

siert, möglicherweise als zahlenmäßiger Ausdruck einer Leberschädigung. Bei schwer dekompensierten Herzkranken vermittelt der erhöhte Harnfarbwert eine Vorstellung über die Schwere der Erkrankung. Bei leichteren Dekompensationszuständen braucht der Harnfarbwert nicht erhöht zu sein. Bei den verschiedensten Krankheiten können erhöhte Farbwerte gefunden werden und für die Bewertung des Zustandes von Bedeutung sein, zumal ein Parallelismus mit der Urobilinogenreaktion des Harns nicht besteht. (Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.) Lucke. °°

Versicherungsrechtliche Medizin.

Hähler, C.: Fehler bei der Unfallbegutachtung. Zbl. Chir. 1935, 31—35.

Verf. führt als Ursache fehlerhafter Begutachtung an: 1. Falsche Beurteilung des Zustandes der Verletzten, meist vermeidbar durch technisch einwandfreie Röntgenaufnahme, für deren Beurteilung der Gutachter die nötige Erfahrung haben muß, ferner dadurch, daß man sich bei Störung im Funktionsablauf einer kinetischen Kette die anatomischen Verhältnisse genau klar macht und versucht, an den eignen gesunden Gliedern die Störung nachzuahmen. 2. Falsche Beurteilung des Zusammenhanges mit der angeschuldigten Verletzung, wenn z. B. die typische Einklemmung eines längst bestehenden freien Gelenkkörpers im Kniegelenk als „Hinfallen und Verstauchung des Kniegelenks“ gedeutet wird, während der Betreffende grade wegen des heftigen Schmerzes im Gelenk hinfiel. Arthritis deformans, freie Gelenkkörper, Osteomyelitis, Tuberkulose, maligne Tumoren können sich im Anschluß an ein Trauma entwickeln, verschlimmern oder schon vorbestanden haben, auch wenn der Kranke bis zuletzt gearbeitet hat. Letzterer Umstand beweist noch nicht, daß das Glied vorher intakt war. Genau formulierte Rückfragen sind zur Klärung nötig, ferner Einsicht in die Krankenkassenspapiere vor allem in einen etwaigen Operationsbericht. Der Befund bei Übernahme der Behandlung muß genau fixiert werden, eine Röntgenaufnahme möglichst bald erfolgen. Diese muß der Arzt bei der Ber.Gen. beantragen. Letztere sollte sich bei schweren Verletzungen nicht erst nach 13 Wochen um den Verletzten bekümmern und vom erstbehandelnden Arzt genauen Krankheitsbericht verlangen, evtl. Zuziehung eines erfahrenen Facharztes veranlassen.

Klix (Berlin).

Schröder, P.: Leichenöffnung ein Jahr nach dem Tode kann noch sichere Entscheidung bringen, ob Tod mit Unfall zusammenhängt. Referat über einen Unfallverletzten der Hütten- und Walzwerks-Berufsgenossenschaft, erstattet auf Grund der Akte. Mschr. Unfallheilk. 41, 561—565 (1934).

Als Todesursache fand sich ein im Durchbruch befindliches großes Magengeschwür dicht unterhalb des Mageneinganges. Mikroskopisch konnte ein Krebsgeschwür sichergestellt werden. An den Amputationsstümpfen der Beine (Amputationen 10 Jahre vor dem Tode nach Überfahung) ergab sich kein krankhafter Befund, Verf. führt aus, daß eine chron. Infektion an einem Stumpf als chron. Osteomyelitis mit Knochenfraß und Knochenneubildung hätte einhergehen müssen, was bei der Sektion noch hätte nachweisbar sein müssen. Beide Stümpfe (der eine am Unterschenkel, der eine direkt oberhalb des Knies zeigten aber gesundes Fettmark. Ein Vorgutachter hatte eine chron. Infektion ausgehend von einem Stumpf angenommen und die Frage des Zusammenhanges des Todes mit aller Wahrscheinlichkeit mit dem alten Unfall bejaht. Auf Grund der Exhumierung und Sektion erfolgte Ablehnung der Ansprüche der Witwe, auch in der Berufungsinstanz. Keine Literatur (bedauerlich, daß weder ein genauer anatomischer Leichenbefund noch ein histologischer Befund beigegeben ist. Ref.). *Walcher*.

