

Entschluß zu einer Operation oder einer sonstigen Behandlungsart fassen soll. Hier fordert Leonhard volle Wahrheit. Nur bei geistig nicht Vollwertigen oder Gemütskranken kann von dieser Forderung wegen des möglichen Schadens abgewichen werden (Krebsfurcht). Will der Kranke die Aufklärung vermutlich nur deshalb, um im Falle der Bejahung eines unheilbaren Leidens Selbstmord zu begehen, so ist die Täuschung durch den Arzt geboten; das Handeln ist als Geschäftsführung ohne Auftrag nach § 679 BGB. rechtmäßig. Jeder Verstoß gegen die Aufklärungspflicht begründet einen Schadensersatzanspruch des Kranken gegen den Arzt nur dann, wenn dieser vorsätzlich oder fahrlässig diese Pflicht verletzt hat. *Giese (Jena).*

Bohne, G.: Zur Aufklärungspflicht. Dtsch. med. Wschr. 1934 I, 685—687.

Der ziemlich umfangreiche Artikel, der schon wegen der juristischen Ausführungen nachgelesen zu werden verdient, wendet sich letzten Endes gegen einen Aufsatz von Hellwig im „Gesundheitslehrer“ 1934, S. 26f. Verf. ist der Auffassung, daß sich die Entscheidung des Arztes über die Pflicht der Wahrheitsunterdrückung aus seiner Kompetenz als Arzt oder Gutachter ergebe und daß die Grenze dort liege, wo der Heilzweck, einschl. der Lebensverlängerung, in Frage komme. Im allgemeinen haben wohl die Ärzte der Auffassung von Bohne seit Jahrzehnten und Jahrhunderten vertreten, sind z. B. einer Frage des Patienten nach seinem nahen Tode ausgewichen, um einen körperlichen oder seelischen Shock des Kranken zu vermeiden. *Nippe (Königsberg).*

Sommer, P.: Die Schadenersatzpflicht bei Angriffen geisteskranker Patienten auf den Arzt. Dtsch. med. Wschr. 1934 I, 831.

Ein Landwirt zeigte seit längerer Zeit Spuren von Geistesgestörtheit, was den Angehörigen, besonders der Ehefrau, bekannt war. Sie wußte, daß er zu Aufregungszuständen neigte, und daß er in seinem Zimmer ein Schlachtmesser aufbewahrte. Sie veranlaßte wegen Herzbeklemmungen des Ehemannes den Besuch eines Arztes, der dem Kranken eine Einspritzung machte. Beim nächsten Besuch überfiel der Kranke den Arzt im Hausflur und brachte ihm mit dem Schlachtmesser schwere Verletzungen am Arme bei. Die Ansprüche des Arztes auf Schadenersatz wurden vom R.G. anerkannt: „Wer einen Geisteskranken, dessen Gemeingefährlichkeit erkannt ist, einem Arzt übergibt, handelt fahrlässig, wenn er dem Arzt die Geisteskrankheit und ihren Charakter verschweigt. Dem behandelnden Arzt muß die Möglichkeit gegeben werden, sich gegen die Auswirkungen der Krankheit vorzusehen.“ (Urteil vom 26. II. 1934. VI. 382/33.) *Giese (Jena).*

Arborelius, Måns: Die Kurpfuscherei und Mittel nebst Zielen zu ihrer Bekämpfung. Sv. Läkartidn. 1934, 719—730 [Schwedisch].

Verf. geht von den Bestimmungen des schwedischen Gesetzes aus, laut welchen die Kurpfuscherei gewissermaßen geduldet wird. Ausgenommen sind gewisse Krankheiten (Krebs, Tuberkulose, venerische Krankheiten) und Situationen, wo die nichtfachmännische Behandlung für Leben und Gesundheit des Patienten Gefahr mit sich bringt. Verf. befürwortet — damit der Kampf gegen die Kurpfuscherei wirksamer werde — verstärkte Aufklärung, die Abgabe von Berichten, die die Untauglichkeit der Behandlungsmethoden der Kurpfuscher nachweisen, Mitwirkung der Polizeibehörden bei der Kontrolle persönlich minderwertiger Kurpfuscher, Verschärfung des Strafmaßes und Erweiterung des Verbotes gegen die Kurpfuscherei, so daß dieses für gewisse weitere Krankheiten (in erster Linie Geisteskrankheiten, schwerere Neurosen und Frauenkrankheiten) sowie für alle Behandlung von Kindern gilt. *Einar Sjövall.*

Versicherungsrechtliche Medizin.

Häbler, C.: Fehler in der Unfallbegutachtung und ihre Gründe. (Unfall-Abt., Chir. Univ.-Klin., Würzburg.) Med. Welt 1934, 867—871.

Verf. bringt, für den praktischen Arzt berechnet und an sehr gut ausgewählten Beispielen erläutert, die Ursachen der Fehlerurteile bei Unfallbegutachtungen und teilt diese in 3 Unterabteilungen ein. 1. Würde die Vorgeschichte nicht genau genug erhoben und beachtet. Hierbei läge zum großen Teil die Schuld nicht allein am Gutachter selbst, sondern mit an der Berufsgenossenschaft und den durch eine ganz unzumutbare Sparmaßnahme, die schon oft und leider erfolglos bemängelt worden ist, be-

dingten unzweckmäßigen Fragen der Gutachtenformulare. 2. Werden genaue röntgenologische Untersuchungen möglichst bald nach dem Unfall nicht oft genug gemacht. Auch hier müßte der Haftpflichtträger, Berufsgenossenschaft usw., viel mehr für gute und schnelle röntgenologische Aufnahmen sorgen. Urteile über Knochenerkrankungen ohne Röntgenuntersuchungen könnten gar nicht scharf genug verurteilt werden. 3. Wird das Krankheitsgeschehen nicht objektiv genug gewürdigt. Dieser Vorwurf trifft allein den Gutachter und betrifft damit ein Gebiet, das unendlich oft abgehandelt worden ist, so daß in dieser Zeitschrift dazu nichts mehr zu sagen ist. *Nippe.*

Baldenweck, L.: Le signe de l'imitation de la voix; son utilisation dans le diagnostic des surdités simulées. (Die Erscheinung der „Nachahmung der Stimme“; ihre Verwendung in der Erkennung erheuchelter Schwerhörigkeit.) *Presse méd.* 1934 I, 942 bis 943.

Die gegenseitige Angleichung der Stimmstärke im Zwiegespräch ist unfreiwillig und setzt ein feines Tonunterscheidungsvermögen voraus. Verf. verwendet die Erscheinung in folgender Anordnung: Er bestimmt die Entfernung, in der die Umgangssprache mit leiser Stimme, dann die, in der sie noch mit lauter Stimme gehört wird — wenn erforderlich, unter Ausschaltung des Gehörs der nicht zu prüfenden Seite mittels eines Lärmapparates. In der 2. Entfernung prüft er dann mit schreiender Stimme, um unvermittelt in leiser Umgangssprache fortzufahren. Paßt der Geprüfte sich dem Senken der Stimme an, so ist er ein Schwindler; spricht er gar mit erhobener Stimme nach, so übertreibt er beträchtlich. Schweigt er, so ist die Hörstörung echt oder — mit anderen Methoden muß der geriebene Betrüger entlarvt werden.

Klestadt (Magdeburg).

Russell, Roland D.: Detection of simulated deafness. (Entlarvung vorgeschwindelter Hörstörung.) *Laryngoscope* 44, 201—210 (1934).

Unter bekannten Maßnahmen, die durch ausgezeichnete Kniffe veranschaulicht werden, gibt Verf. verschiedene Verfahren an, die sich vom Prinzip des Bloch-Stengerschen Versuches ableiten, sowie noch eine bemerkenswerte Probe: Bei einseitig vorgeschwindelter Taubheit vertäubt er durch Lärmgerät künstlich das gesunde Ohr und läßt eine Stimmgabel vom Scheitel oder der Warze aus wirken. Die Angabe, auf diesem — dem Geprüften nicht bewußt vertäubten — Ohr zu hören, deckt die Täuschung auf. Mit Recht warnt Verf., dem Schwindler nie die Gelegenheit zum Lernen bei der Untersuchung zu geben und nur stichhaltige Untersuchungsergebnisse im Gutachten niederzulegen.

Klestadt (Magdeburg).

Firestone, Chas.: A test for simulation of deafness. (Eine Prüfung gegen Vortäuschung von Taubheit.) *Laryngoscope* 44, 211—218 (1934).

Verf. verwendet in aufsteigender Folge je ein Paar auf den gleichen Ton klingender, um eine Oktave voneinander unterschiedener Stimmgabeln (von der kleinen Oktave ab), die ein kugeliges Ende am Stil tragen sollen. Die eine wird mit dem Stil von dem Warzenfortsatz her so aufgesetzt, daß die Ohrmuschel nach vorn gedrückt wird; die andere wird mit den Zinken vor das zweite Ohr gehalten. Mit dem erstgenannten Instrument werde auf diese Weise der Ton durch Luft- und Knochenleitung dem Ohr zugeführt und dadurch verstärkt gegenüber dem nur durch Luftleitung dem zweiten Ohr zugeführten Ton. Ist das erstgenannte Ohr angeblich taub, so gibt der Schwindler erst dann an zu hören, wenn auf diesem Ohr die — normalerweise der Luftleitung unterlegene — Knochenleitung aufhört wirksam zu sein; er will dann mit seinem gesunden Ohr hören. Mit diesem hätte er aber von Anfang an hören müssen! Ist er aber auf dem angeblich tauben Ohr doch schwerhörig und hat eine verlängerte Knochenleitung auf ihm, so bestreitet er sogar ein jedes Hören von diesem Ohr aus, während er vom anderen aus ausgezeichnet hört. Unter Umständen machen sich diese Erscheinungen erst deutlich bemerkbar bei der Verwendung der höherklingenden Stimmgabeln. *Klestadt.*

● **Vogel, P.: Studien über den Schwindel.** (Sitzgsber. Heidelberg. Akad. Wiss., Math.-naturwiss. Kl. Jg. 1933, Abh. 5.) Berlin u. Leipzig: Walter de Gruyter & Co. 1933. 66 S. RM. 4.—

Verf. gibt zunächst einen historischen Überblick über die Entwicklung des Schwindelproblems unter besonderer Berücksichtigung der Lehren Purkinjes und Flourens. Er berichtet sodann über eigene experimentelle Versuche und klinische Befunde.

Es handelt sich um optokinetische Versuche, und über Versuche über den galvanischen Schwindel und um aktive und passive Drehversuche. Bei der Deutung seiner Feststellungen geht Verf. davon aus, daß es 2 verschiedene Formen des Schwindels gibt, das Auffallende der einen Form sind die Scheinbewegungen, während die andere Form durch das Auftreten von Haltungsveränderungen systematischer Art, verbunden mit dem Gefühl des Zuges nach einer Seite gekennzeichnet ist, beide Formen können sich ablösen und verbinden. Bei den Schwindelsituationen handelt es sich um psychophysische Konfigurationen, in denen Wahrnehmung und Motorik sich in bestimmter Weise ordnen, zwischen beiden Ordnungen besteht ein dynamischer Zusammenhang, derart, daß nach dem Verschwinden der einen die andere hervortritt, beide sind Äquivalente mit verschiedener Symptombildung. Verf. prüft seine These den Meinungen anderer Autoren gegenüber (Hitzig, Kny, Gertz, Fruböse) und macht Ausführungen über die Biologie der Schwindelsymptome und über die Organgrundlagen des Schwindels. Schwindelzustände sind sehr häufig begleitet von Symptomen auf vegetativem Gebiete, wie sie in vollster Ausprägung bei der Seekrankheit vorkommen. Die vegetativen Symptome beim vestibulären und beim optokinetischen Schwindel stimmen überein, die an den vegetativen Organen zu beobachtenden Veränderungen sind physiologisch als Umstimmung zu charakterisieren, sie ergreift nicht alle vegetativen Apparate gleichmäßig, sie ist in bestimmter Richtung akzentuiert. Die Deutung des Zusammenhanges von Schwindel und vegetativen Erscheinungen stößt zur Zeit noch auf Schwierigkeiten. Die Wiederholung der Reize und die Summationszeiten spielen eine besondere Rolle. Die Untersuchungen des Verf. führen zu dem Ergebnis, daß der Schwindel ein seelisches Ergebnis vom Charakter einer inneren Krise ist, in der bestimmte körperliche Symptome gebildet werden, denen veränderte vegetative Organabläufe zugrunde liegen. Umgekehrt kann pathologisch bedingte vegetative Umstimmung als Schwindel ins Bewußtsein treten. Das Problem liegt dort, wo ein Erlebnis zu einem körperlichen Symptom führt (Problem der Organwerte bei den Neurosen!).

Henneberg (Berlin)._o

Kyrieleis, Werner: Scheinbare Pupillenstarre (Pupillotonie) mit Fehlen von Sehnen- und Periostreflexen. (Eine Systemerkrankung?) (Univ.-Augenklin., Hamburg.)
Z. Augenheilk. 83, 278—286 (1934).

Das Symptom der Pupillotonie betrifft meist nur ein Auge. Die Pupille der erkrankten Seite ist weiter als die der gesunden. Ihre Lichtreaktion fehlt oder ist nur geringgradig vorhanden. Bei Dunkelaufenthalt erweitert sich die Pupille und antwortet auf plötzlichen Einfall hellen Lichtes mit einer trägen Zusammenziehung bis zur ursprünglichen Weite, während die normale Pupille sich rasch und ausgiebig verengert. Bei der Naheinstellungsreaktion erfolgt nach einer gewissen Zeit eine träge, tonische Zusammenziehung. Die Zusammenziehung ist dabei ausgiebig, oft wird die Pupille enger als die der gesunden Seite. Beim Aufhören der Naheinstellung behält die tonische Pupille eine Zeitlang ihre größte Enge bei, um sich dann langsam wieder bis zum ursprünglichen Durchmesser zu erweitern. Die Erweiterung nimmt mehr Zeit in Anspruch als die Verengung. Manchmal zeigt der Ciliarmuskel entsprechende Änderung seines Bewegungsablaufes. In atypischen Fällen hilft die pharmakologische Reaktion weiter. Während die lichtstarre Pupille bei Tabes sich pupillenerweiternden Mitteln gegenüber äußerst refraktär verhält, erweitert sich die tonisch reagierende Pupille schon auf Cocain ausgiebiger und schneller als die der gesunden Seite. Wird anschließend Pilocarpin gegeben, so verengert sich die tonisch reagierende Pupille schneller und mehr als die der anderen Seite. Durch subcutane Strychnininjektion wird bei der tonisch reagierenden Pupille Verbesserung der Lichtreaktion erzielt.

