

sichtig wie auch schwarz und milchweiß im Handel erhältlich sind. Hauptvorteile: Sie sind leicht zu schneiden, zu durchbohren und mit Bügeln zu versehen, durch Erwärmung leicht dauerhaft zu biegen und mittels Essigäther fest miteinander zu verkleben. Einzelheiten der Technik mit Abbildungen siehe bei Spanner (diese Z. 10, 123). Auf die große praktische Bedeutung der Methodik, die wenig bekannt geworden ist, wird eindringlich hingewiesen.

Walcher (München).

Triuss, Marie: Über die Lebensfähigkeit der Tuberkelbacillen in den bakterioskopischen Präparaten. (*Mikrobiol. Abt., I. Sowjet-Inst. f. Tbk.forschg, Moskau.*) Zbl. Bakter. I Orig. 110, 148—151 (1929).

Die Tuberkelbacillen behalten in Präparaten, die in üblicher Weise fixiert, mit Methylenblau oder Ziehlschem Karbolfuchsin gefärbt und mit Alkohol oder 10proz. HCl entfärbt wurden, ihre Lebensfähigkeit und Pathogenität. Durch Entfärbung mit 20% Schwefelsäure und 15% Salpetersäure werden sie in Auswurfpräparaten abgetötet, doch besteht anscheinend auch hier keine völlige Sicherheit. Diese Ergebnisse mahnen zur Vorsicht bei der Handhabung von Tuberkelbacillenpräparaten. Diagnostisch kann die Widerstandsfähigkeit der Tuberkelbacillen von Vorteil sein, da es möglich ist, gegebenenfalls mit dem angetrockneten und fixierten Material noch erfolgreich Tierversuche vorzunehmen.

Kister (Hamburg).

Versicherungsrechtliche Medizin.

● **Reckzeh, Paul: Abriß der versicherungsmedizinischen Pathologie. Die Bedeutung von Krankheiten und Gebrechen für die öffentliche und private Versicherung als Grundlage ärztlicher Gutachtertätigkeit. Für Studierende, Ärzte und Verwaltungsbeamte.** Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1929. VIII, 173 S. RM. 6.—.

Die neue medizinische Prüfungsordnung gibt Gelegenheit, einen Einblick in die Kenntnisse der angehenden Ärzte auf dem Gebiet der Versicherungsmedizin zu gewinnen. Sie sind erschreckend gering. In den einfachsten versicherungsmedizinischen Begriffen, wie Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit, Invalidität, Berufsfähigkeit, Notwendigkeit eines Heilverfahrens, Unfallzusammenhang, Lebenserwartung begegnet man absoluter Unkenntnis oder Unklarheit und Verschwommenheit der Begriffe. Und doch hat auch der praktische Arzt heutzutage, wo der größte Teil der Bevölkerung in eine Kranken-Unfall-Invalidenversicherung einbezogen, als Angestellter versichert oder als Kriegsbeschädigter versorgungsberechtigt ist und wo die reichsgesetzliche Versicherung auf immer weitere Personenkreise ausgedehnt wird, sich täglich über diese Begriffe gutachtlich zu äußern. Unkenntnis in diesen Dingen führt aber zu Schädigungen nicht allein des Arztes selbst, sondern auch der Versicherten und der Versicherungsträger. Gewiß bildet eine gute klinische Ausbildung der Ärzte die Grundlage für eine sachgemäße und einwandfreie Gutachtertätigkeit. Sie allein genügt aber nicht. Hinzukommen muß noch die Kenntnis und Beherrschung der wichtigsten versicherungsmedizinischen Fragestellungen, der Bedeutung der wichtigsten Krankheiten und Gebrechen für diese Fragen, der gesetzlichen Bestimmungen, soweit sie für die ärztliche Gutachtertätigkeit erforderlich sind, und die Kenntnis der durch Rechtsprechung und Gewohnheit festgelegten Beurteilung. Es ist daher sehr verdienstlich, daß der Verf. in dem vorliegenden „Abriß der versicherungsmedizinischen Pathologie“ Ärzten und Studierenden einen kurzen Überblick über die Bedeutung der versicherungsmedizinisch wichtigeren Krankheiten und Gebrechen als Grundlage zur ärztlichen Beurteilung gibt, insoweit sie erfahrungsgemäß Schwierigkeiten bereiten und für Versicherungsträger und Versicherte besonders wichtig sind. Es werden zunächst die gesetzlichen Bestimmungen und die wichtigsten versicherungsmedizinischen Begriffe: Krankheit, Erwerbsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Invalidität, Berufsfähigkeit, Heilfürsorge, Unfallzusammenhang, gewerbliche Berufskrankheiten, Lebenserwartung knapp und klar besprochen. Dann folgen die einzelnen wichtigeren Krankheiten und Gebrechen, bei denen jedesmal Entstehung oder Verschlimmerung durch Trauma, der Einfluß auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, Lebenserwartung und Sterblichkeit erörtert wird. Zum Schluß sind die Rententabellen von Horn, Liniger und Reichhardt sowie die Gliedertaxe der Berufsgenossenschaft für Feinmechanik angefügt. Ein gutes Sachregister sorgt für schnelle Orientierung. Der vorliegende Abriß kann den praktischen Ärzten, den Kassen- und Vertrauensärzten und allen Ärzten, die eine Gutachtertätigkeit ausüben, insbesondere auch den Studierenden zur schnellen und kurzen Orientierung über versicherungsmedizinische Fragen wärmstens empfohlen werden. Es wäre schon viel erreicht, wenn die Prüfungskandidaten den hier behandelten Stoff in sich aufgenommen hätten und beherrschten.