Spilsbury, Bernard: Some medico-legal aspects of shock. (Einige gerichtlich-medizinische Betrachtungen zu Shock.) *Med.-leg. a. criminol. Rev.* 2, 1—13 (1934).

Verf. bespricht einige Arten von meist rasch tödendem Shock. Am ausführlichsten verbreitet er sich über den Shock bei fruchtabtreibenden Eingriffen, wobei er sich auf 19 Fälle beruft. Meist handelt es sich um Einspritzungen in die Gebärmutter. Die verstorbenen Frauen waren nach dem Tode deutlich blau im Gesicht. Verf. führt den ganz plötzlichen Tod auf den Reiz vom Halsgang der Gebärmutter her und erklärt ihn, trotz der beobachteten Stauung im Gesicht, durch Sinken des Blutdruckes infolge Erweiterung der kleinen Schlagadern im ganzen Körper. (Daß er trotz umständlicher Erklärungsversuche die nächstliegende Frage der Luftembolie gar nicht erörtert, begründet den Verdacht, daß er daran vorbeigegangen ist. Ref.) Solche Fälle sollen in England erst seit 20 Jahren zur Beobachtung kommen. In 13 von den 19 Fällen wurde eine Seifenlösung eingespritzt, in 12 Fällen sollen die Schwangeren den Eingriff selbst ausgeführt haben. — Als Shock von der Kehlkopfschleimhaut betrachtet Verf. folgende 2 Fälle. Ein 3jähriges Kind hustete beim Essen plötzlich, sank zurück und starb. Fremdkörper wurden nicht gefunden. Verf. nimmt an, daß das den Reiz auslösende Bröckchen wieder ausgehustet wurde. Bei einem Kind von 8 oder 9 Monaten, das in der Wiege tot gefunden wurde, lag an der hinteren Rachenwand eine Daune vom Federbett, aus dem

ein paar Federn vorstanden. Den Shocktod im Wasser bezieht Verf. auf das Eindringen von Wasser in die Nase beim Hineinspringen mit den Füßen voran und erwähnt, daß offenbar wegen dieser Gefahr die Perlentaucher im Persischen Golf sich die Nasenlöcher mit einer Klemme verschließen. Verf. behauptet, keinen Fall von Shocktod bei Kopfsprung zu kennen. — Als Shock von der Oberbauchgegend führt er den plötzlichen Tod eines Knaben an, der beim Raufen einen Schlag auf den Bauch erhielt, und hebt hervor, daß hier wie bei den durch fruchtatabtreibende Eingriffe umgekommenen Frauen die Eingeweide blutüberfüllt waren.

Meixner (Innsbruck).

Earengy, W. G.: The legal consequences of shock. (Die rechtlichen Folgen von Shock.) *Med.-leg. a. criminol. Rev.* 2, 14—40 (1934).