In einer Anzahl von Fällen zeigen die Personen mit tonischer Pupillenreaktion außerdem Reflexanomalien: meist Verlust der Patellar- und Achillessehnenreflexe, manchmal auch der Vorderarmsehnen- und Periostreflexe. Bei 2 der Patienten mit Reflexstörungen war auch die Reaktion der 2. Pupille nicht ganz in Ordnung. Ein Fortschreiten der Erscheinungen konnte nicht beobachtet werden, jedoch ein gewisses Schwanken in der Ausgeprägtheit der Symptome.

Auch wurde bei den jahrelang beobachteten Fällen ein Hinzutreten von Reflexstörungen nicht beobachtet. Für Lues konnten Anhaltspunkte nicht nachgewiesen werden, am häufigsten fanden sich noch Zeichen neuropathischer Konstitution (Psychopathie, vasomotorische Übererregbarkeit, Anomalien der Schweißsekretion und der Hauttemperatur).

Verf. stellt sich vor, daß bei dem in Rede stehenden Krankheitsbilde eine unbekannte Schädlichkeit auf dem Wege vasomotorischer Störungen zu einer Herabminderung der vitalen Funktion des reflexübertragenden Apparates führt. *Jendralski.*

Ratschow, M., und J. Arendt: Zur Diagnose der Isthmusstenose der Aorta. (*Med. Abt., Städt. Krankenh., Altona.*) Fortschr. Röntgenstr. **49**, 347—355 (1934).

Bei einem 31jährigen Mann wurde durch den hohen Sitz der Isthmusstenose, welche die Grenze zwischen Über- und Unterdruckgebiet zwischen beide obere Gliedmaßen verlagerte, die klinische Diagnose erleichtert und zu einer Zeit möglich gemacht, als noch keine oberflächlich pulsierenden Gefäße des Kollateralkreislaufs nachzuweisen waren. Bei diesem Falle wurden 3 Beobachtungen gemacht, die zur Ergänzung des klinischen Bildes beitragen. Die reaktive Hyperämie nach arterieller Blutsperre ergab eine auffallende Differenz in der Rötungsintensität, und zwar einen gesteigerten Ausfall in den schlechter durchbluteten Gliedern. Thermoelektrische Messungen der Hauttemperatur zeigten ebenfalls einen auffallenden Unterschied, nämlich einen niedrigen Abfall und eine später lange anhaltende Überhöhung der Hautwärme während und nach der Blutsperre. Und endlich konnte festgestellt werden, daß im Überdruckgebiet nach Aufhebung der Blutsperre im Unterdruckgebiet das Abfallen des Blutdruckes ausblieb. Auch röntgenologisch läßt sich die Ausbildung des kollateralen Kreislaufs nachweisen. Dabei kann man zweierlei Arten unterscheiden: Einmal kommt es zu einer stärkeren Vertiefung des Sulcus costalis und des weiteren zu einem Defekt an den Rippen als Zeichen eines intercostalen Aneurysmas, ähnlich der Wirbelusur bei Aortenaneurysma. Diese Zeichen kommen nur bei Isthmusstenose vor, nicht aber auch bei anderen Herzgefäßkrankheiten, auch nicht bei Hypertonie. Die Vergrößerung des linken Ventrikels ist kein konstantes Zeichen der Isthmusstenose. Das Symptom der erweiterten Aorta ascendens bei fehlendem oder sehr kleinem Aortenknopf wird häufig durch eine prästenotische und aneurysmatische Erweiterung überdeckt. Viel wichtiger für die Diagnose ist dagegen die hohe, steile Aufrichtung der Aorta im zweiten schrägen Durchmesser und die Unmöglichkeit, einen Aortenscheitel zu erkennen und abzugrenzen.

Hans Kloiber (Baden-Baden).

Seele, Hans: Die Pflicht zur Duldung ärztlicher Eingriffe. Ärztl. Sachverst.ztg **40**, 73—77 (1934).

An Eingriffen, die mit Anwendung körperlicher Gewalt erzwingbar sind, kannte der liberalistische Staat — außer der Todesstrafe — die Schutzpockenimpfung und die Maßnahmen gegen Geschlechts- und gemeingefährliche Krankheiten. Seit 1933 sind hinzugekommen die Entmannung schwerer Sittlichkeitsverbrecher, die Unfruchtbarmachung Erbkranker, ferner die Entnahme von Blutproben und andere Eingriffe zu Untersuchungszwecken bei Strafverfolgung, wenn keine Nachteile für die Gesundheit des Betroffenen zu besorgen sind (§ 81 der StPO. in der Fassung durch das Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher usw.). Letztere Maßnahmen können nicht nur an dem einer Straftat Beschuldigten vorgenommen werden, sondern auch an dritten, wenn an ihrem Körper bestimmte Spuren oder Folgen einer strafbaren Handlung vermutet werden. - Daneben steht eine weitere Reihe von Eingriffen, die zwar nicht wider den Willen des Betroffenen durchgeführt werden können, die aber als zumutbar anzusprechen sind und deren Verweigerung für den Betroffenen Rechtsnachteile im Gefolge hat. Über die Zumutbarkeit eines Eingriffes findet sich im BGB. von 1900 der Satz: Es ist nach Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte zu entscheiden. In einer berühmt gewordenen Entscheidung von 1913 hat das RG. eine Schadenersatzklage wegen Verweigerung einer zumutbaren Operation abgelehnt, durch die der Schaden hätte beseitigt werden können. Es muß bei der Frage der Zumutbarkeit Änderungen der Anschauungen und Fortschritten der ärztlichen Kunst Rechnung getragen werden.

So wird heute im Gegensatz zu 1913 ein Eingriff in Allgemeinbetäubung durchaus für zumutbar angesehen. Doch ist immer der einzelne Fall zu prüfen, besonders auch die Persönlichkeit des Betroffenen zu würdigen. Die Blutentnahme in Vaterschaftsprozessen ist bisher nicht erzwingbar, doch ist dem Richter nicht verwehrt, aus hartnäckiger, offenbar unbegründeter Weigerung Schlüsse auf die Richtigkeit der Angaben des Betroffenen zu ziehen. Stehen der — auf Grund der neueingeführten Wahrheitspflicht herbeigeführten — eidlichen Bekundung Bedenken entgegen, und verweigert der Betroffene die Blutprobe, so kann im Wege der Strafuntersuchung wegen Meineids, wie oben ausgeführt, die Blutentnahme erzwungen werden. In der Reichsversicherung beruht die Rechtsprechung auf dem Satz: Werden Behandlungsanordnungen ohne triftigen Grund verweigert, kann Entschädigung versagt werden. In wachsendem Maße erkennt das RVA. daraus die Duldungspflicht für Eingriffe an, doch lassen sich noch keine festen Richtsätze aus dieser Rechtsprechung ablesen. Abzustellen wäre, wie im bürgerlichen Recht, die Rechtsprechung der Sozialversicherung auf die Zumutbarkeit des Eingriffs. Dabei hat im Interessenstreit des einzelnen mit der Gesamtheit, nach dem Grundsatz „Gemeinnutz geht vor Eigennutz“, das Interesse an der Unversehrtheit des Körpers im besonderen Maße zurückzutreten, wie auch eine kürzlich ergangene Entscheidung eines OVA. ausgesprochen hat. *Heidemann.*

● **Böhme, Meinhard: Selbstmord als Unfallfolge im versicherungsrechtlichen Sinne.** (Veröff. Med.verw. Bd. 42, H. 6.) Berlin: Richard Schoetz 1934. 76 S. RM. 3.—.

Nach einem historischen Rückblick bespricht Verf. die heutige Beurteilung des Selbstmordes durch Wissenschaft, Kirche, Rechtsprechung. Die ärztliche Forschung ist der Ansicht, daß ein Teil der Selbstmörder offensichtlich geisteskrank ist, ein zweiter zu krankhafter Geistesverfassung hinneigt (Psychopathen) und ein dritter Teil im Vollbesitz seelischer und geistiger Kräfte sich den Tode gibt (physiologischer oder Bilanzselbstmord). Die Kirche beider christlicher Bekenntnisse verwirft den Selbstmord und versagt Selbstmördern das kirchliche Begräbnis, wofern sie vor ihrem nicht sofort erfolgten Tode nicht Zeichen der Reue geben. In der Praxis wird von der katholischen Kirche die Beerdigung von der Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses abhängig gemacht, während bei der evangelischen Kirche die Tendenz sich durchsetzt, mit Rücksicht auf die Angehörigen ein kirchliches Begräbnis zu gewähren. Die Rechtsprechung kennt keine Bestrafung des Selbstmordes, deshalb sind auch der mißlungene Selbstmord, ebenso Anstiftung oder Beihilfe zum vollendeten oder versuchten Selbstmord nicht strafbar. Der Entwurf zum StGB. von 1927 will Anstiftung, aber nicht auch Beihilfe unter Strafe stellen. Jede Handlung, die den Tötung mit vollem Bewußtsein Wollenden am Selbstmord hindert, ist widerrechtlich, eventuell als Nötigung nach § 240 StGB. oder beim Verbringen in eine Irrenanstalt als Freiheitsberaubung nach § 239 StGB. strafbar. Handelt der Selbstmörder in einer augenblicklichen Erregung, so handelt er nicht gemäß seinem wahren Willen, eine Hinderung ist dann nicht widerrechtlich. — Bei den Privatversicherungen war früher auf Grund des § 169 des Reichsgesetzes über den Versicherungsvertrag der Versicherer bei Selbstmord des Versicherten von der Leistung frei, es sei denn, daß die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Darüber hinaus hatte die Versicherung dann durch eine „un- anfechtbare Police“ Versicherungsleistung auch bei Selbstmord gewährt, anfangs mit einer Karenzzeit von 2 Jahren. Durch die starke Zunahme der Selbstmorde in den letzten Jahren haben die Privatversicherungen die Karenzzeit erst auf 3, dann auf 5 Jahre erhöht und sich jetzt ganz auf die gesetzliche Regel des obenangeführten § 169 zurückgezogen. Diese Vertragsänderung ist durch Entscheidung des Berufungssenats des Reichsaufsichtsamtes für Privatversicherungen vom 24. VI. 1932 genehmigt. Für die Feststellung eines die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustandes krankhafter Störung der Geistestätigkeit genügt nicht der Nachweis einer Psychopathie; es muß mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Geisteskrankheit anzunehmen sein. — Nach dem Reichsversorgungsgesetz steht Hinterbliebenen Versorgung bei Selbstmord dann zu, wenn die Tat durch eine als Folge einer Dienstbeschädigung anzusehende krankhafte Störung der Gemütsverfassung veranlaßt ist, ferner wenn die Tat zwar nicht im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit begangen worden ist, sich aber infolge der dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse ein derartiger krankhafter Gemütszustand entwickelt hat, daß hierdurch die natürlichen Hemmungsvorstellungen gegen die Selbsttötung zurückgedrängt wurden. Man wird neben zeitlichen Zusammenhängen dabei auch eine gewisse Schwere der körperlichen Schädigung oder seelischen Erschütterung als Vorbedingung fordern müssen. Wenn die besonderen Verhältnisse des Militärdienstes im Einzelfalle einen Selbstmord nicht verständlich machen können, kann man annehmen, daß natürliche Hemmungsvorstellungen überhaupt nicht vorhanden waren; man kann dann den Militär-

dienst nicht verantwortlich machen. — Bei den Reichsversicherungen pflegen Selbstmörder in der Krankenversicherung im allgemeinen günstiger behandelt zu werden als in der Invalidenversicherung. Beim Selbstmordversuch wird ärztliche Hilfe und Pflege zuerkannt. Durch grundsätzliche Entscheidung ist indessen festgelegt, daß ein Anspruch auf Krankengeld und aus der Invalidenversicherung Anspruch auf Rente nicht besteht, vorausgesetzt, daß nicht Unzurechnungsfähigkeit nachgewiesen werden kann. Der Anspruch der Angehörigen auf Sterbegeld bzw. die Hinterbliebenenansprüche aus der Invalidenversicherung bleiben unberührt. — In der Reichsunfallversicherung kann bei Selbstmord der Tod nur dann als entschädigungspflichtige Unfallfolge angesehen werden, wenn der Selbstmord infolge geistiger Gestörtheit im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit begangen und dieser durch einen Betriebsunfall verursacht worden ist. Die traumatischen Psychosen teilt man jetzt gewöhnlich ein in primäres, prognostisch im allgemeinen günstiges, und sekundäres Irresein. Das letztere entwickelt sich gewöhnlich derart, daß die Verletzung normal heilt, der Verletzte als arbeitsfähig entlassen wird. Er kehrt als ein Anderer zur Arbeit zurück, ist mürrisch, reizbar, nachlässig, vergeblich. Es zeigen sich Kopfschmerzen, Alkoholintoleranz usw. Nach verschieden langer Zeit kommt es zum Ausbruch der Psychose, die verschiedenen Charakter zeigen kann. Eine typische posttraumatische Psychose gibt es nicht. — Die Entstehung der Geistesstörung kann durch die verschiedensten Traumen bedingt sein; letzten Endes kommt jede Körperschädigung, organische wie psychische, als Ursache in Frage: Verletzung durch äußere Gewalt, die den Schädel oder den Rumpf treffen, innere Verletzungen durch Überanstrengung, Erkrankungen durch Infektion oder Intoxikation, Verletzungen durch elektrischen Strom, durch termische Reize, psychische Traumen. Diese verschiedenen Ursachen und durch sie bedingte psychotische Zustände werden einzeln an Hand der Literatur mit Beispielen und gerichtlichen Entscheidungen besprochen. Zu prüfen ist, ob der Unfall überhaupt einen Einfluß auf die Entstehung der Psychose gehabt hat, ob der Unfall nicht vielleicht die erste auffallende Erscheinung der bereits bestehenden Psychose war; dann ist der Unfallzusammenhang abzulehnen. Wenn der Unfall eine latente Anlage zur Manifestierung gebracht hat, wird praktisch Unfallzusammenhang meist anzunehmen sein. Doch muß dabei der Unfall, wenn auch nicht alleinige so doch wesentliche Bedingung für den Eintritt der Geistesstörung gewesen sein. Es muß sich ferner um eine wirkliche Geistesstörung handeln und nicht um einen der Fälle, die nur durch den Mangel an gewissen moralischen Eigenschaften, wie Ausdauer, Standhaftigkeit — im Ertragen von Schmerzen — und Selbstüberwindung oder Sorge um die Gesundheit und die Erhaltung der Familie Veranlassung zum Selbstmord gegeben haben. Diese werden nach der ständigen Rechtsprechung des R.V.A. nicht entschädigt. *Heidemann* (Bad Schwalbach).

