

bereitung im Krankenhaus auch etwa 2 Stunden (!) betragen hätte, also ebensoviel wie die Zeit von der zweiten Verweigerung bis zur Operation in der Privatklinik. Auch der Transport könne nicht entscheidend für die Verschlechterung in Frage kommen. Auch ruhig im Bett liegende Frauen mit geplatzter Extrauterinschwangerschaft verbluten sich, wenn nicht rechtzeitig eingegriffen werde. Auf Grund des Sachverständigen-gutachtens (das mit dem letzten, noch eben denkbaren Wohlwollen den Grundsatz: „in dubio pro reo“ vertritt, Ref.) wurde der Gynäkologe freigesprochen. *H. Fuchs.*

Donnedieu de Vabres, H., et M. Duvoir: Quelques considérations sur le droit d'intervenir chirurgicalement. (Einige Betrachtungen über die rechtlichen Grundlagen des chirurgischen Eingriffes.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 8. X. 1934.*) *Ann. Méd. lég. etc.* 14, 725—731 (1934).

Auf Grund allgemeiner Überlegungen und des französischen Rechtes wird untersucht, ob der Geburtshelfer trotz des Einspruches des Vaters berechtigt ist, ein lebendes Kind durch Kaiserschnitt zu entbinden, wenn die Mutter im Sterben liegt, und ob ein Chirurg, der gegen den Willen der Eltern eine Atresia ani bei einem Neugeborenen behoben und so das Kind vor dem sicheren Tode gerettet hat, straf- oder zivilrechtlich zur Verantwortung gezogen werden kann. Die erste Frage wird bejaht, die zweite verneint. *v. Neureiter (Riga).*

Schmitz, Wilhelm: Meldepflicht für Lebend-, Tot- und Fehlgeburten. *Med. Welt* 1934, 1378—1380.

Der Aufsatz ist die Antwort auf die Anfrage eines Geburtshelfers, der mit dem zuständigen Standesamt über die Meldepflicht Streit hatte. Nach dem Runderlaß des Reichsministers des Innern vom 19. 12. 1931 sind 1. Lebendgeborene Kinder Neugeborene, bei denen die (natürliche) Lungenatmung eingesetzt hat; 2. Totgeburten Früchte von mindestens 35 cm Länge, bei denen die (natürliche) Lungenatmung nicht eingesetzt hat; und 3. Fehlgeburten totgeborene Früchte, die weniger als 35 cm lang sind. Das Standesamt hatte die Meldung von 35 cm langen Zwillingenfrüchten verlangt, die nach der Auskunft des Geburtshelfers ein „gewisses Leben“ gezeigt hatten, aber keine natürliche Lungenatmung. Sie fallen nach dem angeführten Erlaß unter Ziffer 3. In erbrechtlicher Hinsicht kann die Eintragung in das Standesregister im Prozeßverfahren angefochten werden. Der Erlaß des RM. ist eine Verwaltungsvorschrift, an die das Prozeßgericht in bezug auf den Begriff „Lebendgeburt“ nicht gebunden ist.

Giese (Jena).

Butler, P.: Zur Kurpfuscherfrage. *Sv. Läkartidn.* 1934, 1009—1014 [Schwedisch].

Verf. weist auf die Inkonsequenz in der schwedischen Gesetzgebung hin, daß das Recht zu ärztlicher Tätigkeit ausdrücklich auf gewisse Personen (praktisch nur die staatlich geprüften und zugelassenen Ärzte) beschränkt ist, während die Strafbestimmungen bei Überschreitung dieser Beschränkung (Kurpfuscherei) nur die Behandlung gewisser Krankheiten oder eine Behandlung berühren, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit des Behandelten bedeutet. Verf. betont, daß die Tätigkeit der Kurpfuscher im allgemeinen schädlich ist und fordert als das einzig Konsequente ein Totalverbot der Kurpfuscherei mit Strafbestimmungen für jede ungesetzlich ausgeübte ärztliche Tätigkeit.

Einar Sjövall (Lund).

Versicherungsrechtliche Medizin.

● **Handbuch der gesamten Unfallheilkunde.** Hrsg. v. Fritz König u. Georg Magnus. Bd. 4. Stuttgart: Ferdinand Enke 1934. VIII, 827 S. u. 60 Abb. RM. 79.—

Der 4. und letzte Band des Werkes enthält die Kapitel über Wirbelsäule, Nervensystem, Sinnesorgane, Hals, Brustkorb, Brusteingeweide, Bauchdecken, Baucheingeweide, Haut- und Blutkrankheiten. Bearbeitet sind diese einzelnen Abschnitte von Magnus, Warner, Borchard, Loesmann, Rostock, Reichardt, Scheerer, Marx, Steurer, Purrucker, Stahnke, Brüggemann, Bruhn, Kehl, Störmer, Rost, von Rettwitz, Bartsch, A. W. Fischer, Scheele, Poch, A. Mayer, Koelsch und Schilling. In sämtlichen Abschnitten werden alle unfallmedizinischen Probleme, insbesondere auch die der Begutachtung, eingehend und klar behandelt.

Besonderes gerichtsärztliches Interesse beanspruchen die Kapitel Unfall und Rückenmark, Unfall und periphere Nerven, Schädel, Hirn und Hirnhäute, Nerven- und Geistesstörungen nach Hirnverletzungen, Unfall und Herz, Bauchwandhernien und Bauchfell, weibliche Geschlechtsorgane und Unfall, Hautkrankheiten. Es ist im Rahmen einer kurzen Besprechung nicht möglich, auf alle gerichtsärztlich bedeutsamen Einzelheiten, die in diesem Teil des Handbuches dargestellt sind, einzugehen. Jedes Kapitel enthält wichtige Hinweise für die Begutachtung. Als Beispiel dafür, welche enge Beziehungen das vorliegende Handbuch zur gerichtlichen Medizin hat, sei nur auf das Kapitel XXVIII, Weibliche Geschlechtsorgane und Unfall, von A. Mayer, Tübingen, hingewiesen, welches allein fast 60 Seiten umfaßt und neben vielen anderen, uns sehr interessierenden Fragen die vorzeitige Schwangerschaftsunterbrechung durch Unfall besonders ausführlich und klar erörtert. Nicht nur für die unfall-medizinische Gutachterstätigkeit, sondern auch für die gerichtsärztliche Praxis im engeren Sinne bildet das Handbuch mit seinen 4, in rascher Folge erschienenen Bänden ein wertvolles Nachschlagewerk. Müller-Hess (Berlin).

Adler, Alexandra: Beitrag zum Problem der Unfallhäufung. (*Neurol. Psychiatr. Klin., Univ. Wien.*) Wien. med. Wschr. 1934 I, 293—295.

Adler hatte in einer früheren Arbeit die psychologische Struktur von 100 Arbeitern untersucht, die gehäufte Unfälle erlitten hatten, und diese in 7 Gruppen eingeteilt. Eine davon war charakterisiert durch Arbeiter, in deren Leben sich eine ständige Jagd nach dem besten Platz zeigte, die den Ehrgeiz hatten, auch im Betriebe immer die ersten zu sein. Diese Einstellung führte oft zu unnützen Handlungen und damit zu Unfällen. Zum Vergleich bringt A. das Beispiel eines Akademikers, der begabt und körperlich gewandt von Kindheit an bestrebt war, durch sportliche Rekordleistungen die Aufmerksamkeit seiner Umgebung auf sich zu lenken. Nachdem er im Alter von 5 Jahren den ersten ernstesten Unfall durch Sturz von einem Dache erlitten hatte, reihten sich im Verlaufe seines Lebens bis zum Alter von 50 Jahren mehrere Dutzend Unfälle beim Turnen, Reiten, Schwimmen, Fliegen, Kraftfahren usw. an. Auch eine Poliomyelitis anterior, die eine Lähmung der Beine zur Folge hatte, setzte diesem Betätigungsdrang kein Ziel, während er im Hauptberuf versagte. Der Akademiker gehört also in seinem seelischen Aufbau — Geltungsbedürfnis der Persönlichkeit — zu derselben Gruppe der Unfälle wie die obenerwähnte Arbeitergruppe. (Vgl. diese Z. 18, 114 [Adler, Brezina u. Wastl].) Giese (Jena).

Grundler †, Wilhelm: Untersuchungen zur Typologie des Unfällers in der Eisen- und Stahlindustrie. (*Psychotechn. Laborat., Techn. Hochsch., Stuttgart.*) Arb.physiol. 8, 97—133 (1934).

Verf. gibt zunächst eine klare Analyse der Disposition zu Unfällen: Mehrere = Menschen, die mindestens 4 mal (maximal in dem vorliegenden Material: 14 mal, im Durchschnitt: 5 mal) einen Unfall erlitten. Man kann die „Infortunitäten“, d. h. die Gesamtheit der Unglücksfälle und Unfälle einteilen in 1. Calamitates, d. s. Unglücksfälle, die einem Individuum durch fremde (auch höhere) Gewalt, also durch außerhalb der Beeinflussbarkeit von seiten seiner Person liegende Umstände zustoßen und in 2. Casus habitatis. Letztere zerfallen in a) Casus actionis solius = Unfälle, die ein einzelnes Individuum bei aktivem Verhalten unmittelbar erleidet; b) Casus actionis collectivae = Unfälle, die einem Individuum bei aktiver Beteiligung an einer kollektiven Arbeit zustoßen; c) Casus amovendi = Unfälle, die im Verlauf von Unglücksfällen oder Katastrophen das ihnen begegnende Individuum infolge einer Insuffizienz erduldet und d) Casus legis neglectae = Unfälle, die ein Individuum infolge fahrlässiger Nichtbeachtung elementarer Unfallverhütungsvorschriften betreffen.

Verf. findet in seinem Material aus der Eisen- und Stahlindustrie, daß über die Hälfte der durch die Affinität bedingten Unfälle (= Gruppe 2) Casus actionis solius sind; alsdann folgen die Casus amovendi. — Die Untersuchung der Häufigkeit der Unfälle in Beziehung zu den Monaten, Wochentagen und Tageszeiten ergibt folgendes: für allgemeine Unfälle ein Maximum im Winter, für Mehrere drei Unfallgipfel (im Februar, Mai und Juli). Ein Zusammenhang zwischen Alkoholgenuß und Unfallhäufung besteht nicht (in Übereinstimmung mit Didier). Unter den Wochentagen steht der Freitag an erster Stelle hinsichtlich der Unfallhäufigkeit. Im allgemeinen verläuft die Kurve für die dispositionellen Unfälle so, wie es nach dem Ermüdungsgrad zu erwarten ist. Dieser dürfte jedenfalls einen Hauptfaktor für die Häufung von Unfällen darstellen. — Die Tageskurve der Unfallhäufigkeit bei Mehreren

zeigt zwei Gipfel: zwischen 10 und 11 Uhr vormittags und zwischen 15 und 16 Uhr nachmittags, d. h. jedesmal nach der Nahrungsaufnahme (erhöhte Ermüdung durch Mehrarbeit der Verdauungsorgane wirkt unfallfördernd). — Die Auswertung des Materials im Hinblick auf die Betriebsart ergab in der Eisen- und Stahlindustrie die besondere Gefährdung in Maschinenfabriken und selbständigen Gießereien. Besonders hoch ist der Prozentsatz der ungelernen Mehrer gegenüber den angelernten: Siebung durch die Lehre bzw. Anlernung (in Übereinstimmung mit Hauck: Erlernen eines Berufes wirkt stark vermindernd auf die Unfallziffer). Wichtig ist ferner die Beachtung der Situationen, in denen sich die Unfälle ereignen. Nur 52,4% der Casus habitatis entfallen auf die Arbeit an Maschinen und Geräten, 31,4% auf Handlungen außerhalb des Arbeitsprozesses und 16,2% auf bloßen Verkehr am Arbeitsplatz. Die Unfälle in den gewerblichen Betrieben sind keine berufstypischen Unfälle. — Als psychische Faktoren müssen im Hinblick auf die Unfalldisposition berücksichtigt werden: Aufmerksamkeit, Vorsicht, Sorgfalt, Geistesgegenwart, Reaktionsgeschwindigkeit. — Weiterhin prüfte Verf. die Häufigkeit verschiedener Verletzungsarten und die Beziehungen zwischen Unfalldisposition und Situation. (Der disponierte Unfälle ist „unfallgeboren“, vgl. Marbe). — Aufbauend auf seinen statistischen Ergebnissen arbeitete er sodann experimentell-psychologische Methoden aus, um die Mehrer von den Einsern bzw. Nullern — d. h. den nicht zu Unfällen Disponierten — zu unterscheiden. Seine Verfahren beruhen einmal darauf, die etwaige motorische Insuffizienz des Untersuchten zu erkennen, indem er den Betreffenden in eine unfallgefährdete Situation brachte, in der er sich der Fremdmotorik einer Maschine anzupassen hatte. Andererseits ließ er — in der Gefahrzone (experimentell) — am unbewegten Objekt arbeiten, wobei sich eine etwaige Unzulänglichkeit der räumlichen Anpassung (infolge „stationärer Rauminsuffizienz“) herausstellen mußte. 6 von den vom Verf. erprobten Verfahrensarten, die in der vorliegenden Arbeit im einzelnen geschildert werden, erwiesen sich als praktisch brauchbar. *Ehrismann (Berlin).*