Vortr., der das Wort Shock im Sinne von „Nervenshock“ gebraucht, verfolgt an der Hand von zahlreichen, teilweise in der englischen Rechtswissenschaft geläufigen Musterfällen, in welchen für Shock und ähnliche seelische Einwirkungen Schadenersatz gefordert wurde, die englische Rechtsprechung seit 1860. Anfänglich wurde die Verknüpfung als zu mittelbar (to remote) angesehen und in den Begründungen wurde die Sorge vor einer Flut unberechtigter Klagen und unüberprüfbarer Ansprüche laut. Die besondere Empfindlichkeit des Beschädigten wurde keiner Berücksichtigung für wert gehalten. Die Änderung der Rechtsprechung ist dadurch sehr erswerlich, daß Entscheidungen des House of Lords für die englischen, schottischen und nordirischen Gerichte bindend sind. Zuerst verweigerten die irischen die Gefolgschaft, bis gegen die Jahrhundertwende auch in der englischen Rechtsprechung ein Umschwung eintrat. — In einigen Entscheidungen wurde auch ein Unterschied gemacht, ob Furcht und Sorge für die eigene Person oder für jemand anderen die Erscheinungen ausgelöst hatte, später wurde die Sorge für nahe Angehörige (die Kinder) der Besorgnis für das eigene Wohl gleichgesetzt. Schon früher einmal war einem, der Zeuge eines tödlichen Unfalles war, für die Folgen Schadenersatz zuerkannt, doch stand die englische Rechtswissenschaft noch 1927 solchen Ansprüchen recht geteilt gegenüber. In diesem Jahr wurde einem Mädchen, das mit ihrem Bräutigam von rückwärts niedergefahren worden und selbst unverletzt geblieben war, nur unter dem Titel, daß sie auch für sich selbst Sorge gehabt hat, ein Ersatz zugesprochen, dann allerdings auch die Sorge um den Bräutigam als wesentlicher Einfluß anerkannt. Aber auch heute werden bloße seelische Leiden (mental shock) nicht als Entschädigungsgrund anerkannt, sondern nur, wenn die Einwirkung auch von körperlichen Störungen gefolgt war (nervous shock). Vortr. würdigt die Schwierigkeit einer Bewertung ersterer Folgen, hält aber eine grundsätzliche Unterscheidung nicht für gerechtfertigt, bezweifelt auch, ob die Ärzte der Unterscheidung von mental und nervous shock folgen. Die rege Aussprache, an der hauptsächlich Ärzte beteiligt gewesen zu sein scheinen, bringt nichts Wesentliches. Das Wort Shock wird in verschiedenstem Sinne angewendet. Auch von Verschütteten, die schweren körperlichen Einwirkungen ausgesetzt waren, ist die Rede. Ein Redner, Smith, erzählt von Leuten, die viele Jahre nach einem sie seelisch sehr erschütternden Kriegserlebnis plötzlich um ihre Erwerbsfähigkeit bangten und Ansprüche erhoben, über deren Erfolg er nichts angibt. Die zu Wort gekommenen Ärzte greifen vielfach Juristen und Gerichte als rückständig an. In seinem Schlußwort arbeitet der Vortr. nochmals die Grundlinie der Rechtsprechung auf diesem Gebiete heraus. Entschädigung schuldhaft zugefügter Schäden, die vernünftigerweise als wahrscheinlich voraussehbar waren. Die Frage des ursächlichen Zusammenhanges ist Angelegenheit der Ärzte. Die Rechtswissenschaft und die Rechtsprechung sind gerne bereit, sich die Errungenschaften ärztlicher Wissenschaft zunutze zu machen.

Meixner.

Habán, Georg: Polymyositis nach Kriegsschußverletzung. (*I. Path.-Anat. Inst., Univ. u. Prosektur, St. Stephan-Spit., Budapest.*) *Frankf. Z. Path.* 47, 109—115 (1934).

35jähriger Mann, 1 Woche vor dem Todestage erkrankt, mit Leibschmerzen und dauernden sehr hohen Temperaturen, Krankenhausaufnahme. Gelbsucht, Bewußtlosigkeit, linker Unterarm stark ödematös und schmerzhaft, am ganzen Körper hochgradige Schmerzhaftigkeit der Muskulatur. Kinderhandflächengroße, sternförmige Narbe in der Gegend der rechten Spina iliaca anterior superior und der Glutei (Kriegsschußverletzung). Verkürzung des rechten Beins, Anstieg der weißen Blutkörperchen von 13000 auf 28000, kleine Hautbläschen am linken Unterarm mit Streptokokken im Inhalt. Klinische Diagnose: Sepsis. Myositis gravis haemorrhagica. Der eingehend geschilderte Sektionsbefund und histologische Befund läßt sich dahin zusammenfassen, daß im Bereich der ausgedehnten Vernarbung an der alten Verletzungsstelle starke Callusbildung, in den Narben der Umgebung ein linsengroßer Metallsplitter und mehrere Abscesse vorhanden waren. In der weiteren Umgebung fanden sich Thrombosen der Gefäße und weitere Abscesse. Die quergestreifte Muskulatur war überall, besonders aber an den Extremitäten, ödematös, blaß, fischfleischartig und, besonders an den Beugemuskeln, vielfach von dünner, trüber Flüssigkeit durchsetzt, ebenso von zahlreichen kleinen Blutungen. Der Herzmuskel war blaß, bräunlichrot, schlaff, die Milz auf das Dreifache vergrößert. In den Lungen Ödem und Hypostase. In Strichpräparaten von der Schnittfläche verschiedener Muskeln, vom rechten Hüftgelenk und von den Abscessen kurze Streptokokkenketten, die bei der kulturellen Untersuchung als hämolytische Streptokokken, für weiße Mäuse pathogen, gefunden