Heger-Gilbert, Fernand, et Maurice de Laet: Les séquelles douloureuses des traumatismes et leur indemnisation. (Die im Gefolge eines Trauma auftretenden Schmerzen und die Entschädigung.) *Ann. Méd. lég. etc.* 14, 317—332 (1934).

Verf. gibt Richtlinien, in welchen Fällen eine Entschädigung für den Schmerz nach dem Trauma stattfinden kann. Dabei geht er zunächst aus von dem Symptom „Schmerz“, um sich danach mit den objektiven Befunden zu beschäftigen, welche die Angaben des Verletzten bestätigen. Die Arbeit bringt für den Gerichtsmediziner nichts wesentlich Neues. *Foerster*.

Sommer, P.: Gehören zu den Heilungskosten eines Verletzten auch die Reisekosten der ihn besuchenden Eltern? *Med. Welt* 1934, 851.

Strittig war, ob eine Versicherungsgesellschaft bei einem Autounfall eines 8jährigen Knaben die Reisekosten für den Besuch des Vaters in einem auswärtigen Krankenhaus bezahlen mußte. Das Oberlandesgericht Kiel hat in einem Urteil vom 27. V. 1933 (Aktenz. 4 U. 304/32) solche Reisekosten zugebilligt. Da der Begriff der Heilkosten nicht zu eng auszulegen wäre, sollen alle Kosten darunter fallen, die zur Heilung notwendig oder zweckentsprechend sind. Hierunter fallen auch Kosten, die entstehen, wenn Eltern ein im Krankenhaus untergebrachtes verletztes Kind aufsuchen. Im vorliegenden Fall war ein 8jähriger Knabe schwer verletzt. Sein Vater mußte sich unter allen Umständen sofort um ihn kümmern, evtl. eine Einwilligung zur Operation geben, eine Entscheidung treffen, ob der Junge im Krankenhaus bleiben oder zu Hause gepflegt werden sollte. Schließlich war es notwendig, daß der Vater den Knaben durch seinen Besuch aufmunterte. Infolgedessen war er berechtigt, eine Geschäftsreise zu unterbrechen und die Reisekosten nach dem auswärtigen Krankenhaus der Versicherungsgesellschaft in Rechnung zu stellen. *Trendtel* (Altona).

Bürkle-de la Camp, H.: Nachbehandlungsfragen nach Unfallverletzungen. (*Chir. Abt., Krankenh. Bergmannsheil, Bochum.*) *Med. Welt* 1934, 919—921.

Bei der Nachbehandlung Unfallverletzter kann ein noch so fein durchdachter Apparat niemals die fühlende Hand des Arztes oder Heilgehilfen ganz ersetzen. Eine große Rolle spielen in neuerer Zeit die Übungslehrgänge, wie sie systematisch am Lehrlingsübungslager Hohenaschau ausgearbeitet wurden und den Betriebs- oder Unfallgeschädigten durch eigentätige Mitarbeit wieder in seine berufliche Leistungs-

fähigkeit zurückführen sollen. Dabei ist jede Schematisierung zu vermeiden. Von großer Wichtigkeit ist die Einbeziehung beruflich notwendiger Bewegungen in die Heilbehandlung. Übungen am Arbeitstisch und mit Arbeitsgeräten sollen die verletzten Glieder an das Arbeiten wieder gewöhnen, die Freude des Verletzten an der fortschreitenden Gebrauchsfähigkeit steigern und vor allem ihm das Vertrauen an seine wachsende Arbeitsfähigkeit erwecken. Eine große Rolle spielt der Zeitpunkt der 13. Woche. Wenn der Verletzte vor diesem versicherungsrechtlich bedeutsamen Termin wieder zur Arbeit gelangt, so ist das von größtem Einfluß für seine ganze spätere Einstellung. Denn gerade die Gewährung einer ersten Rente hemmt bei vielen den Arbeitswillen. Die in die Aufgaben der Berufsgenossenschaft einbezogene Berufsfürsorge erfordert eine Unterstützung durch den Arzt. Er soll schon vor der Entlassung aus der Heilbehandlung den Verletzten und wenn möglich auch seinen Betriebsführer durch einen kurzen Hinweis auf die Gefahren einer falschen oder zu anstrengenden Tätigkeit aufmerksam machen. *Schrader* (Bonn).

Entres, J. L.: Kriegsdienstbeschädigung und Huntingtonsche Chorea. (Beitrag zur Frage der Manifestationswahrscheinlichkeit der Erbanlage zu Huntingtonscher Chorea.) (*Kreis-Heil- u. Pflegeanst., Werneck, Ufr.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* **40**, 117—125 (1934).

In einem Gutachten war dazu Stellung zu nehmen, ob eine Chorea Huntington, welche bei einem 33jährigen Manne in unmittelbarem Anschluß an eine 72stündige Verschüttung — zunächst als hysterische Reaktion verkannt — deutlich geworden und dann progressiv verlaufen war, in ursächlichem Zusammenhange mit dem Trauma steht. Vater und eine Schwester waren in gleicher Weise erkrankt, jedoch erst in wesentlich höherem Lebensalter. Entres kommt zu verschiedenen Überlegungen. Möglicherweise habe die mit der Verschüttung einhergehende tiefgreifende gemüthliche Erregung und Verkrampfung als Teilursache beim Ausbruch des Leidens gewirkt. Als stark erregend wirkender Dauerreiz sei sie durchaus geeignet gewesen, die choreatische Bewegungsstörung auf dem Boden einer im Verborgenen bereits bestehenden krankhaften Hirnveränderung vom Charakter der Huntingtonschen Chorea auszulösen. Ein anderer möglicher Zusammenhang sei, daß das Nachstadium der Schreckwirkung mit einem Tonusverlust einherging, der es den vom Anlageträger bisher unbewußt beherrschten unwillkürlichen Bewegungsantrieben wesentlich erleichterte, nach außen in die Erscheinung zu treten. Die Verschüttung sei also als maßgebliche Ursache für den verhältnismäßig frühzeitigen Ausbruch des Leidens anzuerkennen. Die von einem anderen Gutachter angeschnittene Frage der möglichen Steigerung der Manifestationsstärke durch das Trauma gibt E. Veranlassung, auf Grund seiner eigenen großen Erfahrungen sowie solchen aus der Literatur (insbesondere Beobachtungen bei Halbgeschwistern) festzustellen, daß man immer mit einer etwa 100proz. Manifestationswahrscheinlichkeit bei Erbchorea zu rechnen hat. *Panse* (Berlin).

Eliasberg, W.: Praktische Fragen in der Begutachtung des traumatischen Basedows. *Schweiz. med. Wschr.* **1934 I**, 471—473.

Mitteilung eines Falles von Basedow, der bei der Begutachtung als Folge eines Eisenbahnunfalles angesehen wurde, in dem Sinne, daß bei mehr oder weniger notwendiger Disposition die beim Unfall eingetretene psychische Wirkung die Hauptrolle spielte. *Schönberg* (Basel).

Hall, George W., and Roland P. Mackay: The posttraumatic neuroses. (Die posttraumatischen Neurosen.) *J. amer. med. Assoc.* **102**, 510—513 (1934).

Die Schwierigkeit der Erkennung, was bei den nach Kopftraumen beobachteten nervösen Störungen organischen, was psychogenen Ursprungs ist, wird geschildert, wobei der Wert der Encephalographie skeptisch beurteilt wird. Als Hauptgruppen werden unterschieden die posttraumatische Neurasthenie, die Angstneurose und die Hysterie. Da nach schweren Verletzungen oft alle neurotischen Symptome ausbleiben, nach leichten dagegen vielfach auftreten, muß eine psychologische Grundlage für die Entwicklung der posttraumatischen Neurose vorhanden sein. Als solche Grundlage

werden z. B. vor dem Unfall vorhandene Minderwertigkeitsgefühle angesehen, die durch ein Kindheitserlebnis meist erzeugt sind. Solche psychoanalytischen Gesichtspunkte werden auch der Betrachtung eines Falles zugrunde gelegt, der einen Monat nach geringfügigem Unfall Symptome einer Angstneurose ohne organischen Befund darbot. Außerdem hatte der Verunfallte seine Stellung einen Monat nach dem Unfall verloren (1). Ein Arzt war an der Entwicklung der Neurose zum Teil schuld, da er den Fall als schwer erklärt hatte. Bei der Behandlung solcher Fälle muß das Vertrauen des Kranken gewonnen, ihm Mut und eine Stellung wiedergegeben werden. Einmalige kleine Abfindung, keine Rente darf gewährt werden.

G. Strassmann (Breslau).

Schmid, Werner: Über Handverletzung und Unfallneurose. (*Krankenh. d. Elisabethenstiftes, Darmstadt.*) Schweiz. med. Wschr. 1934 II, 663—664.

Die Maßnahmen zur Verhütung von Unfallneurosen müssen sehr frühzeitig einsetzen. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Wahl des Anästhesieverfahrens, das bei Handverletzungen möglichst in Lokalanästhesie bestehen soll, Verhinderung einer Infektion durch peinliche Wundreinigung, Herstellung einer anatomischen Situation, die unter Berücksichtigung des Berufes optimale Funktion gewährleistet, und sorgfältigste Prognosestellung.

Schönberg (Basel).

Riese, Walther: Sachverständigenprobleme bei Schädelverletzungen. Schweiz. Arch. Neur. 32, 95—104 u. 215—244 (1933).

Nach Ausführungen über Glaubwürdigkeit, Aggravation und Simulation, deren häufige Provozierung durch unzumutbares Verhalten des Untersuchers sehr richtig hervorgehoben wird, bespricht Verf. einige der bekannten Schwierigkeiten bei der Begutachtung von Schädelverletzten. Er rennt aber offene Türen ein, wenn er davor warnt, „das ganze Problem der Schädelverletzungen um die Simulation aufzubauen oder gar von hier aus erschöpfend behandeln und klären zu wollen“, oder von dem „verlassenen Dogma“ spricht, daß „im allgemeinen Schädelverletzungen innerhalb einer bestimmten Frist (von meist einigen Monaten) keine unmittelbaren Folgeerscheinungen mehr hinterlassen sollen“; Ref. wüßte nicht, daß derartige Betrachtungen oder Behauptungen von ernsthaften Sachverständigen und Autoren jemals vertreten worden wären. Im Gegensatz zu den Erfahrungen und Feststellungen des Ref. hat Riese den „Eindruck“, daß Schädelverletzte vorzeitig altern und vergeisen. Auf die große Wichtigkeit exakter Untersuchungen des Hör- und Gleichgewichtsapparates wird eindringlich hingewiesen. Die Beziehungen zwischen Schädeltrauma und „Neurose“ finden besonders ausführliche Darstellung und geben dem Verf. Anlaß zur Fortsetzung seiner bekannten Polemik gegen die grundsätzliche R. V. A.-Entscheidung vom 24. IX. 1926, die nach R. von den medizinischen Sachverständigen im allgemeinen verlassen ist (? Ref.). Den Schluß bilden Ausführungen über die Problematik der „Arbeitsfähigkeit“ und „Erwerbsfähigkeit“, die mit Recht als keine ausschließlich ärztlichen Begriffe angesehen und auf ihre medizinischen, personalen, sozialen, rechtlichen usw. Komponenten analysiert werden.

Hans Baumann (Königsberg i. Pr.).

Baumann, Walther: Parkinsonismus und Schädeltrauma. (*Städt. Nervenklin., Essen.*) Münch. med. Wschr. 1934 I, 936—937.

24-jähriger Beifahrer eines Motorrades fliegt bei einem Unfall mit dem Kopf gegen eine Betonmauer, ist „viele Stunden“ bewußtlos und liegt 12 Tage fest zu Bett. Im unmittelbaren Anschluß daran entwickelt sich ein typischer Parkinsonismus; im späteren Verlauf keine Neigung zur Besserung, sondern eher objektive wie subjektive Verschlechterung. — Da sich auch bei genauester Anamnese kein Anhaltspunkt für eine früher durchgemachte Encephalitis ergab und ebensowenig irgendwelche auf Paralysis agitans verdächtige Erscheinungen vor dem Unfall sich bei dem Mann fanden, nimmt Baumann an, daß es sich um eine echte traumatische Parkinson-ähnliche Erkrankung handelt, und teilt mit, daß der ursächliche Zusammenhang des Leidens mit dem Schädelunfall auch „von anderer Seite“ bei einer Nachuntersuchung anerkannt wurde.

Esser (Bonn).

Perémy, Gábor: Diabetes insipidus und halbseitiger Parkinsonismus nach Fall auf den Kopf. Orv. Hetil. 1934, 691—692 [Ungarisch].

9 Jahre vor der Spitalsaufnahme fiel ein 23-jähriger Mann aus der Dachkammer auf den

Kopf, er blieb 3 Tage lang bewußtlos und hatte Krämpfe. Nach weiteren 2 Wochen wiederholte Bewußtlosigkeit und Krämpfe, welche letztere dann mit Aura anfangs öfter, später jährlich nur ein paarmal auftreten. Aus der Bewußtlosigkeit erwacht, trank Patient täglich 10 bis 15 Liter Wasser, später angeblich sogar 66 Liter. 6 Wochen nach Wiedererhalten des Bewußtseins Zittern in der linken oberen, später auch in der unteren Extremität; das Zittern wurde mit der Zeit immer stärker. 10 kg Gewichtsabnahme. — Bei der Aufnahme steifer Gesichtsausdruck, träge Mimik. Tägliche Urinmenge 12—21 Liter. Linker Arm steif, bei passiver Bewegung Widerstand und starkes Zittern; die linke untere Extremität etwas steif und zitternd. Grundumsatz: + 30%. Wahrscheinlich erscheint eine Blutung im Pallidum.

Endre Makai (Budapest).^o

Pichard, H., et Amour F. Liber: Parkinsonisme fruste traumatique. (Unvollständiger Parkinsonismus nach Trauma.) (*Hôp. Henri-Rouselle, Paris.*) (*Soc. Méd.-Psychol., Paris, 14. VI. 1934.*) *Ann. méd.-psychol.* **92, II**, 80—85 (1934).