Schweighäuser, Franz: Die Ärztekommision in der Privatunfallversicherung. Ärztl. Sachverst.ztg 40, 264—268 (1934).

Dem Schiedsgericht der Z. P. O. ist eigentümlich die Unterordnung von Tatsachen unter Rechtsbegriffe, die Erledigung des Rechtsstreites erfolgt wie durch ein ordentliches Gericht. Beschränkt sich die Tätigkeit der Schiedsrichter auf die Feststellung von Tatsachen, so sind sie nicht Richter, sondern Sachverständige, und der Schiedsvertrag ist ein Schätzungsvertrag. Diese Definition trifft auf die Ärztekommision zu. Deren Spruch kann aus sachlichen und formellen Gründen vor Gericht angefochten werden. Weitere Einzelheiten müssen im Original, das sich zu kurzem Referat nicht eignet, nachgelesen werden. *Giese (Jena).*

Hallermann, W.: Ertrinkungstod als entschädigungspflichtiger Unfall im Sinne der privaten Unfallversicherungen. (Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Berlin.) Ärztl. Sachverst.ztg 40, 216—223 (1934).

Nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Unfallversicherungen sei der Unfallbegriff erfüllt, wenn der Versicherte durch ein plötzliches von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Demnach sei der Ertrinkungstod des Nichtschwimmers immer als Unfall anzusehen, der des Schwimmers nur, wenn dieser unfreiwillig in das Wasser gestürzt sei. Der Badetod des Schwimmers hingegen könne nur dann als Unfall angesehen werden, wenn er den oben erwähnten Bedingungen entspräche, was zumeist nicht der Fall sei. Auszuschließen seien alle Ertrinkungstodesfälle, die durch innere im Körper des Versicherten gelegene Ursachen verursacht worden seien, z. B. Preßatmung, Ohnmachten, Kollapse, Shock- und allergische Wirkungen. Die Ansicht des Reichsgerichtes wie anderer Autoren, daß das Eindringen des Wassers in jedem Falle vom Ertrinken ein von außen auf den Körper einwirkendes, plötzliches, nicht gewolltes Ereignis, also einen Unfall darstelle, sei abwegig, denn es müsse immer nach den ersten, veranlassenden Ursachen geforscht werden, die zumeist in inneren körpereigenen Zuständen zu suchen seien. Auch die Aspiration von Mageninhalt sei dabei belanglos, da sie zumeist auf vollem Magen oder falscher Vagussteuerung beruhe oder auch einen sekundären Befund beim Ertrinken aus anderen Ursachen darstelle. Da nach allgemeinem Rechtsgrundsatz den Beweis der zu erbringen habe, der einen von dem typischen Geschehensverlaufe abweichenden Ausnahmefall behaupte, habe beim Ertrinkungstode des Schwimmers im allgemeinen der Versicherte die Beweislast zu tragen. Bei der Schwierigkeit

der Entscheidung könne diese nur durch Sektion durch den gut vorgebildeten Sachverständigen getroffen werden. Trotzdem werde es immer Fälle geben, die eine klare eindeutige Beurteilung verbieten, und eine Kompromißlösung etwa beschränkte Leistungspflicht seitens der Versicherung rechtfertigen. Nach Erfahrungen des Ref. sind Alkoholuntersuchungen u. U. wichtig. *Nippe* (Königsberg i. Pr.).

Zanger, H.: Über den Nichtbetriebsunfall. Schweiz. med. Wschr. 1934 II, 754 bis 756.

Infolge Zunahme der Nichtbetriebsunfälle und ihrer oftmals schwierigen Entscheidung erweist sich eine sorgfältige und genaue Untersuchung als sehr notwendig. Es werden eine Anzahl einschlägiger Fälle mitgeteilt, bei denen die Sektion entgegen einem behaupteten Nichtbetriebsunfall eine natürliche Ursache für den Tod constatieren konnte und Fälle von anscheinend spontanem plötzlichen Tod, bei denen die Untersuchung ein vorausgegangenes Trauma ergab. *Schönberg* (Basel).

Zollinger: Erfahrungen der Versicherung bei Nichtbetriebsunfällen. Schweiz. med. Wschr. 1934 II, 756—757.

Verf. zeigt an Hand von statistischen Angaben die Zunahme der Nichtbetriebsunfälle und betont ihre Bedeutung für die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt. *Schönberg* (Basel).

Herrmann, A.: Selbstbeschädigung zur Erlangung von Rente. (*Univ.-Klin. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkranke, Gießen.*) Z. Laryng. usw. 25, 172—177 (1934).

Verf. berichtet über einen Fall, in welchem sich ein Mann in die Haut der Stirn und Schläfe in zeitlichen Abständen zahlreiche Metallsplitter eingeführt hatte, um eine Unfallrente zu erlangen. Erst bei der dritten klinischen Untersuchung führte er sein Leiden — Eiterung in der Nase und deren Nebenhöhlen — auf einen Unfall zurück, den er 6 Monate vorher, im August 1927, erlitten habe und der darin bestanden haben soll, daß eine 8 kg schwere Gießpfanne gegen die Stirn schlug. Bereits tags darauf waren Kopfschmerzen aufgetreten, die im Laufe der Zeit stärker wurden. Auch später beharrte er immer wieder darauf, daß es sich um Folgen des angeblichen Unfalls handle. Ein späterer Unfall wurde negiert. Gutachtlich wurde nun auf Grund der Untersuchung und der sich fortwährend widersprechenden Angaben ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Erkrankung mit dem angeblichen Unfall abgelehnt. Ausschlaggebend hierfür war der Umstand, daß Röntgenaufnahmen 1928 und 1930 keine Fremdkörper in der erwähnten Gegend ergaben, während bei einer späteren Röntgenuntersuchung zahlreiche Metallsplitter konstatiert wurden. Verf. weist auf die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung in solchen Gutachtenfällen hin. *Dittrich* (Prag).

Jentzer, A.: Un cas unique de supercherie à gros rendement découvert par la radiographie et confirmé par l'intervention chirurgicale. (Betrug durch Kräuterkur bei Gallensteinleiden, seine Entdeckung durch Röntgenaufnahme und Bestätigung durch operativen Eingriff.) Bull. Soc. nat. Chir. Paris 60, 720—722 (1934).

68jährige Kranke, die seit 15 Jahren an Gallensteinen leidet. Seit Juli 1933 Behandlung durch „deutschen Kräutermann“ mit Arzneigetränken. Dieser empfiehlt, bei jedem Anfall eine neue Kräuterkur zu machen und erklärt in raffinierter Weise, daß sein Heilmittel dann die Gallensteine ausscheide, aber nicht die Kraft habe, Neubildungen zu verhindern. Abgang zahlreicher leicht zerdrückbarer „Steine“ von verschiedener Form und Größe bei gleichbleibendem Röntgenbefund von 2 Gallensteinen vor und nach der Kur. Gewichtsverlust; Januar 1934 wieder Anfälle, Druckempfindlichkeit. Chirurgischer Eingriff empfohlen. Pat. will jedoch vorher noch Kräuterkur machen. 2 Tage danach Ausscheidung dunkelgrüner Massen mit dem Stuhlgang, die leicht zerreibbar sind und Gallensteinen zum Verwechseln ähnlich sehen, aber bei chemischer Untersuchung weder Kalk noch Gallenfarbstoffe enthalten. Röntgenuntersuchung: 2 Steine noch immer vorhanden, die operativ entfernt wurden. *Buhtz* (Heidelberg).

Baisi, Vincenzo: Lo studio del cammino all'indietro nella fisio-patologia del lavoro e nella semeiotica medico-legale. (Das Studium des Ganges nach rückwärts im Rahmen der Physiopathologie der Arbeit und der gerichtlich-medizinischen Semiotik.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Siena.*) (*5. rivm. d. Assoc. Ital. di Med. Leg., Roma, 1.—4. VI. 1933.*) Arch. di Antrop. crimin. 53, 1249—1254 (1933).

Beim Gange nach rückwärts zeigen sich bei Beschädigungen der Gelenke der unteren Extremität Verschiedenheiten in Abhängigkeit vom empfundenen Schmerz.

Die genaue Beobachtung dieser Gangart ermöglicht daher eine Urteilsbildung über die tatsächlich vorhandene Schmerzempfindung. v. Neureiter (Riga).

Bing, Robert: Kausalgie. Schweiz. Z. Unfallmed. 28, 203—205 (1934).

Die Kausalgie, die durch einen brennenden kontinuierlichen Schmerz mit Trockenheit der Haut und schweren vasomotorischen oder trophischen Störungen charakterisiert ist, gehört in die Gruppe der sympathischen Algien und wird besonders zu Kriegszeiten nach Nervenverletzungen beobachtet. Der hierbei auftretende Schmerz stellt kein irritatives Phänomen dar, sondern ist bedingt durch eine Enthemmung peripher-sensibler Apparate. Zu Unrecht werden diese Zustände gelegentlich der Psychoneurose zugezählt. Schönberg (Basel).

Nudelman, Santiago I.: Brustkrebs. Lebensversicherung. Gerichtlich-medizinische Betrachtungen. (Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 11. VII. 1934.) Archivos Med. leg. 4, 242—249 (1934) [Spanisch].

Eine Frau hatte eine Lebensversicherung abgeschlossen. Der Arzt der Versicherungsgesellschaft hatte ihren Gesundheitszustand festgestellt. Am Tage der Aushändigung untersuchte sie der Hausarzt und stellte einen Krebs der linken Mamma fest. 10 Monate später starb die Frau. Als Todesursache wurde eine den Tumor komplizierende Bronchopneumonie angegeben. Darauf verweigerte die Gesellschaft die Auszahlung der Versicherungssumme mit der Begründung, die Verstorbene habe seinerzeit ihr Leiden verheimlicht. In einem ausführlichen Gutachten wies Verf. auf die Schwierigkeiten hin, die die Diagnostizierung eines beginnenden Brustkrebses selbst für den Arzt habe, vom Laien könne man um so weniger die Erkennung des Leidens verlangen. Ganter (Wormditt i. Ostpr.).