wurden. Auch die mit Muskelemulsion geimpften Tiere starben nach 12 Stunden, auch aus ihrem Blute wuchsen hämolytische Streptokokken. Das histologische Bild von der vernarbten Stelle war sehr abwechslungsreich. Es fanden sich vielfach Zerfall der Muskelfasern, Wucherung der Sarkolemmkerne mit Riesenzellbildung. An Grampräparaten fanden sich ebenfalls vielfach kurze Streptokokkenketten. Die übrigen entfernten Skelettmuskeln, besonders die großen Brustmuskeln, Hals- und Extremitätenmuskeln zeigten verschieden starke Grade der wachsartigen Degeneration, häufig mit Schwellung, Zerfall der Muskelfasern und Schwund der Quer- und Längsstreifung, im Bindegewebe polymorphkernige Leukozyten, teils in Form von Abscessen, teils in Form von Phlegmonen, sowie kleine Muskelnekrosen. Häufig fanden sich periarterielle Infiltrate, stellenweise auch hier Wucherung der Sarkolemmkerne mit einzelnen Riesenzellen und Blutungen, in den Muskelfasern stellenweise feintropfige Verfettung, in den Infiltraten auch zwischen den Muskelfasern kurze Ketten von Streptokokken.

Hinweis auf die 6 von Busch berichteten Fälle (vgl. diese Z. 18, 137) sowie auf Strümpell, der 2 Gruppen der Polymyositis, die eitrige und die nichteitrige, unterscheidet. Der beschriebene Fall nehme eine Mittelstellung ein. Der Tod war 13 Jahre nach der Verletzung eingetreten, offenbar waren bei der langwierigen Wundheilung mit Sequesterbildung und Eiterung im Knochen und im Narbengewebe kleine Eiterherdchen zurückgeblieben, die durch plötzliche Virulenzänderung zu einer schweren Allgemeinerkrankung geführt hatten. Außer den direkten Wirkungen der im Körper verschleppten Streptokokken wird auch Toxinwirkung an weiteren zahlreichen Stellen angenommen.

Walcher (Halle a. d. S.).

Stachelin, R.: Trauma und Rheuma. Schweiz. Z. Unfallmed. 28, 187—203 (1934).

Verf. berücksichtigt in dieser Arbeit, die eine Fülle von feinen psychologischen Bemerkungen von Arzt und Patienten bringt, chronische Arthropathien, Muskelrheumatismus und Neuralgien. Vom Trauma wird nur das mechanische berücksichtigt, das aber auch im weitesten Umfang. Weniger wird auf unfallmäßige Verletzungen und Überanstrengungen eingegangen. Es wurden die Krankengeschichten der Basler Medizinischen Klinik über rheumatische Krankheiten daraufhin durchgesehen, ob die Krankheit auf Verletzung oder Überanstrengung zurückgeführt wurde. Die verwerteten Angaben sind nicht durch Begehrungsvorstellungen beeinträchtigt, da keine Entschädigung in Frage kam, so daß Minimalzahlen vorliegen. Von 83 chronischen Monarthritisfällen gaben 9 ein Trauma als Ursache der Krankheit an, von denen aber 3 sicher schon vorher erkrankt waren, 2 als Ursache einer Verschlimmerung, zusammen 13%. Von 277 chronischen Polyarthritiden wurde 12mal Trauma als Ursache angegeben; davon 4 Fälle sicher vorexistierend, 1mal Verschlimmerung = 5%. 309 Lumbagofälle: Trauma 24mal als Ursache angegeben, 4mal als Verschlimmerung = 9%. 298 andere Muskelrheumatismen: Trauma 5mal als Ursache, 1mal als Verschlimmerung = 2%. 392 Ischiasfälle: Trauma 22mal als Ursache, 5mal als Verschlimmerung = 7%. 14 andere Neuralgien: Trauma 1mal als Ursache = 7%. Das Ergebnis spricht nach Verf. dafür, daß rheumatische Krankheiten durch mechanische Traumen ausgelöst werden können, das jedoch nur selten. Es sei für den Nachweis eines Zusammenhangs strenge Anforderung zu stellen, es sei auf die Diagnose besonderes Gewicht zu legen. In der praktischen Beurteilung des Erkältungstraumas und in der Frage der Beurteilung der Erkältung als Unfall seien nach wie vor für die Bewertung der Erkältung als Unfall die Elemente des außergewöhnlichen und plötzlichen Ereignisses zu fordern. Für reichsdeutsche soziale und private Versicherungsbeurteilungen sind die Feststellungen des Verf. wichtig, daß der Mediziner die Frage, ob es sich um Unfallfolge oder um eine Krankheit handelt, nur teilweise beantworten könne. Der Arzt könne feststellen, ob eine bestimmte Krankheit sicher, wahrscheinlich oder möglicherweise Folge eines bestimmten mechanischen Vorgangs, einer bestimmten Belastung oder Bewegung sein könne. Aber ob dieser Vorgang als etwas durch die normale Berufstätigkeit Bedingtes oder als Unfall zu gelten habe, habe er Arzt nicht zu entscheiden. Hier wäre der gewerbliche Fachmann sachverständig. — Dazu ist zu bemerken, daß, genau so wie der für die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt tätige Kreisarzt kraft seiner Eigenschaft als Beamter diese Entscheidung