Mitteilung eines einschlägigen Falles. Der traumatische Parkinsonismus wurde vor dem Kriege behauptet, im Kriege wegen seiner Seltenheit weitgehend bestritten, oder es wurde dem Trauma nur eine verstärkende oder auslösende Wirkung zuerkannt. Im vorliegenden Falle tritt etwa 1 Jahr nach Sturz auf den Kopf bei einem 50jährigen Manne ein Parkinson-Zustand auf mit Verlangsamung der Bewegungen, Veränderung der Schrift im Sinne des Klein- und Unleserlichwerdens, Labilität der Stimmungslage, Initiativlosigkeit, Doppelsehen, Schlafsucht, intermittierendem und Intentionstremor, Amimie, Monotonie der Sprache. Verf. legt besonderen Wert auf die Schreibstörung, über die in der Aussprache verschiedene Meinungen geäußert werden.

Arno Warstadt (Berlin-Buch).

Eschke, F., und J. Hempel: Zur Frage der postinfektiösen Genese von Parkinsonismus. (*Med. Univ.-Poliklin., Leipzig.*) *Dtsch. Z. Nervenheilk.* **133**, 287—297 (1934).

Neuerdings kamen öfter Fälle von Parkinsonismus zur Beobachtung, bei denen ein deutliches Anfangsstadium oder eine vorangegangene Encephalitis nicht nachzuweisen waren. Verf. ist es aufgefallen, daß in 4 näher mitgeteilten Beobachtungen vielfache grippeartige und anginöse Erkrankungen vorausgegangen sind; in einem Falle war eine deutliche Verschlechterung des nervösen Zustandes mit gleichzeitig einhergehenden Schüben von Gelenkrheumatismus bemerkenswert. Er hält es für möglich, daß auch banale Infektionen außerhalb der Economoschen Krankheit zu ähnlichen Gehirnveränderungen führen können, wie sie für den postencephalitischen Parkinsonismus charakteristisch sind. Entscheiden kann natürlich nur der pathologisch-anatomische Befund, die klinische Beobachtung allein ist nicht ausreichend, wie Verf. selbst zugibt.

Hallervorden (Landsberg a. d. Warthe).^o

Binswanger, Herbert: Gehirnlues und Trauma. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Burg-hölzli, Zürich.*) *Schweiz. Z. Unfallmed.* **28**, 26—38 (1934).

Ein Gutachten, bei dem zu entscheiden war, ob psychische Veränderungen, die sich angeblich im zeitlichen Zusammenhang mit einem Unfall in Form eines Schlagens einer rotierenden Kugel gegen die rechte Occipito-Temporalseite des Schädels entwickelt hatten, im ursächlichen Zusammenhang standen. Die Liquorveränderungen wiesen eindeutig auf Lues hin und verschlechterten sich trotz intensiver Behandlung. Die klinische Würdigung aller Umstände ergab, daß bei dem psychischen Zustande dem Unfall keine meßbare kausale Rolle zugebilligt werden konnte.

Panse (Berlin).^o

Rebucci, Uberto: Di alcuni segni obbiettivi rivelatori di lesione organica negli antichi commozionati cerebrali. (Über einige objektive Symptome als Anzeichen organischer Läsionen bei alten Hirnerschütterungen.) (*Clin. per Malatt. Nerv. „Villa Baruzziana“, Bologna.*) *Policlinico Sez. prat.* **1934**, 843—847.

Es werden unter den diskreten Pyramidenbahnsymptomen hervorgehoben die synkinetische Extension der großen Zehen, z. B. beim Aufsitzen, desgleichen die Beugung des Oberschenkels zum Becken bei der entgegengesetzten Bewegung, eine einseitige Verstärkung der tiefen Reflexe, die Abduktion oder die Flexion und Adduktion des Fußes nach Perkussion des Malleolus externus; die Umkehrung der Bewegung der distalen Glieder bei hydroelektrischer Reizung. Unter den vegetativen Symptomen werden Dermographismus, Gänsehautreaktion, ungleiche Antwort auf Abkühlung der Extremitäten hervorgehoben. Elektrische Labyrinthreizung und ihre Reizfolgen, schließlich die bekannten Charakterveränderungen werden als organische Restsymptome traumatischer Hirnschädigung dargestellt, wobei aber zwischen Komotion und Hirnquetschung kein Unterschied gemacht wird.

Steck (Lausanne).^o

Beneke, R.: Zur Ätiologie und Histogenese der Meningitis serosa cerebialis. *Arch. klin. Chir.* **179**, 327—354 (1934).

Verf. betont in einer langen Einleitung das häufige Vorkommen der Meningitis

serosa traumatica, zu deren Erklärung er insbesondere entwicklungsmechanische Parallelen heranzieht.

Insbesondere dem Wasserstoß des Liquors weist er eine führende Rolle zu bei der Ausbildung von vermehrt Bindewebe im Bereich der weichen Häute des Gehirns, wobei sowohl die dauernden Erschütterungen, besonders bei gewissen schwer arbeitenden Berufen, wie auch die regelmäßige leise Erschütterung durch den Arterienstoß betont wird. Als ersten Beginn der Schädigung der weichen Häute durch das Trauma sieht er ein entzündliches Ödem an, welches durch Beeinflussung der Piafäße und ihrer Ausläufer in der Hirnrinde entsteht. Diese sezernieren offenbar nicht nur allzu reichliche, sondern auch abnorme Flüssigkeit (zuweilen mit Gehalt an Fibrinogen). Als Ursache einer derartigen Funktionsanomalie der Capillarendothelien könne eine unmittelbare Zellschädigung durch das Trauma, aber auch eine mittelbare Beeinflussung durch die Gewebeshormone, welche zum Teil als „Nekrohormone“ gelten können, angenommen werden. (Der Begriff stammt von dem Botaniker Haberlandt.) Für die ätiologische Wirkung der durch die Nekrohormone bedingten Liquorströmung (vgl. die Ödembildung bei Tumornekrosen) spreche die typische Struktur der sog. Leptomeningitis chronica, am häufigsten bei chronischem Alkoholismus. Diese Trübungen seien nicht identisch mit den „Milchflecken“ der Arachnoidea, sie sind am stärksten über dem Sulcus entwickelt, am wenigsten auf dem Gyrus. Die Faserzüge der Verdichtungen spannen sich genau senkrecht in der Sulcusrichtung von Windung zu Windung. Daraus sei zu erkennen, daß es sich hier um eine funktionelle Bindegewebshyperplasie in dem Sinne bestimmter Zerrungsrichtung handele. Gleichartige Richtung dauernder Zerrungen bestimmt die Richtung der kollagenen Fasern (Roux). Die einschlägige Literatur ist vom Verf. eingehend berücksichtigt, wer weiter in seine Gedankengänge eindringen will (die übrigen in zahlreichen Arbeiten niedergelegt sind), muß das Original einsehen. Es wird dann folgender Fall beschrieben: 27-jähriger gesunder Schlosser erleidet einen leichten Stoß gegen den Kopf durch Anschlagen. Sofortige Klage über Schmerzempfindung, aber dann Weiterarbeiten. Bei der Heimkehr immer noch heftiger Kopfschmerz. Ein Lokalbefund ist nicht erhoben. Am nächsten Tage immer noch Kopfschmerz. Dann erst etwa nach einem Monat wieder dauernde Klagen über Kopfschmerzen, in der Zwischenzeit völlige Arbeitsfähigkeit. Außer den zunehmenden Kopfschmerzen entwickelte sich eine Charakterveränderung. Der Mann wurde zerstreut, mißmutig, mürrisch, reizbar, interesselos. 4 Monate nach dem Unfall leichte einseitige Gesichtslähmung, zeitweise Krämpfe in der oberen Extremität der gleichen Seite. 5 Monate nach dem Unfall Entlassung wegen Einstellung des Betriebes, 2 Tage später schwere epileptische Jackson-Krämpfe und Bewußtlosigkeit, Druckerhöhung des Liquors, leichte Melliturie. Todeseintritt am gleichen Tage, etwa 5 Monate nach dem Unfall, unter zahlreichen Krampfanfällen mit Bewußtlosigkeit. Sektionsbefund: Fast apfelgroße Meningealcyste im Gebiet der rechten 3. Stirnwindung, am Übergang zur vorderen Zentralwindung, tief im Sulcus sitzend, mit erheblicher Verdrängung des Gehirns, genau in der Arachnoidea, zartwandig, von Endothel ausgekleidet, Inhalt wasserklar, da und dort kleine Rundzelleninfiltrate. In der Umgebung nur gewöhnliche Erscheinungen von Druckatrophie des Gehirns. Die Pia zeigte in der Nähe der Cyste streckenweise milchige Trübungen. Spuren eines Traumas nicht aufzufinden. (Hinweis auf die nicht ausgeführte Schwefelammoniumreaktion zum Nachweis von Blutungsresten.) Der Obduzent sprach von Meningitis traumatica und Unfallfolge, ein „gerichtsärztlicher Praktiker“ bezweifelte den Zusammenhang mit dem Trauma. Ein Pathologe (Geschwulstforscher) betonte, daß derartige Cysten sicher viele Jahre lang zur Entwicklung brauchen, lehnte ebenfalls den Zusammenhang ab. Verf. teilt die Auffassung des Obduzenten, mit Hinweis auf das Vorkommen von Fällen traumatischer Meningitis mit Cystenbildung, mindestens müßte der Unfall eine schwere Verschlimmerung veranlaßt haben, wenn bereits vor dem Unfall eine solche bestanden hätte, bei der aber alle Krankheitssymptome gefehlt hätten. Hinweis auf das rasche Wachstum von Hydroceelen nach traumatischer Entstehung, z. B. am Samenstrang, sowie auf die rasche Entwicklung der Meningitis serosa nach diffusen Kopftraumen im Schrifttum, selbst wenn die direkten Folgen zunächst unwesentlich waren. Die Encephalographie ist die wichtigste Untersuchungsmethode. Es folgen noch ausgedehnte wissenschaftliche und versicherungsmedizinische Hinweise über kritische Bewertung der Zeugenaussagen, Notwendigkeit, die Anamnese durch eigene Nachfrage zu vervollständigen usw.

Da ein ausdrücklicher Hinweis auf die gerichtlich-medizinische Bedeutung (S. 348) der vom Verf. verfochtenen Meinung vorliegt (rasches Wachstum von Meningealcysten nach Traumen und rasche Entstehung und rasches Wachstum posttraumatischer Hirntumoren), so muß doch festgestellt werden, daß die Konsequenzen für die Begutachtung sehr einschneidend wären, wenn man vor weiteren eingehenden Bearbeitungen dieser Frage die Entstehung rasch sich entwickelnder und zum Tode führender Krankheitszustände nach leichten Kopftraumen (dazu noch ohne lokalen Verletzungsbefund in vivo und in mortuo) zugeben wollte. (Referent.) Walcher (Halle a. d. S.).

Schlomka, G.: Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß stumpfer Brustkorbtraumen auf das Herz. VI. Mitt. Der chronische postcommotionelle Herzschaden. (*Med. Univ.-Poliklin., Bonn.*) *Z. exper. Med.* **93**, 751—774 (1934).

In Fortsetzung früherer Untersuchungen des Autors über die akuten kardiovaskulären Störungen nach stumpfen Brustwandtraumen wurden die Fragen der chronischen Herzmuskelschäden nach solchen Gewalteinwirkungen im Tierversuch elektrokardiographisch, röntgenologisch und anatomisch untersucht. Den erhobenen Befunden zufolge ließ sich in etwa 60% ein sicherer traumatischer chronischer Herzmuskelschaden erzeugen und elektrokardiographisch und röntgenologisch in seiner Entwicklung verfolgen. Seiner Art nach ist der postcommotionelle Herzdauerschaden gekennzeichnet durch eine herdförmige Myokardnekrose, die zur Narbenbildung führt, sei es in Form kleinster, oft multipler Schwielen, sei es in Gestalt größerer, nicht so selten ebenfalls mehrfacher typischer Wandaneurysmen (evtl. mit Perikardadhäsionen). Die Entwicklung des postcommotionellen Herzmuskelschadens geht nach dem Verhalten des EKG.s, des Röntgenbildes und dem Ergebnis der histologischen Untersuchung verhältnismäßig schnell (3—4 Wochen) im wesentlichen vor sich. Ausmaß und Häufigkeit dieser postcommotionellen Dauerveränderungen am Herzmuskel sind dabei in hohem Maße abhängig von dem Ausmaß, der Nachhaltigkeit, und zum Teil auch von der Art der vorangegangenen akuten commotionellen Erscheinungen, vor allem auch in dem Sinne, daß bei nur geringfügigen oder gar fehlenden akuten Traumaeffekten Dauerschäden nicht zur Entwicklung kamen. Patho-physiologisch (und histologisch) entspricht die traumatische Herzmuskelschädigung ganz dem Bild echter Herzinfarkte und stützt damit die durch die Analyse der akuten commotionellen Herzerkrankungen von dem Verf. gewonnenen Auffassungen vom Wesen der Commotio cordis. Klinisch werden durch die erhobenen Befunde die bisher vielfach umstrittenen Krankheitsbilder des traumatisch-chronischen Herzschadens objektiviert und im einzelnen in ihrer Genese verständlich. Darüber hinaus gehen die Befunde des Experimentes prognostische, diagnostische und therapeutische Hinweise, nämlich dahingehend, daß nach Erleiden einer erheblicheren Commotio cordis der Verletzte während der ersten kritischen Wochen so zu behandeln und so zu beurteilen ist, wie ein Kranker mit echtem Herzinfarkt. Auch für den ärztlichen Sachverständigen ergeben sich, namentlich für die katamnestische Stellungnahme zur Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen angeschuldigtem stumpfem Brusttrauma und später in Erscheinung getretenem Herzleiden neue konkrete Gesichtspunkte. (V. vgl. diese *Z.* **24**, 14.)

Schlomka (Bonn).^{oo}

Stoichitza, N.-N.: Traumatisme du thorax et tuberculose pulmonaire. (Brustkorbverletzung und Lungentuberkulose.) (*Dispens. „Albert Thomas“, Bucarest.*) *Presse méd.* **1934 I**, 1051—1052.

