienischen Laboratorium des Reichsgesundheitsamtes wurden in den letzten Jahren verschiedentlich pulverförmige Stoffe einer genauen chemischen Untersuchung unterzogen, da behauptet wurde, sie hätten bei Arbeitern entschädigungspflichtige Hautekzeme verursacht. Es ergab sich, daß diese an sich harmlosen Pulver

völlig verschiedener Zusammensetzung und aus den verschiedensten Industriezweigen stammend mit nicht unerheblichen Mengen von Harzen, Ölen und ähnlichen Stoffen gemischt waren. Beispielsweise handelte es sich beim Kernsand einer Formerei um eine bis zur Teerkonsistenz eingedickte Sulfitablauge der Zellstoffherstellung, um sog. „Zellpech“. Ein anderes, dem Kernsand, wie er in den Fomereien benutzt wird, zugesetztes Öl enthielt neben rohem Teeröl Acridin und Naphthalin, also Stoffe, die ebenfalls sehr wohl Ekzeme hervorzurufen in der Lage sind. Aber auch sog. Härtepulver und Kaltleimsorten enthielten nicht unbeträchtliche Mengen von Mineralölzusätzen. Ob diese Stoffe während des Herstellungsprozesses zufällig in die Pulver oder den Leim hineingelangen oder ob sie, was beim Kernsand angenommen werden muß, in voller Absicht als Bindungsmittel zugesetzt werden, ist für die Frage der Ekzemgenese belanglos. Denn die angestellten Untersuchungen haben einwandfrei den Zusammenhang der entstehenden Hautausschläge mit den bei der Arbeit benutzten Stoffen erwiesen.

K. Landé (Berlin).

Dolgov, A.: **Dermatosen infolge von künstlichen Teeren.** (*Inst. z. Studium d. Gewerbeerkrankungen, Moskau.*) Gig. i Besopasn. Truda 11, Nr 3, 51—57 u. dtsch. Zusammenfassung 57 (1933) [Russisch].

Die primäre Reaktion des gesunden Organismus auf die Reize durch künstliche Teere ist Dermatitis, welche bei sich wiederholenden Reizungen zu einem Ekzem werden kann. Die Erklärung der ätiologischen und pathologischen Untersuchungen und ebenfalls die vorgenommenen Versuche über die Empfindlichkeit der Haut zeigten, daß die Dermatosen durch die Einwirkung der Teere selbst bedingt sind. Die Wirkung von Phenol, Spiritus, möglicherweise auch Formalin und anderen Zwischenprodukten künstlicher Teere spielt in der Entstehung der Krankheiten nur eine sekundäre Rolle.

Zur Verhinderung dieser Erkrankungen empfiehlt der Verf., daß die Arbeiter weniger mit den künstlichen Teeren in Berührung kommen: Anwendung einer Pumpe beim Zuleiten des Lackes zu den Maschinen und zu dem Bade, Anwendung besonderer Schöpfer beim Lackauftragen, sofortiges Abwaschen des Lackes nach Beendigung der Arbeit von den Händen und die Besserung der allgemeinen sanitär-hygienischen Bedingungen. Die vorgeschlagenen Maßregeln führten zu völligem Verschwinden dieser Erkrankungen. A. Petrow (Charkow).

Bomar, S.: **Gewerbeerkrankungen der Haut in den Betrieben der Stalingrader Industrie.** Gig. i Besopasn. Truda 11, Nr 3, 85—87 (1933) [Russisch].

Beschrieben werden Charakter und Ursachen der Hauterkrankungen (hauptsächlich der Hände) bei den Arbeitern, die mit Holzspänen hantieren, bei Frauen, die in einer Konfektfabrik Konfekte in Papier wickeln, bei Arbeiterinnen, in einem Traktorenwerk, bei Arbeitern, die dem Schuhwerk Glanz verleihen, und bei Arbeitern, die an den Pressen in den Nähfabriken tätig sind.

Autoreferat.

Lutz, W.: **Einige Fragen aus dem Gebiet Gewerbeekzem und Unfallversicherung.** Schweiz. med. Wschr. 1933 II, 1325—1328.

Für das Entstehen eines Ekzems werden 3 verschiedene Faktoren angenommen: 1. ein konstitutioneller, d. h. eine der Haut innewohnende Eigenschaft auf die Einwirkung einer Substanz mit einem Ekzem zu reagieren; 2. ein auslösender Faktor, d. i. die Substanz, die reizt; und 3. konditionelle Faktoren, das sind Einflüsse auf den Organismus im ganzen, die die Haut leichter erkrankungsfähig machen (exogene und endogene). Für den Nachweis des ursächlichen Zusammenhanges wird am meisten die Jadassohnsche Läppchenprobe empfohlen, deren Wert aber nicht überschätzt werden darf, insofern auch bei negativem Ausfall ein Gewerbeekzem vorliegen kann, namentlich bei längerer Einwirkung durch alltäglich gebrauchte Stoffe, wie Seife, Zement, Soda, Kalk. Schwierig kann die Bewertung der verschiedenen Faktoren für die Bewertung der Versicherungsleistung werden. Wenn infolge chronischen Reizes die Haut allergisch geworden ist, dann ist für die Sensibilisierung nicht nur die äußere Einwirkung ursächlich, sondern die Mitwirkung eines konstitutionellen Faktors wahrscheinlich und deshalb eine entsprechende Reduktion der Leistung angezeigt. Giese.