träfe und nicht kraft seiner medizinischen Kenntnisse, auch der Gerichts- und Unfallmediziner eine solche Entscheidung treffen kann, wenn er sich mit der betreffenden Tätigkeit, Belastung, Bewegung, die eine der hier in Frage stehenden Krankheiten ausgelöst oder verschlimmert haben soll, genügend selbst vertraut gemacht hat. Dazu gehört auch die allgemeine Erfahrung, die Ref. hier noch anführt, daß nicht so selten vom Versicherungsträger oder vom entscheidenden Richter danach gefragt wird, ob eine bestimmte Tätigkeit usw. über den Rahmen der alltäglichen hinausgeht.

Nippe (Königsberg i. Pr.).

Teleky, L.: Rheumatismus und Beruf. Wien. klin. Wschr. 1934 II, 985—988.

Über Zusammenhang zwischen Beruf und Rheumatismus herrschen widersprechendste Anschauungen, wobei immer übersehen wird, daß 1. jede Organschädigung nur durch Wechselwirkung zwischen äußeren oder inneren Einwirkungen und der Beschaffenheit des Organs bzw. des gesamten Organismus zustande kommt und 2. daß jedes Organ meist nur eine, jedenfalls nur sehr wenige Formen hat, in der es auf äußere Einwirkungen reagieren kann, daß also mechanische, thermische, chemische Einwirkungen oft gleiche oder ähnliche Krankheitserscheinungen hervorrufen. Von den verschiedenen Formen des vagen Begriffes Rheuma kommt als Infektarthritis ausschließlich der chronische Gelenkrheumatismus in Betracht, bei welchem 70—80% der Erkrankungen Frauen betreffen, da diese ähnlich wie die Färber und Gerber bei den Reinigungsarbeiten oder der Berufswäsche den gleichen Schädigungen ausgesetzt sind. Die Arthritis urica als Stoffwechselstörung wird abgelehnt, ebenso die Bezeichnung von Rheuma als Erkrankung der Bewegungsorgane, insbesondere für den Flach- und Plattfuß, das Bauernbein, Skoliosen und Kyphosen. Die Arbeitshand wird bei vielen alten Schwerarbeitern gefunden, desgleichen die Dupuytren'sche Kontraktur infolge beruflicher Kleinschädigungen, die sich z. B. bei 17,8% der über 40 Jahre alten Lüstrierer fand. Die Arthritis deformans findet ihre Begründung in einem Mißverhältnis zwischen Beanspruchung und Widerstandsfähigkeit: Hobelarbeit bei Stellmachern, Preßluftarbeiter, Bergarbeiter mit Bohrhämmern und Abbauhämmern, Gußputzer und Nieter. Deformierende Wirbelgelenkerkrankungen, bei Bergarbeitern, die nach dem 50. Lebensjahr so gut wie alle daran leiden. Veränderungen in den Gelenken der unteren Extremitäten durch übermäßige statische Inanspruchnahme, wenn die Belastung sowohl an Schwere als auch an Dauer das entsprechende Maß übersteigt. Von Nichtgelenkerkrankungen rheumatischer Art findet sich die Lumbago unter allen Schwerarbeitern, sie ist geradezu die Berufskrankheit der Bergleute. Die rheumatische Neuritis tritt als Ischias der Bergleute auf und als Motorarm der Kraftfahrer. Die Gründe für die Entstehung der übrigen „Rheumatismen“ sind noch wenig erforscht. Die Angaben darüber (starker Temperaturwechsel, dauernde Feuchtigkeit bei hoher oder kalter Temperatur) widersprechen sich. Bei allerdings nur begrenzt ausgeführten Untersuchungen fand sich, daß die Metallarbeiter die ungünstigste Stellung einnehmen, desgleichen die Färber. Die ersten sind hoher Temperatur und Temperaturwechsel ausgesetzt, die letzten feuchter Wärme. Beschwerdefreiheit verlief dabei keineswegs symmetrisch mit den pathologischen Befunden. Empfohlen wird allgemeine Untersuchung der gesamten Belegschaft eines Werkes bzw. einer Ortschaft in Verbindung mit Röntgenuntersuchung, um so die Ursache rheumatischer Erkrankungen und ihres Zusammenhangs mit Unfällen und Berufen zu klären. *Spiecker.*