Zunächst geschichtliche Daten über diese Frage. 1872 hatte Lebert (Breslau) eine Anzahl scheinbar unwiderlegliche Beispiele über diesen Zusammenhang aufgestellt. Die soziale Unfallgesetzgebung beleuchtete diese Frage dann noch einmal und kam zu dem Schluß, daß sowohl Kontusionen als auch penetrierende Wunden den Anlaß geben könnten. Indessen stellte Sergent 1916 im Weltkrieg fest, daß penetrierende Brustkorbwunden fast niemals von Tuberkulose gefolgt wurden. Pilod berechnete später die Häufigkeit 1 : 1000. Die Erklärungen sind folgende: 1. Luftinfektion des gequetschten Herdes (jetzt verlassen); 2. im Blut zirkulierende Bakterien — jetzt nach den Untersuchungen Löwensteins nicht von der Hand zu weisen; 3. Aufflackern eines latenten Herdes. Da die latenten Herde meistens in der Gegend des Hilus sitzen, kommen penetrierende Wunden für die Genese kaum in Betracht; denn diese müßten auch den Hilus treffen und würden wohl immer das Herz und die großen Gefäße mit betreffen. Aber Kontusionen könnten viel eher auch hier eine Zerreißen hervorrufen und damit das Aktivwerden schlummernder Keime bewerkstelligen. Soll ein Zusammenhang mit einem Unfall vorliegen, so muß verlangt werden eine primäre, durch Zer-

reiung der Lunge bedingte Blutung, die Lokalisation der Tuberkulose an der betroffenen Stelle und bis zum Auftreten der tuberkulösen Lungenerscheinungen ein Zeitraum von 3—6 Monaten. Anührung von 2 Fällen. Im 1. Quetschung in der Subclaviculargegend durch ein großes Holzstück. Sofort Hämoptoe für 2 Tage. Röntgen ergibt keine Lungenveränderungen. Nach $\frac{1}{2}$ Jahre an der Verletzungsstelle klinische und röntgenologische Zeichen der Tbc. mit positivem Auswurf. Trotz Behandlung stürmischer Verlauf. Im 2. Fall Messerstich unter dem Schlüsselbein. 4tgige Hämoptoe. Auch hier zeigte die sofortige Röntgenuntersuchung nichts. Und nach $\frac{1}{2}$ Jahr findet sich an der Verletzungsstelle eine Tuberkulose. Diese beiden Fälle bewiesen dem Verf., daß sowohl eine Kontusion als auch eine penetrierende Wunde eine schlummernde Tuberkulose aufflammen lassen kann.

Franz (Berlin).

● **Mayer, August: Weibliche Geschlechtsorgane und Unfall.** Stuttgart: Ferdinand Enke 1934. VIII, 83 S. RM. 5.—

Das Buch ist eine sorgfältige Neubearbeitung der 1917 erschienenen Monographie A. Mayers über die Unfallkrankungen in der Geburtshilfe und Gynäkologie und wird jetzt als Sonderausgabe des Kapitels: Weibliche Geschlechtsorgane und Unfall aus dem Handbuch der Unfallheilkunde von Magnus und König herausgegeben. Dadurch ist die Anschaffung einem größeren Kreise von begutachtend tätigen Ärzten ermöglicht worden. Die schwierige Materie wird durch gute übersichtliche Darstellung erleichtert und durch Einfügung zahlreicher Fälle der Literatur und eigener Beobachtungen, die durch ihre Seltenheit und Eigenartigkeit auch dem Wissenschaftler Material liefern, anregend und lebendig gestaltet. Für die Begutachtung von Unfallschäden der weiblichen Geschlechtsorgane mit ihrem wechselvollen physiologischen Geschehen ist die Schrift eine sichere Unterlage. Auf genaue Angabe der Prozente oder auf eine Aufstellung von Tabellen wird verzichtet, da dem Gutachter bei der Beurteilung viel Spielraum im Einzelfall verbleiben soll.

Ausführlich wird das viel umstrittene Gebiet Retroflexio uteri und Unfall dargestellt. Für die Retroflexio sowie für den Prolaps ergibt sich, daß nur eine geringe Anzahl von Fällen wirklich als Unfallschäden anzuerkennen sind. Das gleiche gilt für den Abort. Bei gesunder Schwangerschaft werden selbst ganz schwere Traumen vertragen. Die Entstehung der Extrateringraviditt kann als Unfallfolge nicht anerkannt werden, wohl aber ist der Standpunkt einzunehmen, daß die Verschlimmerung einer solchen dann entschädigungspflichtig ist, wenn das Unfallereignis geeignet war, Tubenabort oder Ruptur zu verursachen und ein zeitlicher Zusammenhang bestand. Bei intraperitonealen Blutungen ist zunächst nach Gravidität in Tuben oder Ovarien zu fragen. Die Blutungen aus dem Follikel oder Corpus luteum sind nicht so ganz selten. Einige ausgewählte Fragen sollen den neuzeitlichen Wert des Buches zeigen, der durch den autoritären erhöht wird. Ein umfangreiches Literaturverzeichnis über die Arbeiten seit dem Jahre 1918 ist angefügt. Die Monographie wird weiterhin Grundlage für die gynäkologische Begutachtung bleiben.

Baniecki (Münster i. W.).

Ruge, C.: Unfallbeziehungen zu gynäkologischen Leiden. Mschr. Unfallheilk. 41, 161—171 (1934).

Verf. betont die Schwierigkeit der Begutachtung von gynäkologischen Beschwerden und Veränderungen am weiblichen Geschlechtsapparat bei Unfällen, weil beim weiblichen Geschlecht das bei jedem Unfall eintretende psychische Trauma mit seinen Einwirkungen auf die Unterleibsorgane häufig die direkten Schäden der Gewaltwirkung übertrifft oder sogar die einzige Unfallfolge ist, wie vor allem bei den Frauen mit labilem vegetativem System.

Eine im Anschluß an ein Trauma auftretende Blutung berechtigt deshalb noch nicht zu der Annahme einer Verletzung oder einer anderen Schädigung der Organe. Sie ist nur dann als direkte Unfallfolge anzusehen, wenn aus der Art der Gewaltwirkung auf den Unterleib oder direkt auf die Geschlechtsorgane oder aus den pathologischen Veränderungen geschlossen werden muß, daß hier nicht ein zufälliger zeitlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Blutung vorliegt, und daß die Blutung nicht lediglich in dem psychischen Trauma ihre Ursache hat. Eine Retroflexio uteri ist nur ganz selten Unfallfolge, und zwar nur dann, wenn das Trauma in der Krperlngsrichtung und zugleich von vorn her gewirkt hat, wodurch der Uterus einerseits nach unten gedrückt und unter Überwindung seines Widerstandes gestreckt und andererseits der gestreckte Uterus nach hinten in eine Retroflexio gezwungen wird. Sie ist nur dann

eine sichere Folge einer Gewalteinwirkung, wenn an den runden Mutterbändern oder am Uterus in der Höhe des inneren Muttermundes Gewebserreißungen nachweisbar sind. Verschlimmerung der Beschwerden einer Retroflexio sind möglich durch Verstärkung der schon vorhandenen Verlagerung oder durch eine Einkeilung. Gleich selten ist eine Senkung oder ein Vorfall durch einen Unfall hervorgerufen. Die für die genannten Abweichungen angeschuldigten Unfälle sind nur der äußere Anlaß für das Zutagetreten, eine Ausnahme bilden Unfälle in der Zeit des Wochenbettes wegen der Erschlaffung der gesamten Bandapparate. Ein Unfall als Ursache des Vorfalles ist auszuschließen, wenn man Geschwüre an der Portio findet, wenn an der vorgefallenen Scheide Epidermiswucherung besteht, bei Nachweis einer Spina bifida oder bei Feststellung einer angeborenen oder erworbenen Schädigung des Gewebes. Ein bestehender Vorfall kann durch Verletzung der vorgefallenen Teile oder durch Infektion verschlimmert werden. Blutungen in die Bauchhöhle können aus einem graviden Eileiter oder einem Eierstock stammen. Ersteres ist nicht als Unfallfolge anzusehen, letzteres kann durch Bersten eines sprungreifen Follikels oder eines gequetschten gelben Körpers entstehen und ist dann als Unfallfolge anzuerkennen. Eine Entzündung der Adnexe ist ohne Nachweis einer Verletzung der Scheide oder der Gebärmutter mit nachfolgender aufsteigender Entzündung abzulehnen. Eine Verschlimmerung durch Trauma ist möglich, meist aber abzulehnen, da auch ohne ein solches häufig Verschlimmerungen auftreten. Die Entstehung einer Geschwulst an den Unterleibsorganen durch Unfall wird abgelehnt, dagegen kann die Kapsel eines großen Uterusmyoms zerreißen oder ein Myom zur Nekrose gebracht werden. Die Stieldrehung eines Eierstocktumors durch einen Unfall wird selten bleiben. Vor dem 4. Schwangerschaftsmonat wird eine Schädigung der Gebärmutter durch einen Unfall sehr selten sein, vom 4. Monat aber ist sie möglich und kann dann zur Ausstoßung der Frucht führen. Der Verlauf einer Fehlgeburt erlaubt keine Rückschlüsse auf ihre Ursache, es muß deshalb festgestellt werden, ob wirklich eine Fehlgeburt erfolgt ist; Erkrankung der Mutter und der Frucht sind auszuschließen, und deutliche Spuren des Trauma müssen an den Bauch- oder Beckenorganen nachgewiesen werden. Deshalb wird in den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft die Klärung fast unmöglich, in den späteren jedoch bisweilen denkbar sein.

Empfohlen wird die Fernhaltung von Frauen mit labilem vegetativen System aus allen Berufen, die zu Schreckwirkungen oder Unfällen führen, desgleichen die Ausschaltung der Frauen während einer Schwangerschaft und während der ersten 6 Wochen nach einer Entbindung. *Spiecker* (Duisburg).

Giudici, Emilio: Il lavoro professionale come fattore patogenetico delle retrodeviazioni uterine. (Die Berufstätigkeit als Ursache der Retrodeviationen des Uterus.) (*Clin. Ostetr.-Ginecol.*, „*L. Mangiagalli*“, Univ., Milano.) Ann. Ostetr. 56, 791—824 (1934).

Es wird an Hand einer eingehenden Statistik gezeigt, daß die Häufigkeit der Retrodeviationen des Uterus bei den verschiedenen Berufsgruppen von den Hausmädchen (20%) über die Hausfrauen, Arbeiterinnen, Textilarbeiterinnen, Schneiderinnen bis zu den Landarbeiterinnen (46%) stark ansteigt. Die Ursachen werden besprochen, die italienische Gesetzgebung angeführt. *Ernst A. Mueller* (München).

Ballotta, Francesco: La menomazione dell'apparato genitale agli effetti delle leggi assicrative. (Schädigungen des Geschlechtsapparates und Versicherungsgesetze.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Bologna.*) (*Assoc. Ital. di Med. Leg., Parma*, 7. IV. 1934.) Arch. di Antrop. crimin. 54, 329—334 (1934).

Während die Juristen jede entschädigungspflichtige Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge von Schädigungen der Zeugungsfähigkeit im Rahmen der sozialen Versicherung verneinen — Hinweis auf den Arbeitsochsen —, vertritt Verf. den biologischen, entgegengesetzten Standpunkt. Er verweist auf die teils organischen, teils seelischen Folgen, namentlich nach Verlust der Keimdrüsen, bisweilen aber auch der Beiwohnungsfähigkeit, die nicht ganz schematisch zu leugnen sind. Ferner aber bedeutet unter der heutigen Gesetzgebung, die die Familienväter als Arbeiter bevorzugt, die Unmöglichkeit der Vaterschaft auch einen unmittelbaren wirtschaftlichen Nachteil. Arbeitsschaden liegt daher vor, wenn entweder die gesamte Zeugungsfähigkeit oder die Beiwohnungsfähigkeit oder Zeugungsfähigkeit i. e. S. allein aufgehoben sind. Beschränkte Schädigungen, die nicht irgendeine Funktion des Genitalapparates wesentlich beeinflussen, kommen jedoch nicht in Betracht. Die Höhe des Schadens kann nicht allgemein festgesetzt werden, sondern muß nach den Um-

ständen des Einzelfalles auf Grund allgemeiner Untersuchung des Verletzten bewertet werden.

P. Fraenkel (Berlin).

● **Siegmund, Bernhard: Die Krankheit im privaten und sozialen Versicherungsrecht.** (Veröff. Med.verw. Bd. 42, H. 3.) Berlin: Richard Schoetz 1934. 86 S. RM. 3.50.

Verf. bringt interessante rechtsphilosophische Ausführungen zu dem Begriff Krankheit. Für eine juristische Begriffsfeststellung sind ganz spezifische rechtswissenschaftliche Methoden zu benutzen, das wird besonders bei dem Streit um die „bestehenden Krankheiten“ in der privaten Krankenversicherung gezeigt. Auch der ärztliche Krankheitsbegriff kann nur nach diesen Methoden festgestellt werden, wenn er als Rechtsbegriff dienen soll. Das Studium der Arbeit, die zu kurzem Referat nicht geeignet ist, muß jedem gutachtlich tätigen Arzt dringend empfohlen werden. *Giese.*

Krecke †, A.: Über Krankheitsbegriff. Münch. med. Wschr. 1933 I, 567—568. Stellungnahme zum Krankheitsbegriff im medizinischen und versicherungsrechtlichen Sinne, die in mehrfacher Beziehung unvollkommen ist (vgl. nachst. Ref., Bem. von Siegmund zu der Arbeit von Krecke). *Schrader* (Bonn).

Siegmund, Bernhard: Über den versicherungsrechtlichen „Krankheitsbegriff“. Bemerkungen zu den von Krecke angegebenen Beispielen aus der privaten und sozialen Krankenversicherung. Ärztl. Sachverst.ztg 40, 104—106 (1934).