Frank, Erwin: Der Ausgleich eines erhöhten Risikos in der Lebensversicherung durch entsprechende Klauseln und ein hieraus sich ergebender Rechtsstreit bei vorzeitigem Tode des Versicherten. (Oberversicherungsamt, Berlin.) Ärztl. Sachverst.ztg 40, 257—264 (1934).

Ein 25-jähriger Gutsbesitzer schloß eine Lebensversicherung ab. Da infolge eines früheren Gelenkrheumatismus eine Mitralinsuffizienz zurückgeblieben war, erfolgte die Versicherung unter der Vereinbarung, daß eine jährweise Staffelfung der im Todesfalle zu zahlenden Versicherungssumme festgesetzt wurde. Die ganze Summe — 200000 RM — sollte nur gezahlt werden, wenn der Tod durch eine gewaltsame Einwirkung, Unfall oder bestimmt bezeichnete Infektionskrankheiten herbeigeführt würde, darunter war auch Blutvergiftung angeführt. Der Versicherte starb mit 28 Jahren im 3. Versicherungsjahr an Endokarditis lenta. Die Erben erhoben Anspruch auf Zahlung der ganzen Summe mit der Begründung, daß der Tod an Blutvergiftung erfolgt sei. Frank führte in seinem Gutachten im Gegensatz zu einem anderen Gutachter aus, daß unter Blutvergiftung im Sinne des Vertrages eine frische Infektion mit stürmischem Beginn und Verlauf zu verstehen sei, daß dagegen die Endokarditis lenta als eine schleichend verlaufende Krankheit anzusehen sei, die bei dem Verstorbenen auf dem Boden der früheren Herzerkrankung wieder aufgeflackert sei, und deren Keime er in seiner chronischen Mandelentzündung ständig getragen habe. Das LG. und das KG. schlossen sich dieser Auffassung an und wiesen die Klage ab. Das KG. betonte besonders noch, daß nach dem Sinne der Klauseln gerade eine Mitwirkung des früheren Herzleidens ausgeschlossen sein sollte. Schuld an dem Rechtsstreit war die ungenaue Fassung der „besonderen Bedingungen“. Giese (Jena).

Stier, Ewald: Wie kann der behandelnde Arzt die spätere Begutachtung von Kopfverletzungen unterstützen? Med. Welt 1934, 1190—1193.

Der erstbehandelnde Arzt soll möglichst genaue Angaben über den Hergang und die ersten Folgen des Unfalles geben. Eine schriftliche Fixierung des Berichtes ist unbedingt erforderlich, um spätere Erinnerungsfehler des Arztes zu vermeiden. Genaueste Befundangaben über die Art der vorgefundenen Verletzungen, aus denen der spätere Begutachter Rückschlüsse über Ort der Läsion und Richtung des Stoßes machen kann, sind erforderlich, ebenso Röntgendurchleuchtung des Schädels selbst bei leichteren Verletzungen. Weiterhin muß der Bericht Angaben über die Funktion der inneren Organe enthalten und möglichst von Anfang an ein Nerven- oder Ohrenarzt zugezogen werden. Besonders ausführlich äußert sich Stier über die Bedeutung der Diagnose, die oft zu leichtfertig gestellt wird; dies gilt besonders für die Hirnerschütterung. Am Ende der Behandlung ist ein ausführlicher Schlußbefund durch den Arzt zu geben. Esser (Bonn).

Beiglböck, Wilhelm: Trauma und Hochdruck. (I. Med. Univ.-Klin. u. Unfallkrankehen., Wien.) Z. klin. Med. 127, 144—148 (1934).

Ein 29-jähriger Arbeiter erleidet durch Sturz auf vereistem Boden einen Stoß gegen den Schädel in der Gegend der Kranznaht, der von einer leichten Gehirnerschütterung gefolgt ist.

Bei der Aufnahme im Krankenhaus wurde Blutdruck von 250 mm Hg festgestellt, bei normaler Nierentätigkeit. Keine Steigerung des Liquordruckes, Grundumsatz normal, auf Blutentziehung kein Druckabfall; eine geringe Hypertrophie des linken Ventrikels wird auf den Beruf als Schwerarbeiter bezogen. Da wenige Monate vor dem Unfall eine genaue Untersuchung keinen Anhaltspunkt für eine Erkrankung der Kreislauforgane ergeben hat, wird als Ursache der plötzlichen Blutdrucksteigerung eine zentrale Läsion in der Gegend des Hypothalamus angenommen.

Giese (Jena).

Ritter, A.: Kasuistischer Beitrag zur Frage der traumatischen Entstehung von multiplen Hirntumoren. Glioblastoma multiforme traumaticum des Frontallhirsns. (Thurgauisches Kantonsspital., Münsterlingen/Schweiz.) Mschr. Unfallheilk. 41, 396—402 (1934).

Ein Fall, der die traumatische Entstehung eines Glioms beweisen soll: Ein 39jähriger Mann erleidet eine linksseitige offene Stirnbeinfraktur mit Austritt von Hirnmassen sowie eine linksseitige geschlossene Schläfen- und Scheitelbeinfraktur. Nach 3 $\frac{1}{2}$ Monaten Auftreten epileptischer Anfälle, 4 $\frac{1}{2}$ Monate nach dem Unfall Tod im Koma unter Hirndruckerscheinungen. Die Sektion ergibt: Im Bereich der Stirn bogenförmig von der einen Orbita zur andern ziehende, noch nicht verheilte Frakturlinie. Von ihr aus nach links horizontal verlaufend eine zweite Frakturlinie durch die Schuppe des Schläfenbeins hindurch bis ins Os parietale. Dieses ist leicht imprimiert. Am Treffpunkt beider Frakturlinien kleine Lücke im Schädel. Dieser Stelle entsprechend im linken Frontallappen des Großhirns eine gelbliche, etwas eingezogene Narbe. Im rechten Frontallappen an der Außenseite der Konvexität eine kastaniengroße Geschwulst und ebenfalls im rechten Frontallappen an der medialen Fläche in der Fissura longitudinalis eine zweite mandarinengroße Geschwulst. Mikroskopisch handelt es sich bei beiden Geschwülsten um Glioblastoma multiforme. Ritter glaubt, daß die Gliome durch das Schädeltrauma entstanden sind: 1. weil der Unfall einwandfrei erwiesen sei, 2. weil der Unfall ein erheblicher war, 3. weil die klinischen Erscheinungen der Geschwulst in entsprechender Zeit nach dem Trauma auftraten, 4. weil es sich histologisch um ein Gliosarkom gehandelt habe, 5. weil der Ort der Gewalteinwirkung mit dem Sitz der Geschwülste übereinstimme. (Letzteres ist nach Ausweis des Sektionsprotokolles nicht richtig. Ref.) Wrede.

Doese, Martin: Beitrag zur Frage der traumatischen Entstehung einer Hirngeschwulst. (I. Inn. Abt., Städt. Krankenh., Berlin-Neukölln.) Ärztl. Sachverst.ztg 40, 202—208 (1934).

14jährige Schülerin erlitt angeblich im Dezember 1930 einen Wurf mit Schneeball auf das rechte Auge. Kurze Zeit Schmerzen, Januar und Februar 1931 beträchtliche Rötung des Auges, besonders nach Schwimmbädern. Wegen Trübung des Auges und schlechten Sehens Mitte März 1931 Beginn ärztlicher Behandlung. Sehschärfe rechts $\frac{1}{100}$. Innendruck erhöht, starke Hornhauttrübung. Ende März 1931 Behandlung in Augenabteilung. Iridektomie und zweimalige Punktion der vorderen Kammer ohne nachfolgende Besserung. Operation war wegen getrüübter Hornhaut und grauer Knötchen am Saum der Iris, Drucksteigerung und Gesichtsfeldeinengung u. a. vorgenommen worden. Mitte Mai 1931 Entlassung nach gutachtlicher Äußerung, daß grüner Star infolge Luxation der Linse nach Verletzung durch Schneeballwurf vorgelegen habe. In Universitätsaugenklinik Berlin gutachtlicher Befund: Schneeballverletzung mit Subluxatio lentis und Drucksteigerung, ohne Schmerzen verlaufen, Herabsetzung der Sehschärfe erst nach 3 Monaten; sekundäres Glaukom. Bis Mai 1933 keine stärkeren Beschwerden. Der Rat, den Bulbus entfernen zu lassen, wurde nicht befolgt. Dann trat zeitweise das Auge mehr hervor, besonders während der Menstruation und bei stärkerer Lichtfülle. Gewichtsabnahme bis Oktober 1933 um 15 kg. Trägheit, Würgeiz, Störung der Periode, zunehmende Schwäche. 26. XII. 1933 plötzliche Verschlimmerung. (Unruhe, Hirnervenstörung, schwer gestörtes Verständnis, stärkeres Hervortreten des Auges.) Es wurde nach Lumbalpunktion eine Besserung erzielt. Diagnose auf Tumorverdacht mit Druck auf die Hypophyse bzw. das Infundibulum derselben. Nach kurzer Besserung schwerere Reizerscheinungen des Stirnhirns, Gewichtsabnahme. Februar 1934 operative Entfernung des Bulbus, im Gewebe dahinter Feststellung von Geschwulstgewebe vom Charakter eines sarkomatösen Glioms. 12. IV. 1934 Exitus. Sektionsbefund: Gliosarkom bzw. sarkomatöses Gliom des Sehnerven mit teils knotiger, teils (nach hinten zu) mehr gleichmäßiger Verdickung. Überschreitung der Grenze der Dura durch den zellreichen Tumor. Im Fett- und Narbengewebe an verschiedenen Stellen bräunliche Pigmentierung (von Trauma oder Operation herrührend? Ref.).

Unter Anführung der Geschwulsttheorien in gedrängter Weise und hauptsächlich der Benekeschen Anschauungen wird der Zusammenhang der Geschwulstbildung mit dem (sicher erwiesenen?) Trauma mit Wahrscheinlichkeit angenommen. Walcher.

Nordmann, Martin: Die posttraumatische Epilepsie bei der Beurteilung der Zusammenhänge zwischen Unfall und Tod. (Path. Inst., Städt. Krankenh., Hannover.) Ärztl. Sachverst.ztg 40, 271—272 (1934).

Verf. tritt dafür ein, daß bei Todesfällen auch im Status epilepticus nach post-

traumatischer Epilepsie durch die Obduktion der Anteil eines Unfalles am Tode geklärt wird. Es werden 2 Fälle mitgeteilt, in denen die Obduktion erwies, daß das Schädeltrauma am Tode nicht schuld war, so daß in beiden Fällen Tod als Unfallsfolge abgelehnt werden mußte.

Im 1. Falle Sturz auf den Hinterkopf vor 11 Jahren. Bis zum Tode bestand ausgesprochener Status epilepticus. Die Sektion ergab eine Narbe am Hinterkopf, darunter eine alte Eindellung der Schädelkapsel sowie eine alte, teilweise cystische Narbe im linken Stirnhirn. Daneben u. a. schwere Lues der Aorta mit Verengerung der Abgangsstellen der Kranzarterien. Im 2. Falle vor 10 Jahren Splitterverletzung im Schädel durch das abgeschleuderte Schloß eines Treibriemens. Jahrelang bestand posttraumatische Epilepsie. Tod im epileptischen Anfall, jedoch nicht eine Folge der Epilepsie, sondern Folge eines schweren Herzfehlers. *Dittrich.*

Giménez Zapiola, Jorge: Subjektiver Symptomenkomplex nach Pierre Marie. *Rev. Criminologia etc.* **21**, 168—171 (1934) [Spanisch].