Frumina, L. M.: Zur Frage über die Arbeitsfähigkeit bei herabgesetzter Sehkraft. Trudy leningrad. Inst. Izuč. profess. Zabol. 8, 25—28 (1934) [Russisch].

Die Arbeit bringt eine Analyse der Untersuchungsergebnisse an Personen mit herabgesetzter Sehkraft, die vom Institut untersucht wurden. Im ganzen wurden über 128 Personen untersucht und über das weitere berufliche Schicksal beobachtet. Qualifizierte Arbeiter bleiben in fast 50% der Fälle bei ihrer früheren Arbeit, unqualifizierte in 20%. Unter den Einäugigen hat sich außerdem folgende Gesetzmäßigkeit enthüllt: die Anpassung an das einseitige Sehen erfolgt um so schwerer, je später der Verlust des Auges erfolgte; so fanden sich unter den Personen, die das Auge vor dem Antritt der Stelle verloren hatten, keine Invaliden und Nichtarbeitende. Unter denen, die das Auge während der Lohnarbeit verloren hatten, fanden sich diese und jene. Arbeitswechsel wurde in folgenden Fällen empfohlen: 1. Wenn das Fehlen des doppelseitigen Sehens einen Unfall als Folge haben konnte. 2. Wenn auf dem einzigen Auge die Sehkraft in solchem Grade abgenommen hatte, daß es mit der Leistung der Berufsarbeit unvereinbar war. 3. Wenn dem einzigen Auge ein größerer Schaden drohte. 4. Wenn das Auftreten im Organismus anderer neuer Schäden die Anpassung an die Einäugigkeit, die im Laufe der früheren Arbeit sich entwickelt hatte, zunichte machte. Als Ergebnis der Untersuchungen kommt der Autor zu folgenden Schlüssen

1. Die Qualifikation ist das Hauptmoment, das die biologisch nicht vollwertigen Personen in ihrem Beruf festhält. 2. Die Möglichkeit, trotz deutlicher Kontraindikationen im Beruf zu verbleiben, erklärt sich durch die Entwicklung einer kompensierenden beruflichen Anpassung. *Autoreferat.*

Schneider, Rudolf: Die Fernschädigung der Netzhaut durch Kopf- und Körpererschütterung. (*Angiopathia retinae traumatica.*) (*Univ.-Augenklin., Graz.*) *Klin. Mbl. Augenheilk.* **93**, 171—178 (1934).

7jähriger Knabe wird von einem Autobus überfahren und kommt mit rechter Brust- und Bauchseite unter das Rad. Bewußtlosigkeit. Keine Verletzung der inneren Organe und des Skelets, keine nachweisbare Schädigung des Zentralnervensystems. Schwerster Augenbefund: Rechts: kein Lichtschein, links: Handbewegung. Beiderseits Pupillen maximal weit und lichtstarr. Augenhintergrund beiderseits übersät mit Blutaustritten und hochgradige Papillenschwellung. Nach 8 Wochen Fingerzählen rechts in $\frac{1}{2}$ m, links in $3\frac{1}{2}$ m, Blutungen im Augenhintergrund geschwunden, Papillen blaß und von schleierartig verschwommenen Grenzen. Nach 3 Jahren Sehschärfe rechts wie links $S = 0,1$, Papillen beiderseits kalkweiß. — Fall 2: 43jähriger Mann kommt zwischen die Puffer zweier Lastwagen. Trotz starker Brustschmerzen keine Organ- und Skeletverletzungen. Geringer Augenbefund: Sehschärfe: rechts $S = 0,7$, links $S = 0,8$, Augapfelbindehautblutungen, Pupillen intakt. Im Augenhintergrund von der Papille ausgehende grauweiße Trübungen entsprechend dem Sehnervenfaserlauf, an einer Stelle ein hellroter Blutaustritt. Nach 6 Wochen regelrechter Befund.