Die Arbeit nimmt Stellung zu Ausführungen, die Krecke kurz vor seinem Tode in der Münch. med. Wschr. machte. 3 von ihm angeführte Beispiele werden näher erörtert im Hinblick auf den Krankheitsbegriff in der privaten und sozialen Krankenversicherung. Es wird hervorgehoben, daß die Frage der Behandlungsbedürftigkeit und nicht der tatsächlich erfolgten Behandlung wesentlich für die Beurteilung eines Krankheitsfalles in der Sozialversicherung ist. Dazu werden mehrere versicherungsrechtliche Entscheidungen bzw. gesetzliche Begründungen angeführt. In der privaten Krankenversicherung kommt es auf den Versicherungsbeginn an; „alte Leiden“ oder „bestehende Krankheiten“ sind nach den heute gebräuchlichen Versicherungsverträgen für eine Leistungspflicht ausgeschlossen. Der Nachweis, daß Leistungsausschlußgründe nicht vorliegen, ist vom Versicherten zu erbringen bei Krankheitseintritt innerhalb 6 Monaten vom Versicherungsbeginn ab, später vom Versicherungsträger. Mehrere Obergerichtsentscheidungen zu diesem Punkt werden erwähnt. Es umfaßt, wie abschließend vom Verf. bemerkt wird, das Wort „krank“ im rein medizinischen Sinne, in der Sozialversicherung sowie in der privaten Versicherung verschiedenartige Begriffe, die sich nicht ohne weiteres vergleichen lassen. *Schrader* (Bonn).

Duvoir, M., et Henri Desoille: Un jugement du tribunal de la Seine sur la notion de maladie en assurances sociales. (Ein Urteil des Seine-Tribunals über den Begriff Krankheit in der sozialen Versicherung.) Ann. Méd. lég. etc. 13, 381—385 (1933).

Das französische Gesetz bestimmt, daß die Leistungen beim Erkrankungsfall auf 6 Monate gewährt werden, und daß jeder in den anschließenden 2 Monaten auftretende Rückfall als Fortsetzung der ursprünglichen Krankheit gilt. Ein Arbeiter war wegen eines Fußgeschwürs 6 Monate arbeitsunfähig bis zum 7. VII. 1931 und dann wieder wegen eines neuen Fußgeschwürs am gleichen Bein vom 12. X. 1931 bis 29. III. 1932. Die Krankenkasse verneinte das Vorliegen einer neuen Krankheit mit der Begründung, daß die eigentliche Krankheit in der Adererweiterung bestünde, und daß die Geschwürsbildungen nur „Komplikationen“ der eigentlichen Krankheit seien, während der Arbeiter den gegenteiligen Standpunkt vertrat, daß es sich um eine neue Krankheit handele. Der oberste Gerichtshof stellte sich auf den Standpunkt der Krankenkasse und lehnte die Entschädigungsansprüche ab. Duvoir fragt mit Recht, wie es dann wohl mit den „Komplikationen“ oder „Manifestationen“ der Syphilis stünde? *Giese* (Jena).

Duvoir, M., et Henri Desoille: La notion de maladie en assurances sociales. Un arrêt de la cour de cassation. II. (Der Begriff Krankheit in der sozialen Versicherung. Ein Urteil des Cassationshofes.) (Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 19. II. 1934.) Ann. Méd. lég. etc. 14, 214—218 (1934).

Nach dem französischen Gesetz gilt ein Rückfall einer Krankheit, der innerhalb 2 Monaten nach der Heilung eintritt, als Fortsetzung der primären Krankheit und bedingt keine Entschädigungspflicht. Ein Arbeiter litt an Krampfadern und hatte von

Zeit zu Zeit Unterschenkelgeschwüre, die ihn arbeitsunfähig machten. Nach einer Arbeitsunfähigkeit von mehreren Monaten arbeitete er 3 Monate und mußte nach 3 Monaten Arbeit diese wegen neuerlicher Geschwürsbildung wieder aussetzen. Die Kasse lehnte, gestützt auf das Gutachten ihres Sachverständigen (des einen Autors) die Entschädigung ab, weil der Status varicosus die primäre Krankheit sei und die Geschwürsbildung nur eine Komplikation dieser bilde. Die folgenden Instanzen lehnten diesen Standpunkt ab und erachteten einen neuen Krankheitsfall als vorliegend.

Giese (Jena).

Giorgio, Hans: Zur rechtlichen Behandlung der Berufskrankheit in der schweizerischen sozialen Unfallversicherung. (*Bundesanst. f. Sozialversicherung, Bern.*) Schweiz. Z. Unfallmed. 28, 81—97 (1934).

In der Schweiz war schon durch das Fabrikgesetz von 1877 die Haftpflicht des Unternehmers für gewisse durch bestimmte Gifte bedingte Berufskrankheiten festgelegt. Durch die Eröffnung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt am 1. 4. 18 wurden die Haftpflichtgesetze aufgehoben und die Berufskrankheiten dem Unfall gleichgestellt. Der Erkrankungsfall braucht seitdem nicht mehr wie früher ausschließlich, sondern nur vorwiegend auf der Einwirkung eines Stoffes der Giftliste zu beruhen. Durch Beschlüsse des Verwaltungsrates der Suval wurde diese ermächtigt, den Versicherungsschutz auch auf Berufsschädigungen auszudehnen, die nicht durch Stoffe der Giftliste erzeugt sind, so z. B. die durch Einwirkung von Kalk, Zement und Staub entstandenen. Die Suval hat außerdem das Recht, den Betriebsunternehmern vorbeugende Maßnahmen zur Verhütung von Berufskrankheiten aufzuerlegen.

Giese (Jena).

Zangger: Anhang zum Vortrag von Herrn Dr. Giorgio. Zur rechtlichen Behandlung der Berufskrankheit in der schweizerischen sozialen Unfallversicherung. Auszug aus andern die Berufskrankheiten behandelnden Vorträgen. Schweiz. Z. Unfallmed. 28, 97—108 (1934).

Zangger tadelt die Form der schweizerischen Giftliste, nach welcher Erkrankungen nur in ganz bestimmten Betrieben entschädigt werden, jedoch die ganz gleichen Erkrankungen durch dieselben Stoffe in anderen Betrieben nicht. Weitere Ausführungen betreffen die Schädlingsbekämpfung, bei der starke Gifte in hoher Konzentration in Massen angewendet werden, und trotzdem hat die Suval auf Grund der Rechtslage die Übernahme der Schädlingsbekämpfungsindustrie abgelehnt. Jeder Ungebildete hat in der Schweiz das Recht, sich im freien Handel kiloweise Blausäure zu verschaffen, und ist nicht verpflichtet, die damit beschäftigten Arbeiter zu versichern, und die Suval lehnt die Versicherung ab. Die Erweiterung der Giftliste von 1929 ging nicht von Erfahrungen der Suval aus, sondern mußte auf Grund internationaler Abmachungen (Internationales Arbeitsamt) zwangsläufig erfolgen. In der Liste bestehen nach Z. Erfahrungen große Lücken.

Giese (Jena).

Mangili, Carlo: L'anemia quale „manifestazione di malattia“ nella applicazione della legge sull'assicurazione contro le malattie professionali. (Anämie als „Krankheitserscheinung“ im Sinne des [italienischen] Versicherungsgesetzes gegen Gewerbekrankheiten.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Milano.*) (*Assoc. Ital. di Med. Leg., Parma, 7. IV. 1934.*) Arch. di Antrop. crimin. 54, 305—316 (1934).

Anämie ist zu entschädigen bei allen versicherten Krankheiten, d. h. also bei Vergiftung mit Blei, Quecksilber, Phosphor, Schwefelkohlenstoff, Benzol und bei Wurmkrankheit. Die Bewertung des mindernden Einflusses auf die Arbeitsfähigkeit kann unter gewissen Bedingungen auf die quantitativen Blutverhältnisse gestützt werden. Die prozentuale Minderung der Erwerbsbeschränkung wächst natürlich rascher als die Anämie. Als Schwelle der Krankheit bei Anämie nimmt Verf. im allgemeinen 4 Mill. r. Bl. und 0,7 F.I. an, bei der Benzolvergiftung außerdem dauernd 5000 weiße Bl.Z. Absolute Arbeitsunfähigkeit besteht bei etwa 2 Mill. r. Bl. und 0,35 F.I. Einer 20proz. Minderung der Erwerbsfähigkeit, unter der laut Gesetz eine Entschädigung nicht gewährt wird, entspräche eine Blutarmut mit etwa 3 Mill. r. Bl. und 0,5 F.I. Bei den versicherten Krankheiten ist die Blutschädigung aber sehr verschieden zu bewerten. Während sie bei Benzolvergiftung und Anchylostomiasis die eigentliche Ursache

der Minderung der Arbeitsfähigkeit ist, bedeutet sie bei Bleivergiftung nur eine diagnostische Stütze, hat dagegen bei den übrigen Vergiftungen nur insofern Einfluß auf die Schadenbewertung, als sie die Minderung durch die sonstigen Giftwirkungen verschlimmern kann. Bei vorherbestehender Anämie ist die hinzutretende berufliche Anämie zu entschädigen.

P. Fraenckel (Berlin).

Macaggi, Domenico: Sul trattamento dei nefropatici nell'applicazione della legge di assicurazione contro le malattie professionali. (Nephropathien und [italienisches] Versicherungsgesetz gegen Gewerbekrankheiten.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Cagliari.*) (*Assoc. Ital. di Med. Leg., Parma, 7. IV. 1934.*) Arch. di Antrop. crimin. 54, 317—328 (1934).

Bei aller Anerkennung für die weise Beschränkung des Gesetzgebers auf einem neuen Gebiete, bemängelt Verf. doch, daß die Ausführungsbestimmungen, in denen genau festgelegt wird, welche Krankheitserscheinungen bei den einzelnen versicherten Gewerbekrankheiten entschädigungsberechtigt sind, dadurch den tatsächlichen klinischen Krankheitsbildern und den ärztlichen Aufgaben ungenügend gerecht werden. Besonders ist die Berücksichtigung von Nierenleiden nur bei chronischer Bleivergiftung ein Mangel, da nicht nur bei chronischer Hg- und P-Vergiftung, sondern auch bei Vergiftungen mit Benzol, seinen Homologen, Nitrat- und Chloratalkömmlingen Nierenschädigungen nicht selten sind, nach denen rechtzeitig gefahndet werden muß. Da nach dem Wortlaut des Gesetzes nicht die Krankheitserscheinung, sondern die Vergiftung (Krankheit) „im Betriebe und durch die Arbeit erworben“ sein muß, ist auch die Verschlimmerung eines vorher bestehenden Nierenleidens zu entschädigen. Eine Reihe besonderer Schwierigkeiten, die Verf. erörtert, macht es nötig, daß die verantwortungsvolle Handhabung des an sich guten Gesetzes nur geeigneten Ärzten anvertraut wird.

P. Fraenckel (Berlin).

Teleky, L.: Ärzte und Techniker in der Gewerbeaufsicht. Dtsch. med. Wschr. 1934 I, 681—683.

In sehr ruhiger und maßvoller Weise setzt der bekannte, vielerfahrene Gewerbehygieniker in diesem Aufsätze auseinander, daß weder der Arzt allein noch der Techniker allein auch nicht der spezialistisch ausgebildete, theoretisch und praktisch nach dieser Richtung besonders geschulte Techniker und Arzt, zum Gewerbeaufsichtsdienst ausreicht, sondern daß eine auf gegenseitige Achtung gegründete Zusammenarbeit, bei der jeder das Interesse der Sache über das eigene Geltungsbedürfnis stellt, zwischen Gewerbearzt und Gewerbetechner notwendig und für die gemeinsame Sache und das Gesamtwohl am zweckmäßigsten ist.

Kalmus.

Carozzi, L.: Le cancer professionnel. (Der Krebs als Berufserkrankung.) Méd. Trav. 6, 1—38 u. 95—130 (1934).

Die allgemeine Steigerung der Krebszahl ist durch die Erhöhung des Lebensalters des Arbeiters (in Amerika um 24%) und durch die Vermehrung der cancerigenen Faktoren in der Industrie verschuldet. Die charakteristischen Zeichen des beruflichen Krebses sind: 1. Der Krebs ist selten eine ursprüngliche Krankheit, sondern die letzte Phase einer vorausgegangenen Allgemeinerkrankung, des lange dauernden präcancerösen Stadiums. 2. Er tritt früher auf, als Krebserkrankungen sonst aufzutreten pflegen. 3. Sein Sitz ist vorzüglich die Haut, seltener die Lunge, die Blase, der Knochen. 4. In der Mehrzahl der Fälle tritt er multipel auf (Haut). 5. Es sind meist Carcinome, seltener Sarkome. 6. Oft kommen noch andere Faktoren in Betracht, deren Bedeutung im Einzelfall, ob primär oder sekundär wirksam, nicht immer festzustellen ist. Beim Schneeberger Lungenkrebs handelt es sich nicht um eine Wirkung des Minenstaubes, denn die chemische Untersuchung der Lunge ließ keine Spuren von Arsen, Wismut, Kobalt, Nickel oder Uran erkennen. Seine Entstehung wird auf die Einatmung der Radiumemanation zurückgeführt, eine Vermutung, die schon Schmorl geäußert hat. Gegenüber der Aufnahme durch die Lungen tritt die auf dem Blutwege erheblich zurück. Blasenkrebs finden sich vorzüglich bei Arbeitern, die ihre Beschäftigung mit aromatischen Aminen in Berührung bringt. Die Erkrankungsziffer ist

beträchtlich, im Basler Material beträgt sie die Hälfte aller Blasen-tumoren der Bevölkerung. Die Latenzzeit schwankt von 6 Monaten bis zu 10 Jahren. Knochensarkome sind in gehäufter Zahl bei Arbeitern beobachtet worden, die Leuchtzifferblätter- und -Uhrzeiger herstellen. Sie arbeiten mit einer Mischung von Schwefel und Zink, die kleine Mengen Radium, Mesothorium und Radiothorium enthält. Für besonders wirksam werden die Alphastrahlen gehalten. Hautkrebse, die unter dem Einfluß intensiver Sonnenbestrahlung entstehen, sind durch die Einwirkung der ultravioletten Strahlen bedingt. Experimentelle Bestrahlung dieser Art hat bei Ratten schnell wachsende Papillome erzeugt. Röntgenstrahlenkrebsfälle sind bis jetzt über 50 bekannt, ihre Pathogenese noch nicht geklärt. Als Beispiel für den Einfluß chemischer Reize wird auf die Wirkung des Arsens hingewiesen, das in kleinsten Mengen cancerigen, sensibilisierend wirken kann. Die Häufigkeit der durch Beschäftigung mit Teer und Pech entstehenden Hautkrebse ist von der Art des Betriebes abhängig, je mehr dieser mechanisiert ist, desto weniger Erkrankungen. Der Hodenkrebs der Schornsteinfeger, für den als Ursache die cancerigene Wirkung des Rußes neben dem Mangel an Reinlichkeit und den vielfachen traumatischen Schädigungen in Anspruch genommen wird, ist in Deutschland im Gegensatz zu England kaum mehr vorgekommen. Arbeiter in Petroleumraffinerien erkranken selten an Hautkrebs, dagegen häufig die mit Schieferöl in den englischen Seidenspinnereien Arbeitenden. Der Paraffinarbeiterkrebs wird nur durch die Beschäftigung mit Rohparaffin erzeugt, er entsteht nur auf dem Boden einer bereits bestehenden Hautschädigung. *Giese (Jena).*

Wurm, Herbert Ritter von: Hauterkrankungen beruflicher Art an den Händen von Zahnärzten. Dtsch. zahnärztl. Wschr. 1934, 6—10.