Der 27 Jahre alte Mann hatte einen Schädelbruch erlitten mit Bewußtlosigkeit, linksseitiger peripherer Facialislähmung und Ausfluß aus dem Ohr. Als er nach 3 Tagen das Bewußtsein wieder erlangte, fanden sich auf der verletzten Seite Verlust des Gehörs, Geschmacksstörungen in den vorderen $\frac{2}{3}$ der Zunge und vasomotorische Störungen am Ort der Gewalteinwirkung. Die Untersuchung nach 20 Monaten ergab den von Pierre Marie für die Spätfolgen der Schädelverletzung bezeichneten Symptomenkomplex: Gehörsverlust, Herabsetzung der Merkfähigkeit, lokale Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Charakterveränderung. Verminderung der Arbeitsfähigkeit 70%.

Ganter (Wormditt i. Ostpr.).

Hanon, Julio L., und Federico Bonnet: Binokuläres Sehen. Gerichtlich-medizinische Betrachtungen. (*Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 11. VII. 1934.*) *Archivos Med. leg.* **4**, 250—253 (1934) [Spanisch].

Ein Elektriker erlitt einen elektrischen Unfall, wobei das linke Auge verletzt wurde. Die Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit wurde zu 28% festgesetzt, womit der Verletzte nicht zufrieden war. Nach dem Gutachten der Verff. war die Sehschärfe des betreffenden Auges um 33,3% vermindert (nach der Skala von Wecker). Praktisch war dies Auge vom binokularen Sehen ausgeschlossen, und da die Akkommodation auf Licht und die Nähe gelitten hatte, störte dies Auge beim Sehen geradezu das gesunde Auge. Der Verletzte ist demnach zu entschädigen wie beim vollen Verlust des Auges, also nach argentinischem Gesetz mit 42%.

Ganter (Wormditt i. Ostpr.).

Gutzeit, R.: Unfallverletzungen des Auges und ihre Begutachtung. (*Johanniter-Krankenh., Neidenburg, Ostpr.*) *Mscr. Unfallheilk.* **41**, 402—409 (1934).

Hornhautgeschwüre werden von Kranken oft als traumatisch entstanden bezeichnet, während z. B. falsch stehende Wimperhaare oder Trachom die wirkliche Ursache sind. Umgekehrt finden sich Hornhautgeschwüre infolge von Fremdkörpern, von deren Eindringen der Kranke nichts weiß. Wie schädlich unzweckmäßige Laienbehandlung sein kann, zeigte ein 19jähriger Arbeiter, der sich wegen Erde, die ihm ins Auge geflogen war, dieses 2mal von einer alten Frau auslecken ließ. Die Folge war ein harter Schanker der Augapfelbindehaut. Der Nystagmus der Bergarbeiter verschwindet nach Aufgabe der Untertagearbeit wieder, wenn keine wesentlichen Brechungsfehler oder -unterschiede der Augen, Muskelgleichgewicht, gutes körperliches Sehen und Dunkeladaptation bestehen. Zur Verhütung des Nystagmus ist eine entsprechende Auslese der Grubenarbeiter erforderlich. Die selbständige Netzhautablösung ist sicher sehr viel häufiger als die traumatische; letztere darf daher nur aus ganz zwingenden Gründen als die wahrscheinlichere gelten. *Giese (Jena).*

Schmeichler, Ludwig: Zur Frage des Operationszwanges bei Unfallgeschädigten unter besonderer Berücksichtigung von Verletzungsfolgen am Auge. *Z. Augenheilk.* **84**, 34—43 (1934).

Verf. nimmt eingehend Stellung zu der gleichnamigen Publikation von P. Wätzold (†) aus 1933. (Vgl. diese Z. **21**, 257.) Die Leitsätze, welche Wätzold am Schluß seiner Abhandlung aufstellte, hält Verf. theoretisch für richtig. Praktische Gesichtspunkte lassen es aber angezeigt erscheinen, nach Augenverletzungen einen Operationszwang auf die gegen Unfall versicherten Personen nur in dringendsten Fällen auszuüben, jedenfalls in Österreich, dessen Unfallgesetzgebung von der deutschen in manchen Punkten abweicht. *Junius.°°*

Stursberg, H.: Zur Beurteilung der Zuckerkrankheit nach Unfall. (*Inn. Abt., St. Johannes-Hosp., Bonn.*) *Dtsch. med. Wschr.* **1934 I**, 981—982.

Umber lehnt auf Grund von Zwillinguntersuchungen die traumatische Ent-

stehung der Zuckerkrankheit ab. Hiergegen wendet sich Verf. unter Hinweis darauf, daß nach der Rechtsprechung des RVA. ein Unfall auch dann entschädigungspflichtig ist, wenn er von „wesentlichem Einfluß auf Entstehung und Verlauf der Erkrankung war“, also bei bestehender Disposition auslösend wirkt. Als Beispiel wird eine Beobachtung angeführt, wo ein kräftiger, gesunder Polizeiwachtmeister, dessen Vater an Zuckerkrankheit gestorben war, im Alter von 22 Jahren nach heftigem Medizinballschatz gegen die rechte Bauchseite an Diabetes erkrankte. Verf. ist der Ansicht, daß hier mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Unfallschädigung dazu beigetragen hat, die diabetische Anlage in den Krankheitszustand überzuführen. Während er den „rein traumatischen Diabetes“ nicht anerkennt, so tritt er doch dafür ein, daß eine Unfalleinwirkung als auslösende und damit als „wesentlich mitwirkende“ Ursache in Frage kommen kann.

Schrader (Bonn).

Gregorio, E. de, und J. Murua: Lues und Trauma. (Ein Fall von Lues traumatica infolge angeborener Infektion.) (*Dispens. of. Antivener., Zaragoza.*) Ecos españ. Dermat. 10, Nr 105, 583—586 (1934) [Spanisch].

Bei einem 21 jährigen Manne werden durch einen Schlag auf linke Schulter und Schlüsselbein wochenlange starke Schmerzen bei Bewegungen im Schultergelenk ausgelöst. Röntgenologisch nur eine kleine Aufhellung am unteren Rand des linken Schlüsselbeins. Seroreaktionen stark positiv. Sonst keine besonderen körperlichen Befunde. Prompte Besserung nach den ersten Neosalvarsan- und Wismutspritzen. Der Fall wird als angeborene Lues aufgefaßt (Untersuchung der Eltern, Vorgeschichte).

Rieper (Berlin).

May, José: Durch wiederholte kleine berufliche Traumen zum Aufflammen gebrachte Lues. (*Clin. Dermatol., Univ., Montevideo.*) Rev. argent. Dermato-Sifilol. 17, 109—112 (1933) [Spanisch].

Ein 29 Jahre alter Chauffeur hatte sich vor 7 Jahren syphilitisch infiziert und vor 5 Jahren an tertiären Erscheinungen gelitten, die spontan abheilten. Nunmehr wies der Rücken syphilitische, ulcerös-serpiginoöse Stellen auf. Die wiederholten kleinen Stöße, die der Rücken des Mannes beim Fahren gegen die Rücklehne erlitt, hatten die Syphilis wieder aufflammen lassen. Um Streitigkeiten über die Entschädigungsansprüche in dergleichen Fällen zu verhüten, hat Verf. schon 1922 empfohlen, bei der Anstellung der Arbeiter die WaR. obligatorisch einzuführen.

Ganter (Wormditt i. Ostpr.).

May, José, und Gloria A. de May: Gumma der Mamma. Durch ein Trauma zutage getretene Lues. (*Clin. Dermatol. Univ., Montevideo.*) Rev. argent. Dermato-Sifilol. 17, 113—117 (1933) [Spanisch].

Eine 33 Jahre alte Frau stieß mit der Brust an eine Tischkante, wonach eine kleine, rasch sich vergrößernde und ulcerierende Geschwulst entstand. Die WaR. fiel positiv aus. Antisyphilitische Behandlung. Der Fall hat insofern Interesse, als das Trauma zur Bildung eines Gumma geführt hatte, und dies der 1. Fall eines Gumma der Brust ist, der in Uruguay bisher veröffentlicht worden ist.

Ganter (Wormditt i. Ostpr.).

Pachner, Enrico: Sul microbismo latente da piogeni in rapporto a cause traumatiche da infortunio e sulla utilità di precisarne i concetti pratici ai fini dell'assicurazione sociale. (Über die latente Infektion mit Eitererregern in ihrer Beziehung zu Unfallschädigungen und über die Notwendigkeit der Festsetzung der praktisch wichtigen Gesichtspunkte im Interesse der Sozialversicherung.) (*Istit. Naz. Fascista Infortuni, Osp. S. Vito, Torino.*) (*5. riv. d. Assoc. Ital. di Med. Leg., Roma, 1.—4. VI. 1933.*) Arch. di Antrop. crimin. 53, 1596—1608 (1933).

Unter Anführung einiger selbst beobachteter Fälle werden die Schwierigkeiten beleuchtet, die sich für den begutachtenden Arzt bei der Beurteilung des Kausalzusammenhanges zwischen einem Unfälle und einem später auftretenden eitrigen Prozesse ergeben. Keine neuen Gesichtspunkte.

v. Neureiter (Riga).

Klieneberger, Carl: Beziehungen von Kriegseinflüssen, von Parotististel, von Schädelunfall zur nachfolgenden, zum Tode führenden Anaemia perniciosa. Mschr. Unfallheilk. 41, 286—291 (1934).

Klieneberger untersuchte in den letzten 7 Jahren 3mal die Einwirkung von Kriegsdiensteinflüssen und von Hirnerschütterung auf Entstehung bzw. Verschlimmerung von Anaemia perniciosa. In keinem der 3 angeführten Fälle war ein Zusammenhang zu bestätigen. Es ist auch unwahrscheinlich, daß Seelenerregungen nach Schädeltrauma

mit Entstehung der Perniziosa verknüpft werden können. Die auslösende Ursache der An. perniciosa ist nicht bekannt. Die bisherigen Theorien befriedigen nicht und sind umstritten. K. macht darauf aufmerksam, daß hereditäres familiäres Vorkommen der Perniziosa öfter berichtet wurde. Neben verschiedenen bekannten evtl. „toxischen“ Schädlichkeiten dürften besondere Veranlagung, besondere Erblichkeitsbeziehungen zur Krankheitsauslösung erforderlich sein. Bei dieser Sachlage wird man Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges zwischen Perniziosa und Trauma bzw. Kriegserleben kaum bescheinigen können. Auch möglichen Zusammenhang wird man nur selten einräumen können.

Lochte (Göttingen).

Rojas, Nerio: Trauma, Sarkom, Tod. Archivos Med. leg. 4, 294—300 (1934) [Spanisch].