Teleky, L.: Persistierende, rezidivierende oder wiederholte Bleivergiftungen und Quecksilbervergiftungen? Arch. Gewerbepath. 5, 132--157 (1933).

Verglichen mit der großen Zahl von Bleivergiftungsfällen ist die Zahl der Rückfälle als gering zu bezeichnen (die bisher im Schrifttum bekannt gewordenen Rezidivfälle werden vom Verf. aufgezählt). Jahrelang im Körper verbleibende Bleilager erklären das Vorkommen schwerer Rückfälle, das Auftreten von Krankheitserscheinungen lange nach Aufhören der Bleizufuhr und nach Verschwinden der ersten Bleivergiftungssymptome. Beweisend für die Zurückhaltung des Bleies im Körper und die von den Bleilagern aus stets neue Überschwemmung des Blutes sind — neben den Blutbefunden — die Ergebnisse der Urinuntersuchung. Noch Jahre nach Aufhören des zum Hantieren mit Blei zwingenden Berufes wurde Blei im Urin nachgewiesen. — Ausführlicher Bericht von Fällen immer wiederkehrender Bleivergiftungen ohne neuerliche berufliche Bleiaufnahme. Alle diese Fälle sind charakterisiert dadurch, daß nach gewerblicher Beschäftigung mit Blei Zeichen von Bleikrankheit auftreten, die nicht in der erwartungsgemäßen Zeit abklingen, sondern daß Erscheinungen, wie sie frische Bleieinwirkungen verursachen, Jahre hindurch vorhanden bleiben oder nur vorübergehend verschwinden. Stärke und Dauer der der Erkrankung vorangehenden Metallaufnahme dürften dabei eine gewisse Rolle spielen. — Beleuchtung derartiger Krankheitsfälle vom versicherungsrechtlichen Standpunkt. — Hinweis auf die chronische Form der Quecksilbervergiftung, bei welcher ebenso wie bei der Bleivergiftung die Möglichkeit von Rückfällen gegeben ist, welche in der Unbestimmtheit der Krankheitszeichen außerordentlich schwer als solche mit Sicherheit festzustellen sind.

Elsa Petri (Berlin).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

Eliasberg, W.: Die neue Theorie des Täters und die Aufgaben psychiatrischer Begutachtung. Allg. Z. Psychiatr. 100, 62—74 (1933).

Das einzelne menschliche Handeln, das beim Jugendlichen noch vorwiegend aus Augenblicksaffekten hervorgeht, wird im reifen Alter durch die vom Verf. als Motivationen bezeichneten Dauerhaltungen bestimmt. Die Voraussetzung des Schuld-begriffes, nämlich die Norm, ist verwirklicht im durchschnittlichen Handeln, soweit dieses aus Motivationen stammt. Dieselben entwickeln sich allmählich mit der allgemeinen Reifung und in dem Maße, wie die Persönlichkeit in die äußeren Zusammenhänge verflochten wird, haben den Charakter der Verpflichtung und zugleich individuelle Gestalt. Zum Entstehen von solchen Dauerhaltungen im Berufsdasein, Berufsmotivationen, ist zweierlei nötig, Fähigkeit zur Unterordnung und Fähigkeit zur Selbstbestimmung. Zwischen der Art der Straftat und der Motivation besteht Ähnlichkeit und innerer Zusammenhang. Verf. zeigt das am Beispiel eines Mannes, der in abhängiger Stellung wiederholt sich aufs beste bewährte, aber prompt versagte, sobald er zur Selbständigkeit gekommen war. Das Schicksal dieses Mannes, der sich auch in der Ehe eine Unterordnungsstellung verschafft hatte, hängt lediglich davon ab, ob er einen seinen Fähigkeiten adäquaten subalternen Posten mit der notwendigen straffen Disziplin findet. Die Analyse der Motivation gibt also auch für Prognose, Prophylaxe und Therapie eine wichtige Handhabe. Durch schwere echte Psychosen kommt es zu weitgehender Zerstörung der Motivationen. Dieselben können aber auch infolge eines chronischen Notzustandes zusammenbrechen, woraus ein gestörter Gleichgewichtszustand mit Neigung zu Impulshandlungen resultiert. Bei einem Täter im prägnanten Sinne des Wortes stehen Motivationen im Vordergrund; sie stehen in dem Maße im Hintergrund, wie der Täter nur Endglied einer Kausalkette ist. Verf. verlangt vom Arzt, daß er in der Lage ist, „das Reich der Motivationen, der Haltungs- und Handlungsformen der Persönlichkeit zu erfassen“. Zum Schluß setzt sich Verf. mit dem Problem der verminderten Zurechnungsfähigkeit auseinander, deren Begutachtung in der Hand des Arztes bleiben müsse.

Hans Baum (Königsberg i. Pr.).