Neben Erkrankungen allgemeiner Art, wie unter anderem Quecksilbervergiftungen durch Amalgamarbeiten, werden bei Zahnärzten folgende Hauterkrankungen beobachtet: Verbrennungen durch Hitzeeinwirkungen oder durch die direkte Flamme, Röntgenverbrennungen, Starkstromverätzungen, mechanische Verletzungen und Infektionen aller Art, besonders auch solche durch Tuberkulose und Lues. Die letztere wird in erster Linie als fungöser, pilzhutartiger und wuchernder Fingerschanker oder als subunguale Lues beobachtet und dann als solche oft genug nicht rechtzeitig erkannt. Die Tuberkuloseformen richten sich in ihrem Aussehen danach, ob der befallene allergisch war oder nicht. Im ersteren Falle treten die verschiedensten Tuberkuloseformen wie Tbc. cutis verrucosa und Lupus auf. In den anderen seltenen Fällen kommt es zur Bildung von Geschwüren mit unterminierten Rändern und dünnflüssiger, reichlich Bacillen führender Sekretion. Als hautschädigende Chemikalien kommt folgendes in Betracht: Quecksilber, Arsen, Desinfizientien — unter diesen in erster Linie Trikresol-Formalin und Novocain. Daneben spielt auch der durch häufiges Waschen gesetzte Hautreiz eine bedeutsame Rolle. Fast alle in die letzte Gruppe gehörigen Krankheiten sind als Folge einer eingetretenen Sensibilisierung aufzufassen. *S. Fuhs.*

Zitzke, Erna: Die Ursache des Bäckerekzems. (*Hautklin., Univ. Köln.*) Dtsch. med. Wschr. 1934 I, 642—644.

Bei 130 ekzemkranken Bäckern durchgeführte intracutane und percutane Hautfunktionsprüfungen ergaben, daß auf Mehl ohne Verbesserungsmittel 41,8% positiv reagierten, auf Mehl mit Verbesserungsmitteln reagierten 67,2% positiv und auf die Verbesserungsmittel allein 54%. Bei percutaner Hautprüfung auf Ammoniumpersulfat zeigten 19 von 22 positiven Reaktionen, das sind 86%. Daraus zieht Verf. den Schluß, daß der primär schädigende Stoff das Ammoniumpersulfat in den Mehlerbetterern ist. Percutanproben mit Kaliumpersulfat fielen ebenfalls positiv aus; daraus zieht Verf. die weitere Schlußfolgerung, daß vermutlich der ganzen Gruppe der Persulfate sensibilisierende Eigenschaften zuzusprechen sind. Für die Diagnose des Bäckerekzems wird die Durchführung von Hautfunktionsprüfungen mit Ammoniumpersulfat als Forderung aufgestellt; zur Verhütung des Bäckerekzems erscheint die Ausschaltung der schädigenden Substanz, des Ammoniumpersulfats, erforderlich. *Autoreferat. °°*

Stark, A. M., M. M. Tiesenhausen, N. M. Gožanskaja, E. W. Skrozky, D. S. Schtschastny und W. A. Žuk: Über die Pockenätiologie der sogenannten Melkerknoten. (*Dermato-Venerol. Klin., Path.-Anat. Inst., Med. Fak. u. Vaccine-Abt., Bakteriolog. Inst. u. Veterin.-Abt. d. Städt. Fleischkombinats, Odessa.*) Arch. f. Dermat. **170**, 38—60 (1934).

Die bei 47 Arbeitern des Schlachthofes Odessa im Herbst 1931 als „Melkerknoten“ aufgetretene Erkrankung ist durch die experimentellen Untersuchungen als „Knötchenform der Pocken“ aufgeklärt worden, die durch eine atypische Reaktion der Einimpfung von animalisiertem Pockenvirus hervorgerufen ist. Die meisten Fälle sind durch Infektion an pockenkranken Schafen aufgetreten. *Mayser* (Stuttgart).

La Chapelle, E. H.: „Melkerknoten?“ Nederl. Tijdschr. Geneesk. **1934**, 1633 bis 1634 u. dtsh. Zusammenfassung 1634 [Holländisch].

Anlässlich eines Referates von K. Edel (Nederl. Tijdschr. Geneesk. **1934**, 296), laut dem Melkerknoten in den Niederlanden niemals beschrieben worden seien, berichtet der Verf. über eine Epidemie von 22 Fällen mit je 1—3 Pusteln, im Herbst und Winter 1925/26. Diese Knoten waren ziemlich unschuldiger Natur, mikroskopisch indifferentes Granulationsgewebe, und hatten mit Pockenpusteln nur eine äußere Ähnlichkeit. Bakteriologisch wurden darin Staphylokokken gefunden. Eine photographische Abbildung. *Lamers* (Herzogenbusch).

Goodman, Herman: Silk handler's disease of the skin. (Seidenarbeiterkrankheit der Haut.) Acta dermato-vener. (Stockh.) **15**, 25—58 (1934).

Goodman beschreibt zunächst an 2 in einer Seidenspinnerei beobachteten Fällen die Hautaffektion, welche bei den mit der Seide manipulierenden Arbeitern auftraten, und zwar besonders an den Fingern bzw. Handrücken; erwähnt dann weiter 9 in derselben Fabrik beobachtete Fälle und berichtet dann über die Untersuchungen, welche er angestellt hatte, um die Noxe zu ermitteln, welche eigentlich die Dermatitis herbeigeführt hatte. Er versuchte auch auf Grund eines 25 Punkte umfassenden Fragebogens, den er an die Gewerbeaufsichtsorgane sandte, Näheres über die Erfahrungen in ähnlichen Betrieben zu ermitteln. Ferner beschreibt er den ganzen Fabrikationsvorgang von der Abwicklung der feinen Kokonfäden bis zur Herstellung des fertigen Seidenfabrikates, zählt die verwendeten Lösungsmittel auf und kommt auf die „Seidenallergie“ (Ekzem, Urticaria, Asthma, Rhinitis) zu sprechen. Von den Lösungsmitteln werden Lysol, Cresol und drei Cresolseifen erwähnt. Als „schuldiger“ Körper wird schließlich die Cresolseife angeführt und werden Vorschläge gemacht, wie die Seidenbearbeitung hygienisch einwandfrei zu gestalten wäre.

Kalmus (Prag).

Duvoir, M.: À propos des dermatoses professionnelles par le trichloronaphtalène. (Zur Frage der gewerblichen Hauterkrankungen durch Trichloronaphthalen.) (*Inst. d'Hyg., Univ., Paris.*) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 11. VI. 1934.*) Ann. Méd. lég. etc. **14**, 539—544 (1934).

Auf Grund eingehender von Touraine und Menetrel ausgeführter Untersuchungen ist von Courtois-Suffit die Forderung aufgestellt worden, daß alle durch Trichloronaphthalen (Tr.) verursachten Hauterkrankungen als entschädigungspflichtige Berufsleiden anzusehen seien. Nahezu alle Arbeiter, die mit dem Produkt zu tun haben, erkranken an Hauterscheinungen, die entweder in akuter Form (Pruritus, Erythem oder nässendes Ekzem) oder in chronischer (Folliculitis, Acne oder Comedonen-acne) in Erscheinung treten. Ähnliche Veränderungen können indes nach des Verf. eigenen Untersuchungen, die sich eingehend mit den Wirkungen von Kohlenwasserstoffen und deren Derivaten auf die Haut beschäftigt haben, durch sämtliche Teere und Teerabkömmlinge verursacht werden. Weiter gehen auch heute noch die Meinungen darüber auseinander, ob das Tr. selbst die eigentliche Causa nocens ist oder ob der Halogenbestandteil nicht die Hauptrolle als Krankheitserreger spielt. Für beide Meinungen lassen sich die Äußerungen verschiedener Forscher anziehen. Verf. selbst neigt zu der Überzeugung, daß gerade in der Verbindung zwischen Teer und Chlor ein besonderer Schädlichkeitsfaktor liegt. Bei eingehender Besprechung der Symptomatologie und Pathogenese der Krankheitsformen kommt er zu dem Schluß, daß auch heute die Entstehung der durch Teer und Chlor verursachten Krankheitserscheinungen

noch nicht völlig geklärt sei. Es besteht auch heute noch der Streit der Meinungen, ob sie als Folgen äußerer Reizwirkungen oder einer Intoxikation aufzufassen sei. Die Frage der Entschädigungspflicht ist aus dem Grunde so schwer zu lösen, weil der Entschädigung ob das chemische Agens oder die Konstitution des Erkrankten die Hauptrolle spielen, einstweilen noch nicht mit Sicherheit zu treffen ist. So kann auch dem Vorschlage, die durch Tr. verursachten Hauterkrankungen unter die entschädigungspflichtigen zu rechnen, nur mit gewissen Vorbehalten zugestimmt werden.

S. Fuß (Ludwigshafen a. Rh.).

Nobre de Mello, A. L.: Von den berufsmäßigen Krämpfen. (*Clin. Neurol., Univ., Rio de Janeiro.*) *Arqu. brasil. Neurol.* 17, 23—32 (1934) [Portugiesisch].

Unter den Dyskinesen kennt man am längsten die Mogigraphie und unterscheidet bei ihr drei Formen: Die spasmodische, die häufigste, die paralytische und die sehr seltene tremorartige, die manchmal durch choreaartige Bewegungen vertreten sein kann. Seit Duchenne (de Boulogne) betrachtete man die berufsmäßigen Krämpfe als psychomotorische Neurosen. Aber Babinski, Bourguignon und Faure-Beaulieu berichteten schon über Mogigraphie infolge von Neuritis des Radialnerven. In einem Falle von Mogigraphie wies Barré das Vorhandensein einer Arthritis deformans der Wirbelsäule radiologisch nach. In einem anderen Falle stellte Barré eine durch chronische Osteoarthritis der Halswirbelsäule verursachte Mogigraphie fest. Magalhães Lemos hatte ähnliche Fälle beobachtet. Aus diesen und anderen der Literatur entnommenen Fällen resumiert Autor: Außer der a) durch Duchenne als funktionelle Neurose betrachteten Mogigraphie gibt es noch b) eine periphere, deren Ursache die Erkrankung der Nerven des Plexus brachialis ist, und c) die zentrale, extrapyramidalen Ursprungs. — Autor beschreibt als Illustration seiner Betrachtungen den Fall einer Mogigraphie bei einem 50jährigen Manne, Polizeischreiber von Beruf, welcher den rechten Vorderarm ständig in halber Beugung über dem Oberarm hält. Die Haltung der Finger scheint eine gewisse Hypertonie der Mm. interossei und lumbrales zu verraten. Die ersten Phalangen in mittlerer Palmarflexion und die übrigen auf die ersten extendiert. Die Finger sind einander genähert, der Daumen lehnt sich an den Zeigefinger wie beim Schreibakte (Lichtbild). Auf Grund der sehr detaillierten neurologischen Feststellungen entschließt sich Autor, hier eine Dyskinese extrapyramidaler Natur anzunehmen, und zwar in Gestalt eines Parkinsonschen Halbsyndromes. Magalhães Lemos hatte 1924 einen ganz ähnlichen Fall beschrieben. Lues, Malaria, Arteriosklerose, Kohlenoxydvergiftung sind ätiologisch auszuschließen. Deshalb bleibt als ätiologisches Moment ein degenerativer Prozeß unbekannter Herkunft derjenigen Partien übrig, welche die Parkinsonsche Krankheit und die Encephalitis lethargica verursacht. Prognosis quoad vitam gut, quoad valetudinem trübe. Therapie: Psychische Beeinflussung, prolongierte lauwarme Bäder, Massage. Innerlich Scopolamin, Hyosciamin, Datura Stramonium. Dubois und Guillain empfehlen Tinct. Arnicae. Sie erzielten dieselben Resultate wie mit Hyosciamin, aber ohne seine toxischen Effekte. Austregesilo Sohn hat gute Resultate mit Trypflavin erreicht. Lhermitte empfiehlt hohe Dosen von Natriumkakodylicum.

Révész (Sibiu).

Guillain, Georges, S. de Sèze et M. Blondin-Walter: Étude clinique et pathogénique de certaines paralysies professionnelles du nerf sciatique poplitée externe. (Klinische und pathogenetische Studie über gewisse Berufslähmungen des N. peroneus communis.) *Bull. Acad. Méd. Paris*, III. s. 111, 633—643 (1934).

Die beiden klinisch sehr ähnlichen Fälle, beide bei Männern, hatten eine durchaus verschiedene Verursachung. Im Falle 1 hat der Erkrankte in stundenlangen Sitzungen bewegungslos für ein Denkmal Modell gegessen, indem er das rechte Bein über das linke Knie schlug. Dabei war der rechte N. peroneus communis durch das linke Knie gegen das Köpfchen der Fibula gedrückt worden. Im 2. Falle mußte ein Schuhverkäufer beim Anprobieren des Schuhwerkes den linken Fuß in Hockstellung unter extremer Beugung des Knies aufsetzen. Dabei quetschte, wie die Kontrolle an Hand eines anatomischen Präparates ergab, die Bicepssehne und die Fibula den Nerven wie zwischen den Armen eines Zirkels ab. In beiden Fällen trat

die Erkrankung des Nerven schon nach einer Schädigung von wenigen Tagen ein und heilte ziemlich rasch wieder ab.

Panse (Berlin).^o

Christ, Andreas: Über Caissonkrankheit, mit besonderer Berücksichtigung einer typischen Erkrankung des Hüftgelenkes. (*Chir. Univ.-Klin., Basel.*) Dtsch. Z. Chir. 243, 132—146 (1934).