Ein 26-jähriger Arbeiter mit Kontusionserscheinungen am linken Bein gibt an, vor 2 Tagen einen Stoß während seiner beruflichen Arbeit erlitten zu haben. Es entwickelte sich an der geschädigten Stelle ein Sarkom, dem der Arbeiter wenige Monate später erlag. Wegen der Entschädigungspflicht kam es zu gerichtlichen Entscheidungen in mehreren Instanzen. An der Hand dieser Entscheidungen bespricht Verf. die Beziehungen zwischen Trauma und Geschwulstbildung. Das Trauma, entweder als wiederholte Reizeinwirkungen oder als brüske und einmalige Einwirkung, ist ein Faktor, der bei der Entstehung von Neoplasmen in Rechnung zu stellen ist. Der gerichtlich-medizinische Sachverständige hat zu beachten, daß dieser Faktor in drei verschiedenen Formen wirken kann: 1. Die Wirkung hat bestimmenden Charakter für das Erscheinen des Tumors. 2. Sie deckt sein Vorhandensein auf. 3. Sie verschlimmert die Geschwulst. Für die Annahme der Wirkung ad 1., der einzigen, bei der keine Zweifel bestehen hinsichtlich der Entschädigung auf Grund gesetzlicher Bestimmungen (Argentinien), sind verschiedene Vorbedingungen formuliert worden (Segond, Cordonnier und Muller, Lenguick, Kemp, L. Ribeiro). 1. Die vom Unfall betroffene Körpergegend muß vorher frei von geschwulstartigen Veränderungen gewesen sein. Diese Unversehrtheit muß ärztlich gleich bei der ersten Untersuchung festgestellt werden. 2. Die schädigende Einwirkung muß eine wirkliche und ziemlich heftige gewesen sein. Daß dem so war, muß durch die tatsächlichen Verhältnisse und durch ärztliche Zeugnisse bewiesen werden. 3. Der Tumor muß an der vom Trauma betroffenen Stelle erscheinen. 4. Die Symptomatologie muß eine kontinuierliche sein, mit der Möglichkeit von Latenzperioden. 5. Die ersten Symptome der Geschwulstentwicklung dürfen nicht vor Verstreichen einer Zeit von 4—6 Wochen nach dem Unfall auftreten, wobei der äußerste, noch in den Rahmen des Gesetzes fallende Zeitraum bis zu 3 Jahren betragen kann. 6. Beim Erscheinen der ersten verdächtigen Symptome muß, wenn ein Osteosarkom vermutet wird, eine oder zwei radiographische Untersuchungen gemacht werden, um die Diagnose zu bestätigen. 7. Vornahme einer histologischen Untersuchung, sei es an einer Probeexcision oder am Sektionsmaterial. C. Neuhaus (Münster i. W.).

Renfer, Hermann: Das Schicksal der Entmilzten. Zur unfallmedizinischen Bewertung des Milzverlustes aus akzidentell-traumatischer Ursache. (Inst. f. Unfallmed., Univ. Basel.) Schweiz. med. Wschr. 1934 II, 850—854.

Verf. stellte an 15 infolge Trauma entmilzten Personen nach mindestens 7½ Jahren Nachuntersuchungen an. Ein nachweisbarer Dauerschaden durch den Milzverlust konnte nicht nachgewiesen werden, hingegen bedeutet eine Entmilzung eine Einbuße an Körperintegrität. Für die Anpassungszeit des Körpers an den Blutorganverlust ist eine zeitgebundene Entschädigung zu entrichten.

Schönberg (Basel).

De Negris Marella, Francesco: Criteri di valutazione del nefrectomizzato. (Kriterien der Schätzung des Nephrektomierten.) (5. rivm. d. Assoc. Ital. di Med. Leg., Roma, 1.—4. VI. 1933.) Arch. di Antrop. crimin. 53, 1422—1434 (1933).

Bei Kapitalsabfindung wird die Erwerbsminderung, die ein Verunfallter durch den Verlust einer Niere erleidet, mit 25% geschätzt. Im Falle einer Rentenzahlung werden für die ersten 2—3 Jahre 33,5% und später dauernd 15—20% zugebilligt.

v. Neureiter.

Schürmann, J.: Ruptur einer gesunden Niere ohne bestimmt definierbares „Trauma“. (Kanton. Krankenanst. Baselland, Liestal.) Schweiz. med. Wschr. 1934 I, 355.

25-jähriger Mann. Bekommt auf einer Motorradfahrt Schmerzen im Leib, so daß er schließlich die Reise mit der Bahn beenden muß (soll schon vor Antritt der Fahrt nicht ganz wohl gewesen sein). In der folgenden Nacht zunehmende Schmerzen, so daß er als „akute Appendicitis“ eingewiesen wird. Starke Schmerzen im ganzen rechten Bauche, starke Muskelspannung. Durch Katheter werden 200 ccm blutigen Harnes entleert. Operation unter der Diagnose „Akute Appendicitis bei Nephritis ac. haemorrh.“. Bei der Operation Appendix o. B., in der Bauchhöhle blutiges Exsudat; retroperitoneales Hämatom in der Nierengegend. Des-

halb Exstirpation der rechten Niere von einem Flankenschnitt aus; es fand sich der obere Pol vollkommen abgerissen, in der unteren Partie 2 tiefe Querrisse. Heilung. Untersuchung ergab Fehlen einer älteren Zirkulationsstörung. — Eine bestimmte Ursache für die schwere Nierentruptur konnte nicht aufgefunden werden, das erklärte, daß bei der Einlieferung trotz des blutigen Harnes eine Verletzung der Niere nicht differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen wurde. *Colmers (München).*

Oesch, Otto: Zwei Beobachtungen zur akzidentell-traumatischen Genese der Appendicitis. (*Inst. f. Unfallmed., Univ. Basel.*) Schweiz. med. Wschr. 1934 II, 919—920.

Anführung von zwei Krankengeschichten mit ausführlichen Gutachten, in denen die Wahrscheinlichkeit des traumatischen Zusammenhanges zugegeben wird. Wichtig folgendes: „Eine zufällige Kombination von latenter Appendicitis und Trauma bei einem gesunden, voll arbeitsfähigen Menschen anzunehmen, betont schon Theodor Wilhelm (vgl. diese Z. 13, 160), hieße eine Sonderstellung in der Unfallbegutachtung einnehmen.“ *Franz (Berlin).*

Jorge, José M., und Santiago I. Nudelman: Traumatische Entmannung. Gerichtlich-medizinische Erwägungen. (*Dep. de Traumatol., Cátedra de Clín. Quirúrg., Hosp. Durand, Buenos Aires.*) Rev. Asoc. méd. argent. 48, 428—435 (1934) [Spanisch].

Ein Straßenbahnschaffner geriet unter die Räder und zog sich Verletzungen der Geschlechtssteile und Umgebung zu, die die Amputation des Penis und Abtragung des rechten Hodens nötig machten. Trotzdem die Arbeitsfähigkeit durch den Unfall nicht beschränkt wurde, halten Verf. eine Unfallschädigung in der Höhe von 30—45% für geboten, einmal, weil es sich um eine Verstümmelung handelt und dann, weil auch später noch hormonal oder psychisch bedingte Störungen eintreten können. *Ganter (Wormditt i. Ostrp.).*

Ballotta, Francesco: La menomazione dell'apparato genitale agli effetti delle leggi assicurative. (Genitale Minderwertigkeit und Versicherung.) Riv. Ostetr. 16, 395 bis 399 (1934).

Vgl. diese Z. 24, 180.

● **Ruge, Ernst: Die Wirbelsäule in der Unfallheilkunde.** (H. Unfallheilk. Hrsg. v. M. zur Verth. H. 18.) Berlin: F. C. W. Vogel 1934. 154 S. RM. 12.—

Ausgezeichnete, durch 43 Textabbildungen besonders anschaulich gestaltete Darstellung unseres heutigen Wissens um die Pathogenese, Erkennung und Behandlung der Unfallschäden der Wirbelsäule. Dabei werden aber auch alle jene Zustände an der Wirbelsäule eingehend gewürdigt, die, wie die Entwicklungshemmungen und Alterserscheinungen, leicht zu diagnostischen Irrtümern führen können, so daß mit Fug und Recht behauptet werden kann, daß das Buch für jeden Gutachter in Unfallsachen unentbehrlich ist, behandelt es doch in einprägsamer Kürze alles, was er von der Wirbelsäule bei seiner Tätigkeit im Rahmen der sozialen Versicherung wissen muß. *v. Neureiter (Riga).*

Brack, E.: Das anatomische Substrat der versicherungsrechtlichen Beurteilung von Wirbelsäulenunfallschäden. Med. Welt 1934, 1221—1222.

Als ehemaliger Prosektor des Hafenkrankehauses in Hamburg nimmt Verf. Stellung zu den Wirbelsäulenschäden durch Unfall und ihrer versicherungsrechtlichen Beurteilung. Nur erhebliche Brüche und Luxationen der Wirbelsäule und ihre Folgen fallen unter Versicherungsschutz. Doch wurde bisher immer noch stillschweigend eine Verschlimmerung alter Wirbelsäulenleiden durch schwere Traumen anerkannt.

Die Frakturen, unter denen Verf. die echten Knochenkontinuitätstrennungen der Wirbelkörper und -bögen erfaßt wissen will, fanden sich an großem Unfall-Leichenmaterial mehr als doppelt so häufig wie Luxationen (unter denen er die Verkantung einzelner Wirbel gegeneinander und die Bandscheibenrisse zusammenfaßt). Bei den Frakturen entsteht im Heilungsverlauf ein besonders an der Peripherie umfangreicher Callus, der oft unter Schwund der anliegenden Bandscheiben auch auf benachbarte Wirbelkörper übergreift. Nur bei jungen Menschen scheint eine Ausheilung zu normalen Verhältnissen vorzukommen. Nach Luxationen heilen die zerrissenen Bandscheiben überhaupt nicht, sondern gehen meist völlig zugrunde. Es kann dann an anatomischen Präparat oft nicht mehr gesagt werden, ob Fraktur oder Luxation vorgelegen hat. Wirbelkanalengungen sind in manchen Fällen auffallend lange überlebt worden.

Verf. erwähnt dann noch an Folgeerscheinungen Befunde am Urogenitalsystem. Den oft frühzeitig zu beobachtenden Priapismus führt er auf Thrombenbildung der Corpora cavernosa zurück (es dürfte sich aber in manchen Fällen um ein rein neuro-

logisches Symptom nach Halsmarkschädigung handeln, wo erst sekundär eine Thrombosierung hinzutritt. — Ref.). Unter den fraglichen traumatischen Erkrankungen der Wirbelsäule nennt Verf. die Schmorl'schen Knorpelknötchen, wobei er für eine Ablehnung etwaiger Unfallzusammenhänge ist. Ferner rechnet er hinzu die jugendlichen Wirbelsäulenverkrümmungen und die Spontanfrakturen bei tuberkulös, carcinomatös und osteopathisch-exostotisch erkrankten Wirbelsäulen. Der Unfallzusammenhang wird in solchen Fällen oft nicht leicht zu entscheiden und sicherlich bisweilen zu bejahen sein. Abgelehnt wird von ihm ein Trauma als Ursache entzündlicher metastatischer Wirbelsäulenprozesse, z. B. bei infektiöser Spondylitis, ferner diffus osteopathischer Veränderungen und Geschwülste der Wirbelsäule. *Schrader.*

Iselin, Hans: Die Wirbelsäulen-Versteifungen und Deformationen vom Standpunkt des Röntgenologen, Chirurgen und Unfallmediziners aus betrachtet. (*Inst. f. Unfallmed., Univ. Basel.*) Schweiz. med. Wschr. 1934 I, 457—459.

Kritischer Überblick über die einschlägige Literatur seit 1901 und referierende Besprechung der aktuellen Probleme des Titelthemas unter Herausstellung der eigenen Arbeiten des Verf. An Stelle einer ausschließlich anatomisch orientierten Einteilung, die dem Praktiker nicht genügen kann, wird eine Gruppierung gefordert, die gleichzeitig Ätiologie und Erscheinungsform, den klinischen wie den pathologisch-anatomischen Befund berücksichtigt. Verf. hat sich das Ziel gesetzt, aus den feinen Unterschieden in Form und Dichtigkeit der Röntgenshatten die Ursachen der Nuancen herauszulesen und die Wirbelsäulenversteifungen und Deformationen ätiologisch zu ordnen.

Hans Baumm (Königsberg i. Pr.).

Jorns, G.: Chronische Osteomyelitis der Wirbelsäule als Unfallfolge. (*Chir. Univ.-Klin., Jena.*) Arch. orthop. Chir. 34, 451—457 (1934).