Die beiden Fälle stellen Grenzbilder dar von schwersten und geringsten Verletzungen der Netzhaut und des Sehnerven infolge einer annähernd gleichschweren Kompressionsverletzung der Brust- und Bauchhöhle. Die Ansichten über das Zustandekommen derartiger Augenhintergrundbefunde sind nicht einheitlich. Purtscher nimmt bekanntlich Lymphorrhagien an, Best Ferncomotio der Netzhaut und Urbanek Fettembolie. Da die Frage nach der Pathogenese nicht endgültig geklärt ist, steht auch die Beurteilung der beiden beschriebenen Fälle als solche von verschieden stark entwickelten Graden eines zusammengehörigen Krankheitsbildes noch weiterhin zur Erörterung. (Vgl. diese Z. **21**, 210; **23**, 107 [Urbanek].) *Karbe (Dresden).*

Barth, H.: Die Begutachtung des Kopffraumias in der Ohrenheilkunde. (*Univ.-Hals-Nasen-Ohrenklin., Charité, Berlin.*) *Chirurg* **6**, 715—722 (1934).

Die sehr übersichtliche Untersuchung gibt Gang der Untersuchung, Vermeidung der wichtigsten Fehlerquellen mit Beispielen für die Simulationsprüfung und den Maßstab für eine gerechte Beurteilung, ohne an sich methodisch Neues zu bringen. Sie wird den Leser von der Notwendigkeit der Befragung des Ohrenarztes bei Kopffraumias überzeugen, die sich offenbar den reichen Erfahrungen des Verf. nach immer noch nicht durchgesetzt hat. Wesentlich erscheint noch der Hinweis des Verf. darauf, daß erst spät auftretende Gleichgewichtsstörungen nach dem heutigen Stand der Kenntnisse auch organischer Natur sein können. *Klestadt.*

Brana, Johann, und Paul Radnai: Die Prognose der Hypertonie auf Grund der Gefäßveränderungen im Augenhintergrund. (*III. Med. Klin., Univ. u. Königl. Ungar. Garnisonspit. Nr. 9, Budapest.*) *Klin. Mbl. Augenheilk.* **93**, 455—465 (1934).

Für die individuell sehr verschiedene Prognose der Hypertoniker ist der absolute Wert des systolischen oder gar des diastolischen Druckes oder deren Stabilität nur von mäßiger Bedeutung. Wertvoller ist schon die elektrokardiographische Bestimmung der Herzmuskelleistung. Einen großen Wert dagegen können die Veränderungen der Netzhautgefäße gewinnen. Die Verf. untersuchten 100 Hypertoniker eingehend allgemein und hinsichtlich ihrer Netzhautgefäßbefunde. Bei den letzteren wurden besonders beachtet die „sklerotischen“ Veränderungen der Netzhautgefäße, die nach 3 Graden getrennt wurden, und das Kreuzungsphänomen. Während sich zwischen der Höhe des Blutdruckes sowie des Lebensalters einerseits und dem Grade der Gefäßveränderungen am Fundus kein überzeugender Parallelismus fand, war der Grad der Netzhautveränderungen recht aufschlußreich hinsichtlich der Prognose des Einzelfalles. Die Nachuntersuchung nach 1 Jahr ergab, daß die Hypertoniemortalität bei geringen Hintergrundsveränderungen 2%, bei schweren Hintergrundsveränderungen 60%, bei den schwersten 100% betragen hatte. (Es wäre erwünscht, den Ablauf der Fälle in den nächsten Jahren kennenzulernen.) Die Retinitis hypertonica (albuminurica)

fand sich nur bei Fällen mit schweren Hintergrundsveränderungen, entwickelte sich aber durchaus nicht bei allen innerhalb der Kontrollzeit tödlich verlaufenden Fällen.

Löhlein (Berlin).^{oo}

Rosling, E.: Die Prognose des erhöhten Blutdrucks. (*Inn. Abt., Krankenh., Gen- tofte.*) Acta med. scand. (Stockh.) 83, 41—52 (1934).