Bei den Wehrbauten des Rheinkraftwerkes Kembs wurde über 4 Jahre andauernd im Caisson gearbeitet, und zwar unter einem Überdruck von 2—2,5 Atmosphären. Obgleich sicher entgegen den gewerbehygienischen Vorschriften oft schneller als 1 Minute auf 0,1 Atm. ausgeschleust wurde, sind schwere akute Schädigungen nicht beobachtet worden, vor allem keine spinalen Caissonkrankheiten. Dagegen wurden bei vier Arbeitern Resorptionsherde in Form röntgenologisch nachweisbarer Aufhellungen im Hüftkopfe beobachtet, welche der Verf. als embolisch entstanden ansieht infolge wiederholter zahlreicher Gasembolien. Klinisch bestand leichtes Hinken, Schmerzhaftigkeit und geringe Einschränkung der Beweglichkeit des Hüftgelenkes. Die begleitende Arthritis ist meist geringfügig und sekundärer Natur. Bei allen vier Erkrankten waren starke „Pressionen“ vorausgegangen. Panse (Berlin).^o

Löffler, W.: Über Silikose. (*Med. Univ.-Poliklin., Zürich.*) Schweiz. Z. Unfallmed. 28, 113—141 (1934).

Die Arbeit stellt einen am Fortbildungskurs für Unfallmedizin in Zürich 1933 gehaltenen Vortrag dar und gibt einen Überblick über die heutigen Anschauungen über Entstehungsbedingungen und Pathogenese der Silikose, ihre Symptomatologie und Diagnostik und ihre typischen Komplikationen. Die Arbeit klingt aus in einer Zusammenstellung des Verf. der Leitsätze der Johannesburger Silikosekonferenz 1930. Verf. erläutert unsere Anschauungen und Kenntnisse der Silikose an Hand von 11 Erkrankungsfällen; von 9 Fällen werden in 11 Abbildungen die Röntgenaufnahmen gebracht. In der Schweiz besteht für die Staublungenkrankung noch keine gesetzliche Entschädigungspflicht, jedoch hat die SUVA freiwillig die Entschädigung der Staublungenkrankungen übernommen. Verf. glaubt, daß dadurch medizinisch eine bessere Anpassung der Situation an den Einzelfall bestehe als bei starrer gesetzlicher Regelung, jedoch hält Verf. eine solche für eine unbedingte Notwendigkeit. Den Wert prophylaktischer röntgenologischer Reihenuntersuchungen sieht Verf. nicht so sehr in der Erkennung von Staublungen als vielmehr in dem frühzeitigen Erkennen tuberkulöser Infektionen. Verf. weist mit Nachdruck auf verschiedene, dem Nichtfachmann nicht geläufige Anschauungen hin, so z. B. auf die besondere Gefahr des Naßschleifens, das irrtümlicherweise meist für wenig gefährlich gehalten wird, auf die Gefährdung durch Scheuerpulverstaub und durch Staub bei Arbeiten mit dem Sandstrahlgebläse.

Estler (Berlin).^o

Gudjonsson, Sk. V., und C. J. Jacobson: Todesfall an Silikose. Hosp.tid. 1934, 423—431 [Dänisch].

Bei einem 63jährigen Porzellanarbeiter bestanden seit Jahren Atemnot und katarrhalische Lungenerscheinungen, ohne daß er ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen wollte. Bei einer Reihenuntersuchung des Betriebes wurde bei ihm eine starke Durchsetzung der Lungenfelder mit dichtstehenden, groben Schatten festgestellt. Kurze Zeit darauf wurde er in bewußtlosem Zustande ins Krankenhaus eingeliefert und starb. Die Sektion ergab eine ausgedehnte Verschielung der Lunge, die eine unebene, terrazzo-ähnliche Oberfläche zeigte. Mikroskopisch fanden sich größere oder kleinere Knoten, die von über ganze Lappen sich ausbreitendem, grobem, fibrösem, stellenweise stark hyalinem Bindegewebe umgeben waren. Mikroskopische Untersuchungen ergaben, daß die Einlagerungen im wesentlichen kaolinartige Salze waren. Da keine andere Todesursache zu finden war, so wird die Silikose als einzige Todesursache aufzufassen sein.

H. Scholz (Königsberg i. Pr.).

Kettle, E. H.: The detection of dangerous dusts. (Der Nachweis von gefährlichen Staubarten.) (*St. Bartholomew's Hosp., London.*) Lancet 1934 I, 889—890.

Die Arbeit behandelt die Mitteilung über experimentelle Untersuchungen, die in der Weise angestellt wurden, daß Versuchstieren verschiedene Staubarten in die Luftröhre eingeblasen wurden. Verwendung fanden Kieselsäure, Kaolin, Aluminiumoxyd und verschiedener natürlicher Steinstaub. Nach verschieden langen Versuchszeiten wurden die Lungen und die regionalen Lymphknoten mikroskopisch untersucht. Es gelang in auffällig verschiedenartiger Weise die Reaktion des Gewebes festzustellen. Für die gerichtliche Medizin mag es bedeutungsvoll sein, daß die Schwere der Staub-

schädigung ganz wesentlich von der Art des Staubes und von der Größe des Staubteilchens abhängig ist. Die schwersten Veränderungen setzen kieselsäurehaltige Staubarten.
Schwarzacher (Heidelberg).

Magnin, J.: *La silicose est une fibrose pulmonaire due à l'inhalation prolongée des poussières de silice.* (Die Silikose ist eine durch die ständige Einatmung von Kieselstaub hervorgerufene Lungenfibrose.) (*Soc. d'Études Scient. sur la Tbc., Paris, 13. I. 1934.*) *Revue de la Tbc., IV. s. 2, 282—292 (1934).*

Die Silikose ist eine Krankheit für sich und kann von der Tuberkulose gut abgegrenzt werden. Sie wird durch die andauernde Einatmung von Kieselstaub hervorgerufen. 40 Fällen von mehr oder minder schwerer Lungenfibrose bei den Steinhauern stehen nur 3 Fälle bei den Kohlenauern gegenüber. Die typischen Röntgensymptome sind Doppelseitigkeit und Symmetrie der Veränderungen, Freibleiben der Spitzen, zentrale Rundschatten, verdichtete Lungenwurzeln, zeltförmige Zwerchfellkuppen, schlechte Zwerchfellbeweglichkeit. Eine Verwechslung kann eintreten mit dem Bilde der „kalten Körnelung“ der Lungen. Jedoch sind dabei die mittleren und unteren Abschnitte der Lungen ganz gleichmäßig befallen, außerdem kommen und verschwinden die Knötchen, während die Herde der Silikose bleiben. Wenn gesagt wird, daß bis zum Auftreten der Lungenherde bei der Silikose eine größere Anzahl von Jahren vergehen müssen, während der sich die Steinhauer dem Staub aussetzen müssen, so lehrt doch die Erfahrung, daß schon nach 5, 4, ja sogar 3 Jahren das volle Krankheitsbild sichtbar sein kann. Eine Verminderung der Krankheitszahl hängt nur von den getroffenen hygienischen Vorkehrungen ab. Was das Zusammentreffen von Lungentuberkulose und Silikose anlangt, so ist es zufällig. Der Satz, daß es sich bei der Silikose in Wahrheit um eine durch die Kieselstaubeinatmung veränderte Lungentuberkulose handelt (Polikard), ist in dieser Form falsch. Nur selten sind die Lungenfibrosen bei den Steinhauern tuberkulöser Natur, was auch daraus hervorgeht, daß man bei der Silikose keine Kochschen Bacillen findet und der Tierversuch negativ bleibt. Man kann deshalb bei diesen Lungenfibrosen 3 Typen unterscheiden: 1. Kranke, bei denen eine Tuberkulose bestand, bevor sie der Staubeinatmung ausgesetzt waren; 2. Kranke, bei denen die Staubeinatmung eine Lungenfibrose bewirkt hat ohne aufgepfropfte tuberkulöse Infektion; und 3. Kranke, bei denen auf die vorhandene Silikose ein tuberkulöser Infekt folgt. Gruppe 1 und 3 sind gegenüber Gruppe 2 nur klein. Genaue Statistiken sind aber erwünscht.
Wierig (Hamburg).

Croizier, L., et Edme Martin: *Fibrose pulmonaire chez les mineurs plus spécialement occupés à la perforation et à l'exploitation des roches.* (Die Lungenfibrose der Minenarbeiter, die besonders mit der Sprengung und Zertrümmerung der Felsen beschäftigt sind.) (*Soc. d'Études Scient. sur la Tbc., Paris, 13. I. 1934.*) *Revue de la Tbc., IV. s. 2, 292—298 (1934).*

Die Minenarbeiter sind ihrer Beschäftigung nach in einzelne Gruppen zu teilen. Die Gefahr, die diesen einzelnen Arbeitsgruppen droht, ist nicht gleich groß. Am gefährdesten sind die unmittelbar mit der Zerkleinerung beschäftigten Arbeiter. Auf den Gebrauch mechanischer Staubabsauger ist daher großer Wert zu legen. Röntgenologisch kann man 3 Stadien erkennen: 1. Allgemeine Verstärkung der bronchovasculären Lungenzeichnung; 2. miliare Knötchen und 3. pseudotumorale Formen, die ihrerseits einseitig und doppelseitig sein können. Die Arbeitsdauer im Staub, die notwendig ist, eine Lungenfibrose zu erzeugen, unterliegt starken Schwankungen, so daß eine persönliche Disposition eine große Rolle spielen muß.
Wierig (Hamburg).

Léobardy, J. de, A. Durand et Villoutreix: *La silicose pulmonaire en Limousin.* (Die Lungensilikose in Limousin.) (*Soc. d'Études Scient. sur la Tbc., Paris, 13. I. 1934.*) *Revue de la Tbc., IV. s. 2, 308—311 (1934).*

Die bei den Porzellanarbeitern beobachtete Silikose ist keine reine Form, es handelt sich in der großen Mehrzahl der Fälle um eine Verbindung von Silikose und Tuberkulose,

welch letztere eine langsam fortschreitende, fibröse Form darstellt. Während der 5 Beobachtungsjahre konnte nun festgestellt werden, daß die Tuberkulose der Porzellanarbeiter kein besonderes Gesicht zeigt, nicht häufiger oder gutartiger als die anderer Berufe ist. Der Widerspruch dieser Beobachtung mit denen der übrigen Autoren ist wohl durch die guten hygienischen Verhältnisse in Limousin zu erklären (keine Staubbildung in den Arbeitsräumen!). Dagegen konnte bei 32 Quarzarbeitern eine ausgesprochene Lungenfibrose festgestellt werden, die sämtliche Röntgenzeichen der Silikose bot (miliare Herdbildung, Bilder wie bei käsigen Bronchopneumonien, Pseudotumoren, Spontanpneumothorax).
Wierig (Hamburg).

Minet, Jean, P. Dupire et A. Hayem: Contribution à l'étude radiologique du poumon des mineurs. Images pseudo-tumorales observées chez des mineurs de houille. (Beitrag zur Röntgenologie der Bergarbeiter. Tumoren vortäuschende Bilder, die bei Kohlenbergwerksleuten beobachtet sind.) *Presse méd.* 1934 I, 913—916.

Verff. haben 9 Fälle aus den Kohlenwerken des Nordens und am Ärmelkanal beobachtet, in denen das Röntgenbild Verschattungen zeigte, die zunächst an Tumorenbildung denken lassen mußten. Es zeigte sich jedoch kein Übereinstimmen mit der Topographie der Lappen, auch traten solche Schatten doppelseitig auf. Die Ausdehnung der einzelnen Flecke ging bis zu Handtellergröße. Die Form war abgerundet oder oval, die Verschattung war im allgemeinen dicht, mehr oder weniger homogen, die Konturen teils scharf, teils gezackt mit Überläufen in das benachbarte Gewebe. Eine Größenzunahme konnte jedoch bei mehrfacher Röntgenuntersuchung nie festgestellt werden. Der Rest der Lungenfelder zeigte teils normale Bilder, teils Anzeichen von Emphysem oder peribronchialen Verdichtungen. Die Hauptbeschwerden der Erkrankten bestanden in Atemnot, manchmal kam noch etwas bronchitischer Husten dazu. Die klinischen Symptome sind sehr wechselnd: bronchitis-pulmonäre und pleuritische Krankheitszeichen finden sich in gleicher Häufigkeit oder vereint. Manchmal ist auch der klinische Befund vollkommen normal. Im Auswurf werden nie Tuberkelbacillen gefunden. Es handelt sich um Fälle reiner Anthrasilikose. Die Differentialdiagnose gegen Lungenkrebs ist aber schließlich leicht aus der Verteilung der mehreren Herde, aus dem Nichtwachstum, aus dem Ausbleiben von blutigem Auswurf. Echinococcuscysten können abgelehnt werden wegen der nicht genügenden vollkommenen Schärfe der Konturen. Syphilis war in 8 Fällen durch den negativen Wassermann auszuschalten. Im 9. Fall war eine Vergesellschaftung von Anthracosilikose mit Syphilis vorliegend. Die spezifische Behandlung ließ eine gewisse Aufhellung erkennen. Die anthracosilikotischen Flecke als solche veränderten sich nicht.
H. E. Lorenz (Breslau).

Gudjonsson, Sk. V.: Über das Auftreten von Silikose bei Metallschleifern. (*Direktorium d. Gewerbeaufsichtsamts u. Staatsinst. f. Prakt. Hyg., Kopenhagen.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* 40, 145—149 (1934).

Früher hat Gudjonsson Untersuchungen an Kryolitharbeitern vorgenommen, bei denen die Silikose ziemlich verbreitet ist (Gehalt des Staubes an freier Kieselsäure 3%). Kryolith ist Aluminium-Natriumfluorid. Es war also möglich, daß die Lungenfibrose eigentlich eine Fluorosis und keine Silikosis war. In einer Metallschleiferei ist vermutlich feiner nadelförmiger Metallstaub ätiologisch wichtig. Weiter bestehen die Schleifmittel zum größten Teil aus Mineralien, die teils große Mengen freier Kieselsäure, teils nur Silikate führen (Schmirgel, Al_2O_3 ; Carborund SiC ; ferner Sandstein und Sandpapier aus gemahlenem Feuerstein, Bimstein usw. die große Mengen freier Kieselsäure enthalten). Unter 186 dänischen Metallschleifern wurden bei 51 oder 27,4% Silikose in allen Stadien gefunden, doch hauptsächlich leichten Grades. Die Silikosehäufigkeit hängt in allererster Linie von der Beschäftigungsdauer ab. Es hat den Anschein, daß ältere Personen für Silikose empfänglicher sind als jüngere. Bei den Untersuchten wurde keine röntgenologisch diagnostizierbare frische Tuberkulose gefunden.

Lochte (Göttingen).