Oehlecker hat 1932 auf die chronische Osteomyelitis der Wirbelsäule hingewiesen. 10 Fälle, darunter einer von metastatischer posttraumatischer. Jorns bringt nun eine genaue Krankengeschichte eines gleichen Falles, der zum Obergutachten in die Jenenser Klinik kam. Verletzung des rechten Daumens mit Eiterung. Nach 4 Wochen unter hohem Fieber scheinbarer Weichteilabsceß am Rücken in Höhe des 10. Brustwirbels. Keine Bewegungsbeschränkung der Wirbelsäule. Von Vorgutachten als mit dem Unfall zusammenhängender metastatischer Absceß aufgefaßt. Möglichkeit beginnender Tuberkulose nicht ausgeschlossen, zumal da pathologisch-anatomische Untersuchung sich eher für Tuberkulose aussprach. Nach einem Jahr Einweisung in die Klinik, die sich für chronische metastatische posttraumatische Osteomyelitis ausspricht. Denn 1 handelte es sich um einen heißen Absceß, der an für Tuberkulose ungewöhnlicher Stelle sitzt. 2. Guten Allgemeinzustand. 3. Um völlig freie Beweglichkeit der Wirbelsäule. 4. Um typischen Röntgenbefund. Destruktionsherd am Wirbelbogen mit Knochensequestern. Bei Osteomyeliten erkrankten Wirbelbögen häufiger als Wirbelkörper. Ferner Randscheibe mitbetroffen. In allen Fällen Oehleckers war das auch der Fall. Beginnende Brückenbildung zwischen den Querfortsätzen, die bei Osteomyelitis früher auftritt als bei Tuberkulose. 5. Kulturen, auch im Tierversuch negativ. Dieses ist der 3. Fall. — Oehlecker und Viele veröffentlichten die ersten beiden. Auf die Notwendigkeit der Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule in zwei Ebenen, die hier früher versäumt war, wird hingewiesen. (Vgl. diese Z. 20, 136 [Oehlecker].) *Franz* (Berlin).

Molineus, G.: Ein seltenes Endergebnis nach dem Abbruch mehrerer Querfortsätze im Bereich der Lendenwirbelsäule. Zbl. Chir. 1934, 1401—1402.

Querfortsatzabrisse können in seltenen Fällen Späterscheinungen verursachen. 45 Jahre alter Mann, Abbruch des I. bis 4. Querfortsatzes Mai 1929. August 1929 zeigt das Röntgenbild eine durch schmale linienhafte Lücken durchbrochene Knochenleiste, die, neben der Wirbelsäule gelagert, durch Brücken mit den einzelnen Wirbelkörpern verbunden ist, gebildet von den durch Callusmassen untereinander verbundenen abgebrochenen Querfortsätzen. 50% E.M. Mai 1930 Abnahme der Schmerzhaftigkeit, unveränderte Versteifung, 33 $\frac{1}{3}$ % E.M. März 1931 verschwanden auch die Spaltbildungen, so daß vom I. bis 4. Lendenwirbelkörper sich eine feste Brücke seitwärts der Wirbelsäule entwickelt hatte. März 1934 Totalversteifung der Lendenwirbelsäule, 33 $\frac{1}{3}$ % dauernde E.M. *Reisner* (Frankfurt a. M.).

Benassi, Enrico: Errori diagnostici e medico legali in caso di processo stiloideo vertebrale. (Diagnostisch und gerichtlich-medizinischer Irrtum im Falle eines Processus styloides der Wirbelsäule.) (*Osp., Lugo, Ravenna.*) (*5. riv. d. Assoc. Ital. di Med. Leg., Roma, I.—4. VI. 1933.*) Arch. di Antrop. crimin. 53, 1304—1307 (1933).

Bei einer Frau, die nach einem Rückenrauma über Schmerzen in der Brust-Lenden-

wirbelsäule klagt, wird bei der Röntgenuntersuchung am 12. Brustwirbel rechts ein Processus styloides, d. h. ein vergrößerter Processus accessorius gefunden und irrtümlich für einen Osteophyt als Folge einer traumatischen Arthritis deformans der Wirbelsäule gehalten.

v. Neureiter (Riga).

Looser, E.: Ostitis deformans und Unfall. (*Chir. Abt., Kantonspit., Winterthur.*) (58. Tag. d. Dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 4.—7. IV. 1934.) Arch. klin. Chir. 180, Kongr.-Ber., 379—386 u. 168—169 (1934).

Ein Trauma kann nur dann als auslösende Ursache einer Ostitis deformans in Frage kommen, wenn die Ostitis deformans auf die Einwirkungsstelle des Traumas beschränkt ist oder von dieser sich aus entwickelt, also nur bei einer monostotischen Erkrankung und bei sicherem Nachweis, daß die Erkrankung vor dem Unfall nicht bestanden hat. Das ist jedoch nur anzunehmen, wenn Röntgenbilder vorhanden sind, die kurz vor dem Trauma aufgenommen sind. Unter 37 beobachteten Fällen von Ostitis deformans sah Verf. 2 Fälle, bei denen die Entwicklung der Erkrankung nach Ansicht des Verf. anzunehmen ist. Diese Fälle werden näher beschrieben und Röntgenbilder sowie Mikrophotogramme der Arbeit beigefügt. In beiden Fällen beschränkte sich die Erkrankung auf die Tibia. In dem 1. Falle traten 3 $\frac{1}{2}$ Monate nach dem Unfälle, in dem 2. Falle 4 Wochen nach demselben die ersten röntgenologischen Veränderungen im Knochen auf. Unter den 37 beobachteten Fällen beobachtete Verf. 8mal Frakturen, von denen 7 Spontanfrakturen waren. Es bestehen 2 Stadien der Erkrankung; im ersten ist der Knochen atrophisch, die Corticalis aufgeblättert, im Röntgenbild enorm strahlendurchlässig und daher auch enorm brüchig; im 2. Stadium, dem Spätstadium, ist der Knochen sklerotisch und dadurch von besonderer Härte und Festigkeit. Die Heilung der Frakturen erfolgt fast durchweg rasch und der Callus, der zuweilen recht erheblich sein kann, nimmt auch die unregelmäßige Struktur des Paget an. Diese Disposition zur Entstehung der Paget-Strukturen im Callus ist aber auf den erkrankten Knochen oder Knochenteil örtlich begrenzt. Die Frakturen an benachbarten, nicht von der Erkrankung befallenen Knochen oder Knochenabschnitten zeigen normale Struktur ihres Callus.

Aussprache. Röpke (Wuppertal-Barmen): Er warnt, allein aus dem Röntgenbild einen Zusammenhang der Entstehungsursache der Erkrankung mit dem Unfall zu erklären. Er ist der Ansicht, daß der Vortr. kaum in der Lage ist, die ersten Anfänge einer derartigen Erkrankung in Röntgenbildern darzustellen. Ähnlich wie es bei der Osteomyelitis nicht möglich ist, die Anfangsstadien im Röntgenbilde darzustellen, glaubt Vortr., daß dies vielleicht auch bei der Pagetschen Erkrankung nicht möglich sei. Vortr. konnte eine Besserung einer Ostitis fibrosa deformans nach Trauma beobachten.

Rud. Hummel (Leipzig).

Rahm, H.: Zur Frage der Disposition bei der Osteochondritis dissecans capituli humeri. (*Chir. Abt., Krankenh. Bethesda, Breslau.*) Zbl. Chir. 1934, 2263—2271.

Dem Trauma wird mehr und mehr nur die Rolle einer Gelegenheitsursache für die Entstehung der Osteochondritis dissecans zuerkannt. Neuerdings hat sich Aage Nielsen mit der Frage der Heredität bei der Osteochondritis dissecans befaßt. Nach seinen großen Untersuchungsreihen betrug die allgemeine Wahrscheinlichkeit für eine Osteochondritis 0,041; die wahllose Nachprüfung von 191 Nebenpersonen, d. h. von Verwandten der an Osteochondritis dissecans Erkrankten, ergab eine viermal höhere Ziffer. Danach ist die Osteochondritis dissecans zur Konstitutionspathologie zu rechnen. Rahm gibt die Krankengeschichten und Röntgenbilder von 4 männlichen Mitgliedern einer Familie wieder, die an Osteochondritis dissecans capituli humeri erkrankt sind. Bei allen fing die Krankheit im Pubertätsalter, im 14. bis 16. Lebensjahre, an. Alle waren vom pyknisch untersetzten Typ. Besonders gefährdet sind also die männlichen Mitglieder von kleinem Wuchs. 2 weitere männliche Mitglieder der Familie sind ebenfalls erkrankt, konnten aber nicht untersucht werden. Die Tatsache, daß die ersten Anfänge der Erkrankung in die Pubertätszeit, wo der Zustand der offenen Epiphysenfugen der das Ellenbogengelenk bildenden Skeletteile in das der Synostierung übergeht, zurückreichen, läßt die Ursache in einer konstitutio-

nell-endokrin bedingten Mangelhaftigkeit dieser Vorgänge suchen. Familiäre Belastung, also hereditär-konstitutionelle Dinge, sind zweifellos von grundlegender Bedeutung.

Wortmann (Zwenkau).

Schairer, Eberhard: Weiße Erweichung des Rückenmarkes als Spätfolge eines Unfalles. (*Path. Inst., Univ. Tübingen.*) *Mscr. Unfallheilk.* 41, 337—340 (1934).

Kasuistischer Beitrag von Erweichung des Rückenmarkes ohne Verletzung der Wirbelsäule. Der Unfall bestand in einem Sturz auf der Straße, wobei der Verletzte mit dem Rücken und der rechten Seite gegen die Kante des Rinnsteines schlug. Zunächst keine neurologischen Erscheinungen. Diese begannen 10 Tage nach dem Unfall und kamen nach weiteren 20 Tagen zum Stillstand, nachdem Lähmung der Beine, Sensibilitätsstörungen bis in Brustwarzenhöhe, Blasen- und Mastdarmstörungen aufgetreten waren. Der Tod erfolgte fast 9 Monate später an Urosepsis. Anatomisch fand sich eine weiße Erweichung des gesamten Rückenmarkquerschnittes im Bereich des unteren Brustmarkes mit sekundärer auf- und absteigender Degeneration, daneben sog. Randdegeneration im oberen Brustmark bis ins Halsmark hinein. Keine Wirbelsäulenverletzung auffindbar. Verf. sieht die Erklärung für dieses Bild in Kreislaufstörungen infolge der Erschütterung, die er in eine Linie mit der Spätapoplexie Bollingers und der Späthämatomyelie nach Traumen setzt und wie diese als Unfallfolge anerkennt.

Schrader (Marburg a. d. L.).

Roemheld, L.: Über traumatische Pseudotabes. (*Sanat. f. Inn. u. Nervenkrankh., Schloß Hornegg a. N.*) *Nervenarzt* 7, 563—566 (1934).

Seitdem Verf. im Jahre 1917 das Krankheitsbild der traumatischen Pseudotabes aufgestellt hat, und man in der Klärung des Krankheitsbildes weitergekommen ist, wird ein neuer Fall mitgeteilt.