Vgl. hierzu Masing, diese Z. 24, 75. Rosling hat 450 Invalidenrentner der dänischen Sozialversicherung, die an Hochdruck litten, nach 4 und 8 Jahren nachuntersucht. Er unterscheidet unkomplizierte Hochdruckfälle und solche mit cerebralen, kardialen und renalen Zeichen. Außerdem wird jede Gruppe nach dem Grade des Hochdruckes von 160 mm bis über 220 mm in 4 Untergruppen aufgeteilt. Im allgemeinen ergibt sich, daß, je höher der Blutdruck, um so ungünstiger die Vorhersage für die Lebensdauer ist. Nähere Einzelheiten müssen in den Tabellen des Originals nachgesehen werden.

Giese (Jena).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

Kotovsky, D.: Die Psychologie der Todesfurcht. Riv. Biol. 16, 557—576 (1934).

Der Begriff der Todesfurcht, wie ihn der Verf. verwendet, ist ein wenig geklärt. Wenn er behauptet, daß Todesfurcht nicht nur beim Menschen und bei höheren Tieren, sondern auch bei niederen Tieren mit Leichtigkeit festzustellen sei, wobei die verschiedenen Arten, sich der Gefahr zu entziehen, als Beispiel dienen, so wird klar, daß hier der Begriff der Todesfurcht nicht psychologisch, sondern teleologisch im Sinne eines Dranges zur Erhaltung des Lebens gebraucht wird. Doch geht der Verf. häufig wieder auf den psychologischen Begriff zurück, so wenn er als Quellen der Todesfurcht die übersteigernden Vorstellungen von Angst und Schmerz und von den Gewissenbissen der Todesstunde, vorwiegend auf Grund literarischer Zeugnisse, analysiert. Die weiteren Ausführungen kreisen vor allem um das Problem, ob es einen altersbedingten instinktiven Todesdrang gibt. Der Verf. lehnt mit biographischen Daten diese Ansicht ab; vielmehr will er der Todesfurcht die beherrschende Stelle im System der menschlichen Triebkräfte einräumen.

Rüssel (Leipzig).^o

Hollmann, Werner: Ärztliches zur Strafrechtsreform. Med. Welt 1934, 1630 bis 1632.

Die Neufassung des § 51 StGB. kann in ihrer prinzipiellen Bedeutung für den Arzt nur erfaßt werden, wenn die Grundgedanken der gesamten Strafrechtsreform erkannt sind. Im neuen Strafrecht als sozialem Kampfstrafrecht soll nicht mehr die Tat, sondern der verbrecherische Wille des Täters Ausgangspunkt der Bestrafung sein. Das ärztliche Urteil hat nicht mehr allein strafmildernden oder straffausschließenden Zweck, sondern soll in erster Linie dabei helfen, die für den Täter zweckmäßigste Behandlungsform zu finden. An 2 einander gegenübergestellten Fällen wird gezeigt, daß es sowohl im Interesse der Volksgemeinschaft wie des Täters liegt, wenn bei chronischen oder habituell Minderwertigen im Einzelfall von Richter und Arzt nach den geeignetsten Methoden der Bestrafung und Behandlung des Täters gesucht wird.

Schrader.

Niedenthal, Rolf: Der defekt geheilte Schizophrene und der neue § 51 RStGB. (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) Allg. Z. Psychiatr. 102, 232—240 (1934).

Die Prognosestellung der Schizophrenie hat sich gegenüber früheren Zeiten geändert: In der gerichtlich-medizinischen Praxis begegnen wir immer häufiger Menschen, die sich zwar außerhalb einer Anstalt halten, aber einmal eine geistige Erkrankung durchgemacht haben, die wir nach dem Stande unserer heutigen Wissenschaft als Schizophrenie ansprechen müssen, ohne daß sich jetzt Defekte nachweisen lassen. Soll die Zurechnungsfähigkeit derartiger Menschen ohne weiteres bejaht werden? Oder sollen sie grundsätzlich den Schutz des § 51 StGB. genießen? Verf. teilt 2 Krankheitsgeschichten mit, in denen er als wesentlichen schizophrener Defekt eine ethische Minderwertigkeit hervorhebt. (Ref. meint, daß in beiden Krankheitsgeschichten doch eine ganze Reihe schizophrener Züge auffallen.) Er tritt dafür ein, daß hier,