Eine 42 Jahre alte Patientin verunglückt im August 1932 und zieht sich einen dreifachen Schädelbruch rechts zu. 11 Tage Bewußtlosigkeit, Lähmung der rechten Gesichtshälfte, Schädigung der Optici, des Oculomotorius rechts, cerebellarer Schwindel usw. 1933 klagt die Patientin über anfallsweise stärker werdende Kopfschmerzen und Schmerzen im rechten Auge. Schwindel, Doppelbilder rechts, Einschlafen von Händen und Füßen. Gehen nur unter Führung möglich. Hautjucken. Der Augenbefund war besonders interessant. Linker Lidspalt weiter als der rechte, das rechte Auge bleibt beim Blick nach oben und unten zurück, seitliche Bewegungsfähigkeit kaum eingeschränkt. Keine Pupillenreaktion rechts beim direkten Lichteinfall. Konsensuell rechts Reaktion vom linken Auge aus schwach angedeutet, umgekehrt viel deutlicher. Akkomodationsreaktion rechts ausgiebig, aber langsam. Bei herabgesetzter Beleuchtung keine Pupillendifferenz. Ausgesprochene Auslassung des ganzen Opticus rechts. Äußerer unterer Gesichtsfeldquadrant fehlt rechts. Es handelt sich also um eine Ophthalmoplegia externa und interna. Bei der mangelnden Lichtreaktion, die im Vordergrund des Interesses steht, wird von einem Argyll-Robertson gesprochen. Wegen des negativen Ausfalls sämtlicher Luesreaktionen wird von einer Auswertung als metaluische Pupillenstörung abgesehen. Der Zusammenhang zwischen Trauma und Befund scheint zu deutlich, als daß man ihn leugnen kann. Es wird der Schluß gezogen, daß, wenn auch wie in diesem Falle das angeführte Symptom das einzige ist, das in das Krankheitsbild der Pseudotabes traumatica nach Kopfverletzung paßt, dieses Bild selbst zu Recht besteht und in der neurologischen Literatur Aufnahme finden sollte. Verf. setzt sich dann noch mit dem Begriff der reflektorischen und pseudoreflektorischen Pupillenstarre nach Behr auseinander und empfiehlt bei dem traumatischen Argyll-Robertson von einer pseudoreflektorischen Pupillenstarre zu sprechen. *Friedrich Berner (Erfurt).*

Zanger, H.: Ziel, Bedeutung, Notwendigkeit der medizinischen Fabrikinspektion. *Schweiz. med. Wschr.* 1934 II, 761—765, 781—787 u. 801—805.

Zanger wirbt in der vorliegenden Reihe von Aufsätzen in eindringlichster Weise für eine Zusammenarbeit von Ärzten und Technikern in gewerbehygienischen Fragen. Der verschiedene Bildungsgang, das verschiedene Wissen und der verschiedene Interessenkreis beider müssen unbedingt auf diesem praktisch wichtigen Gebiet sich ergänzen. Insbesondere dürfen die bisherigen Leistungen der Ärzte nicht verkannt werden. Der Verf. erläutert aus seiner enormen Erfahrung an Hand wichtiger Beispiele, wie gerade Ärzte zur Aufdeckung des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Krankheit (des einzelnen Falles oder einzelner Fälle) und gewerblichem Schaden gelangten. So werden eindrucksvoll geschildert die genetische Aufklärung bei folgenden

Möglichkeiten: Untersuchung der Arbeitsstelle, Untersuchung gleichzeitig auftretender Erkrankungsfälle und gesunder Arbeiter desselben Betriebes — bei Caissonkrankheit, Preßluftkrankheit, Anämien (Berufs- und Bergwerksanämien), Glasbläserstar (Wirksamkeit ultraroter Strahlen und prophylaktische Verwendung von Eisenoxydgläsern nach A. Vogt), Blei, Tetrachloräthan, Staub (Bedeutung der Teilchengröße — von Ärzten erkannt —, Prophylaxe durch Absaugevorrichtungen; Quarzstaub), ferner: Vergiftungen wie Tetrachloräthan (in „Schuhzement“, Vergiftungsbild), Quecksilber (Bestimmung der Hg-Ausscheidung als Indicator, auch zur Unterscheidung leichter und schwerer Fälle), Benzol (Ersetzbarkeit desselben in zahlreichen technischen Betrieben wie Tiefdruck, Imprägnationsverfahren, Lacke, Dichtungsmittel, Reservoiré!); Serienvergiftungen. — Überall waren es Ärzte, die die Ursache der Vergiftungen — oft auf verschlungenen Wegen — erkannt haben. — Die Möglichkeiten der Verschleierung werden erörtert (z. B. Arbeiterwechsel); Statistik der Berufskrankheiten. — Große Bedeutung gewinnen gegenwärtig die Derivate des Chloroforms.

Schließlich kommt Z. auf die rechtliche Stellung der giftigen Stoffe in der Schweiz, die Versorgungsmaßnahmen Erkrankter, zu sprechen, die z. Z. noch sehr polymorph sind (verschiedene Versicherungspflicht, je nach der Art des Betriebs, nicht nach der Art der einzelnen Giftstoffe; verschieden z. B. für Schädlingsbekämpfung, medizinische Verwendung usw.). Zum Schutz gegen Einfuhr von der Entstehungsquelle der giftigen Substanzen bis zum Betrieb kommen in Betracht: Muster- und Wortzeichenschutz, Patentierungsverfahren, Vorschriften über Handel und Verwendung technisch giftiger Stoffe in verschiedenen Ländern. — Eine großzügige Erörterung der heutigen Gefahrensituation und der Bedeutung der Gewerbetoxikologie überhaupt schließt die inhaltsreichen Ausführungen, wobei die Gründe des Übersehens von Gefahren und ihre Bekämpfung (Fabrikinspektion, Zusammenfassung von Ärzten und Technikern im Arbeiterschutz) nochmals zusammengefaßt werden. *Ehrismann.*

Boldrini, Boldrino: Criteri generali di valutazione delle menomazioni in materia di assicurazione contro le malattie professionali. (Allgemeine Gesichtspunkte zur Bewertung der Erwerbsminderung in der Versicherung gegen die Berufskrankheiten.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Parma.*) (*Assoc. Ital. di Med. Leg., Parma, 7. IV. 1934.*) *Arch. di Antrop. crimin.* 54, 254—258 (1934).

Nicht die klinisch in Erscheinung tretende, sondern die tatsächlich entstandene Schädigung ist abzuschätzen. Bei der Beurteilung des dauernden Schadens sind die individuellen und sozialen Momente zu berücksichtigen, auch wenn die Entschädigung nur für die Erwerbsminderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gewährt wird, nicht für den Beruf, in dem die Berufskrankheit erworben wurde und wo die E. M. 100% betragen kann, wegen der Unmöglichkeit, dieselbe Arbeit wieder aufzunehmen, während sie allgemein, z. B. bei demselben Mann, nur 20% beträgt. Besonders schwer ist der dauernde Schaden zu schätzen. Verf. schwebt als erstrebenswert eine allgemeine Versicherung des Arbeiters für Lohnverlust vor, sei es, daß dieser durch Unfall, Krankheit, unfreiwillige Arbeitslosigkeit, Invalidität, Alter bedingt sei. *G. Strassmann* (Breslau).

Lattes, Leone: L'indennizzabilità delle conseguenze dell'infezione anchilostomiasica. (Die Entschädigung für Folgen der Anchylostomuminfektion.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Pavia.*) (*Assoc. Ital. di Med. Leg., Parma, 7. IV. 1934.*) *Arch. di Antrop. crimin.* 54, 342—347 (1934).

Die Entschädigungsberechtigung als Folge einer Gewerbekrankheit wird im Gegensatz zu Cazzaniga im folgenden Fall von Lattes bejaht. Ein Landarbeiter hat sich bei seiner Tätigkeit mit Anchylostomum infiziert, bietet aber weiter keine krankhaften Symptome, er wird aus allgemein prophylaktischen Gründen mit Tetrachlorkohlenstoff behandelt und stirbt ganz akut unter typischen Vergiftungserscheinungen. L. nimmt Tod als Folge eines Betriebsunfalls an. Allerdings spricht das Gesetz nur von Anämie und Magendarmerscheinungen bei der Anchylostomiasis, aber es wäre ungerecht, wenn gesunde Träger einer Berufskrankheit, die prophylaktisch behandelt und dadurch geschädigt werden, nicht die Vorteile der gesetzlich für Berufskrankheiten bzw. Betriebsunfälle vorgesehenen Entschädigung genießen würden. Ein entsprechender Zusatz zum Gesetz wird vorgeschlagen. [Cazzaniga, *Med. Lav.* 34, 436 (1933).] *Strassmann.*

Schnyder, Walter F.: Nachtrag zur Arbeit: Spallampenmikroskopie der Augen der Feuerarbeiter eines Eisenwalzwerkes usw. Mit Bemerkungen zur Stellungnahme des Deutschen Normenausschusses (D. I. N.) zur Schutzbrillenfrage. Graefes Arch. **132**, 430—432 (1934).

Nach Mitteilung einer Berichtigung von Goldmann betreffend dessen Tierversuche im Eisenwalzwerk übt Verf. Kritik an der Veröffentlichung DIN. 4646 Beiblatt des deutschen Normenausschusses über die Ursache des Feuerstars. Den Ausführungen des Normenausschusses lägen die Anschauungen von Goldmann zugrunde, welche nach den Versuchsergebnissen von Vogt nicht mehr haltbar seien. Man sollte deshalb im Normenblatt auch nicht von Wärmestar und Wärmeschutzbrillen sprechen, sondern die richtige Bezeichnung Feuerstar und Feuerschutzbrille wählen. *Jendralski.*

Israelson, Z. I., et S. V. Voltaire: Étude sur les intoxications industrielles aiguës dans les tanneries. (Studie über industrielle Vergiftungen in Lohgerbereien.) (*Inst. Centr. de l'Économie, l'Organisation et l'Hyg. du Travail de l'URSS., Moscou.*) Méd. Trav. **6**, 263—286 (1934).

In den Bottichen der Gerbereien entwickeln sich giftige Gase, die — besonders beim Reinigen — gefährlich werden können. Verff. untersuchten, auf welche Weise diese Gase entstehen und worum es sich chemisch handelt. In Betracht kamen in erster Linie H_2S und CO_2 , die sich aus den zum Gerben mit verwandten Flüssigkeiten bilden können, sowie eine Reihe anderer Gase, deren Entstehung auf bakterielle Zersetzung zurückzuführen ist, wie arsenhaltige Substanzen, Mercaptane u. a. Geprüft wurden in verschiedenen, dem Gang des Gerbereiprozesses folgenden Proben: der Keimgehalt des Materials sowie das p_H , die Sauerstoffzehrung, die Menge des gelösten Sauerstoffs und die Zusammensetzung der gefundenen Gasgemische (enthaltend H_2S , NH_3 , O_2 , CO_2 , kein HCN). Auch physiologisch untersuchten Verff. die Wirkung der letzteren auf das isolierte Froschherz. Als wichtigstes Ergebnis wird mitgeteilt, daß die wesentliche beim Menschen wirksame Substanz in diesem Fall der Schwefelwasserstoff ist, der sich in beträchtlichen Mengen nachweisen ließ. Auch die Versuche am Froschherzen stimmten quantitativ damit überein (bei vergleichender Untersuchung verschiedener Proben aus den Behältern). Auch wenn man die Konzentration des zugesetzten Na_2S vermindert, beobachtet man trotzdem noch die Bildung erheblicher H_2S -Mengen, so daß auf diese Weise Vergiftungen nicht sicher abgehalten werden können. Die Bakterienflora der Gerbereibrühe setzt sich in der Hauptsache aus Anaerobiern zusammen, die reduzierend wirken und auch starke Zehrung freien Sauerstoffs verursachen. Die Bekämpfung der Vergiftungsgefahr besteht nach den mitgeteilten Beobachtungen demnach nicht allein in mechanischen Mitteln (häufige Reinigung, besonders des Bodensatzes), sondern vor allem auch in einer Beachtung der sich entwickelnden Mikroorganismenflora bzw. deren tunlichste Beseitigung. *Ehrismann* (Berlin).

Sorge, G., e D. Columba: Ricerche sulle malattie degli organi respiratori negli zolfatai. I. (Untersuchungen über Krankheiten der Atmungsorgane bei Schwefelarbeitern. I.) (*Clin. Med., Univ., Catania.*) Boll. Soc. med.-chir. Catania **2**, 290 bis 300 (1934).

Im September 1933 unterzogen die Autoren insgesamt 150 Schwefelgrubenarbeiter klinischen, radiologischen und anderen Spezialuntersuchungen. 114mal bestand chronische Bronchitis, davon 105mal außerdem Emphysem verschiedenen Grades, also mehr als sonst bei der Bronchitis. Die Kapazität der Lungen war in 87 Fällen unter 3000 ccm. Es bestand keine enge Beziehung zwischen Dienstdauer (über 10 Dienstjahre hatten 132 Arbeiter, über 20 hatten 89) und Schwere der bronchitischen Erscheinungen. Allerdings hatten die 12 schweren Fälle durchweg über 20 Dienstjahre hinter sich. Die krankhaften Erscheinungen der Atmungsorgane waren schwerer und stärker verbreitet unter den Außenarbeitern als unter den eigentlichen Grubenarbeitern. Es ist also nicht zu leugnen, daß bei Schwefelarbeitern krankhafte Erscheinungen der Atmungsorgane auftreten, aber es ist eine Legende, wenn man, wie es teilweise geschieht, von schwerstem körperlichen Herunterkommen dieser Leute spricht.

Oppler (Rom).

Zeitlin, I.: Über die Ätiologie der „Melkerinnenknötchen“. Sovet. Vestn. Venerol. i Dermat. **3**, 602—605 (1934) [Russisch].

Die „Melkerinnenknötchen“ sind im frühen Entwicklungsstadium von hellrosa Farbe, fühlen sich fest an und ähneln Blasen. Bei Eröffnung ihrer Hülle tritt jedoch keine Flüssigkeit aus, es wird aber die grellrote Wärzchenoberfläche sichtbar. Später nehmen die Knötchen an Größe zu, werden bläulichpurpurn, in ihrem Zentrum tritt eine schwache Delle auf, die Festigkeit steigt, und an der Peripherie wird ein schmales rosafarbenes Rändchen sichtbar. Die Knötchen lokalisieren sich auf den dorsalen Flächen und den Zwischenfingerzwischenräumen der Hände, weisen kugelfunde Form auf, sind mit dem unterliegenden Gewebe nicht verlötet und offenbaren beim Betasten keine Schmerzhaftigkeit; ihre Größe schwankt zwischen 7 und 1,5 mm. Histologisch meistens Epithel mit scharf ausgesprochener Parakeratose, die Körnenschicht geht im peripherischen Abschnitt der affizierten Stelle in ein ausgedehnteres, durchsichtiges über; in der Wärzchenschicht ist eine akute Erweiterung der Blutgefäße, Infiltration mit neutrophilen Leukocyten, Granulationsauswüchse aus polyblasten und zum Teil lymphoiden Elementen zu konstatieren. Lipschütz erblickt in diesen Knötchen die Folge einer Paravaccinierkrankung, welche durch ein filtrierbares Virus aus der Chlamydozoa-Strondyloplasma-Gruppe bewirkt wird. Diese Erkrankung ist im allgemeinen wenig verbreitet und folgt einer Ansteckung durch Tiere. Auf der Farm des Autotrasts trat eine episodische Ausbreitung einer Infektionserkrankung unter den Kühen auf, die sich in einem spezifischen Ausschlag am Euter und den Zitzen äußerte. Eine Isolierung der erkrankten Kühe von den gesunden erweist sich als notwendig; die infizierten Dienstpersonen müssen ebenfalls von den gesunden Kühen entfernt werden. Es ist ein Ersatz der manuellen Melkung durch die mechanische anzustreben.

S. Matwejeff (Odessa).

Veger, A., und J. Vasilenko: Handangiospasmen bei Arbeitern einer Schuhfabrik. Sovet. Psichonevr. **10**, Nr 1, 122—126 (1934) [Russisch].

Bei 46 an der „Anklopfmaschine“ (für Schuhsöhlen) beschäftigten Arbeitern trat ein Gefäßkrampf an den Händen auf, zuweilen mit neuritischen Armstörungen. Es handelt sich um eine Beschäftigungskrankheit, deren versicherungsrechtliche Bewertung besprochen wird. Es werden auch Vorbeugungsmaßnahmen vorgeschlagen, die inzwischen eingeführt wurden.

Autoreferat.

Garde, Erik: Diabetiker mit Insulinbehandlung und Kraftwagenführerzeugnis. Ugeskr. Laeg. **1934**, 674—678 [Dänisch].

Verf. polemisiert gegen gewisse Bestimmungen einer dänischen polizeilichen Verfügung über die Bedingungen, die an die Ausstellung eines Führerscheins für Personen, die an Diabetes leiden und mit Insulin behandelt werden, zu knüpfen sind. Nach seiner Ansicht ist die Gefahr, daß der Insulinismus so plötzlich auftritt, daß die betreffende Person die Gewalt über das Fahrzeug unmittelbar verlöre, nicht genügend exemplifiziert. Eine kurze Anleitung für die Insulin-Chauffeure mit Vorbeugungsmaßnahmen dürfte für die Verhütung des Insulinismus von Nutzen sein.

Einar Sjøvall (Lund).

Fahrenkamp, Karl: Die Fahrlässigkeit des Herzkranken als Kraftfahrer. (Herz-Abt., Marienhosp., Stuttgart.) Med. Welt **1934**, 1391—1396.

Das Reichsgericht hat am 28. X. 1932 eine Entscheidung getroffen, die die Gefährdung des Kraftfahrers durch ein chronisches inneres Leiden zum Inhalt hatte. Ein 60jähriger Privatmann hatte bei einer völlig übersichtlichen Straße als Selbstfahrer einen Autounfall erlitten. Er war nach einer kurzen Rechtsschwenkung plötzlich in scharfem Linksbogen eine Böschung heraufgefahren. 3 Insassen waren tot. In 1. Instanz wurde der Selbstfahrer zu 7 Monaten Gefängnis bestraft, in 2. Instanz begründete der Angeklagte das Autounfall mit einer plötzlich aufgetretenen Bewußtseinstrübung. Es soll sich um eine Arteriosklerose gehandelt haben; infolgedessen wurde der Angeklagte in 2. Instanz freigesprochen. In 3. Instanz wurde jedoch der Angeklagte wegen fahrlässiger Tötung in 3 Fällen und erswerter fahrlässiger Körperverletzung zu 3 Monaten Gefängnis verurteilt.

In der Urteilsbegründung wurde darauf hingewiesen, daß die Ursache des Unglücks weder am Wagen noch an der Straße, sondern am Fahrer selbst gelegen hätte. Der Selbstfahrer war zwar früher in ärztlicher Behandlung gewesen, glaubte aber nach längerem Freisein von Krankheiten jetzt ohne Schwierigkeiten ein Auto lenken zu können. Dieses wird aber vom Reichsgericht als fahrlässig bezeichnet. In einer Reihe anderer Fälle wird darauf hingewiesen, daß gerade bei Herzkranken beim Autofahren Vorsicht zu üben ist, besonders bei Hypertonie, bei Ohnmachtsanfällen infolge Kreislaufschwäche. Die Ausführungen müßten eigentlich dazu führen, das bisher

für die Erlangung eines Führerscheines geforderte amtsärztliche Attest wieder einzuführen. Trendtel (Altona a. d. E.).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

● **Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie.** Hrsg. v. A. Hoche. 3. vollst. neubearb. Aufl. — Aschaffenburg, Gustav: **Die rechtlichen Grundlagen der gerichtlichen Psychiatrie.** A. Strafrecht und Strafprozeß. — Gruhle, Hans W.: **Die rechtlichen Grundlagen der gerichtlichen Psychiatrie.** B. Bürgerliches Gesetzbuch. — Hoche, A.: **Die klinischen Grundlagen der gerichtlichen Psychiatrie.** A. Grundzüge einer allgemeinen gerichtlichen Psychopathologie. — Lange, J.: **Die klinischen Grundlagen der gerichtlichen Psychiatrie.** B. Spezielle gerichtliche Psychopathologie. Berlin: Julius Springer 1934. VII, 567 S. RM. 45.—

Das der älteren und mittleren Psychiatergeneration unentbehrlich gewordene, vielfach wohl fast täglich benutzte, seit einer Reihe von Jahren aber vergriffene Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie ist in 3. Auflage erschienen. Gewiß ist damit einem dringenden Bedürfnis abgeholfen, zumal gerade jetzt für den gutachtlich tätigen Psychiater, nicht weniger aber auch für den Juristen, die Notwendigkeit besteht, sich mit den zahlreichen einschneidenden Neuerungen der Gesetzgebung theoretisch und praktisch vertraut zu machen. Mancher wird diese Neuauflage geradezu mit Spannung erwartet haben, und es mag deshalb berechtigt sein, auf einige Einzelheiten einzugehen. — Vorweg sei bemerkt, daß auch die neue Auflage das spezifisch wissenschaftliche Niveau, das die ersten Auflagen auszeichnete, beibehalten hat, und daß die Bearbeiter es verstanden haben, dem Buche den besonderen Reiz zu erhalten, den es dadurch besaß, daß die Verff. nicht nur das geltende Recht kommentierten, sondern von hoher wissenschaftlicher Warte aus und vielfach mit dem Erfolge maßgeblichen Einflusses an der Gestaltung künftigen Rechtes durch aufbauende Kritik mitarbeiteten. — Der strafrechtliche Abschnitt ist nach wie vor von Aschaffenburg bearbeitet worden. Seine Darstellung ist ausgezeichnet durch ihre Klarheit, insbesondere auch hinsichtlich der grundsätzlichen und philosophischen Fragen, ohne dadurch aber an Lebensnähe und Reichtum eigener praktischer Erfahrung zu verlieren. Gerade der Umstand, daß der Beitrag Aschaffenburgs durchaus modern anmutet und doch keinerlei gewaltsamen Knick beim Vergleich mit den früheren Auflagen erkennen läßt, beweist, wie tragfähig die schon früher gelegten Grundlagen waren. — Die einschlägigen Bestimmungen des Jugendgerichtsgesetzes, des Gesetzes gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher, die Maßregeln der Sicherung und Besserung sind natürlich berücksichtigt, ebenso auch der Bericht über die Arbeit der amtlichen Strafrechtskommission („Das kommende deutsche Strafrecht“). — Die Bearbeitung des bürgerlichen Rechtes hat für Ernst Schultze, Göttingen, nunmehr H. W. Gruhle übernommen. Wenn seine Darstellung in manchen Punkten, so bei der Geschäftsfähigkeit, der Entmündigung und besonders der Pflegschaft knapper gehalten ist, so konnte das, wie im Vorwort mit Recht betont wird, deshalb geschehen, weil inzwischen, nicht zum wenigsten durch Schultzes Verdienst, die Diskussion vieler früher strittigen Punkte abgeschlossen ist. So wurde Raum gewonnen für die Behandlung einiger Fürsorgeprobleme aus dem bürgerlichen Recht (Entziehung der elterlichen Gewalt, Fürsorgeerziehung, Zuteilung der Kinder bei Ehescheidung), ferner für eine freilich recht kurze Behandlung des Sterilisierungsgesetzes und eine Erörterung der Kausalitätsprobleme hinsichtlich der Haftung für den Verfall in Geisteskrankheit. Dabei findet auch die Frage der Unfallneurose unter Berücksichtigung der bekannten grundsätzlichen Entscheidungen der höchsten Gerichte eine interessante Darstellung. Freilich hat Gruhle hier nicht ganz den moralisierenden Standpunkt vermieden, den er an anderer Stelle (S. 231) selbst beanstandet. Vielleicht wäre es geratener, wie Gruhle es selbst anderswo macht, auf konventionelle statt auf ethische Normierung der grundsätzlichen Maßstäbe abzustellen. — Die in der täglichen Praxis des Irrenarztes so bedeutungsvollen Bestim-