Ziemke (Kiel).

Wiegand: Der Begriff des Gebrechens nach der Reichsversicherungsordnung.
Z. ärztl. Fortbildg 26, 167—169 (1929).

Im Sinne der RVO. stehen sich Krankheit und Gebrechen nicht als 2 scharf getrennte Begriffe gegenüber, denn sie werden in der Fassung „Krankheit und andere Gebrechen“ einander gleichgestellt. Hieraus muß entnommen werden, daß es Krankheiten gibt, die sich zugleich als Gebrechen darstellen. An das Vorhandensein von Gebrechen knüpft die RVO. bestimmte Rechtswirkungen, nämlich, daß Kindern über das 15. Jahr hinaus Renten gewährt werden sollen, wenn sie in diesem Zeitpunkt infolge ihrer körperlichen oder geistigen Beschaffenheit gehindert sind, ihren eigenen Unterhalt zu verdienen. Beim Gebrechen muß es sich immer um einen durch Dauer gekennzeichneten Zustand handeln, und zwar wird dem Gebrechlichen nur dann Rente gewährt, wenn er sich nicht selbst erhalten kann, wodurch den verschiedenen Graden der Gebrechlichkeit Rechnung getragen wird. Es braucht sich nicht, wie der Sprachgebrauch es verlangt, um einen in sich abgeschlossenen und nach außen deutlich in Erscheinung tretenden Zustand zu handeln. Zur Feststellung der Grenzlinie gegen den Begriff der Krankheit muß man, vom Zustand bei Vollendung des 15. Lebensjahres ausgehend, diesen nach seiner voraussichtlichen Dauer in der Zukunft betrachten, wobei die Dauer in der Vergangenheit eine wichtige Beweistatsache bilden kann. Eine auf einem von der Regel abweichenden körperlichen oder geistigen Zustand beruhende, bei Vollendung des 15. Lebensjahres zwar bestehende, in absehbarer Zeit aber wieder wegfallende Verhinderung des Kindes an entsprechender Erwerbstätigkeit kann einen Anspruch auf Waisenrente nicht begründen. Es sind also von den Gebrechen diejenigen Krankheiten auszuschließen, deren Verlauf sich auf eine kürzere oder längere, jedenfalls aber im Voraus abschätzbare Dauer beschränkt, also namentlich die sog. akuten Krankheiten. Nach alledem gelangte der Senat des RVA. dazu, das Gebrechen im Sinne des § 1259 Abs. 1, Satz 3 der RVO. als einen von der Regel abweichenden körperlichen oder geistigen Zustand zu bestimmen, mit dessen Dauer für nicht absehbare Zeit zu rechnen ist. (Revisionsentscheidung vom 18. IV. 1928.)

Ziemke (Kiel).

Seelert, Hans: Unfallfolgen und Recht auf Entschädigung. Dtsch. med. Wschr. 1928 II, 1936—1937.

Seelert hält die Erwägung, ob es sich bei Unfallsneurosen um Krankheit handle oder nicht, für unerheblich, ist im übrigen aber gleich mir der Meinung, daß der jetzige Zustand änderungsbedürftig sei. Er glaubt nicht an die Möglichkeit eines wirksamen Einflusses auf die Gesetzgebung, ein Zweifel, der m. E. kein Anlaß sein dürfte, die Bemühungen in dieser Richtung einzustellen.

A. Hoche (Freiburg i. Br.).

Lustig, Walter: Die Ersatzansprüche Unfallverletzter. (Polizeipräsidium, Berlin.)
Klin. Wschr. 1929 I, 657—660.

Eine kurze, alles Wesentliche der heute in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen des Unfallversicherungsgesetzes enthaltende Darstellung für Ärzte, aber auch für Verletzte, welche Belehrungen über ihr Verhalten vor und nach dem Unfälle erhalten. Auch das neueste Gesetz über die Versicherungspflicht vom 12. XII. 1928 findet schon Berücksichtigung.

Kalmus (Prag).

Rubensohn, E.: Über die Spätfolgen eines Kopfschusses und deren Begutachtung.
Ärztl. Sachverst.ztg 35, 23—25 (1929).

Rubensohn berichtet über einen Fall eines Hinterhauptschusses, der zuerst kurze Zeit Erblindung, später Hemianopsie zeigte. Daneben bestand schlechte optische Auffassung, Richtungsabweichung, Nystagmus, Zittern der rechten Hand und psychische Veränderungen mit starker Vergeßlichkeit, häufiger Trunkenheit und sinnlosen Raufereien. Außerdem zeigte Patient Anfälle mit Bewußtlosigkeit. Ermittlungen ergaben, daß Patient schon vorher Zeichen von Psychopathie und ethischer Minderwertigkeit hatte. Die Frage der traumatischen Epilepsie wurde mit Recht bejaht, nachdem sie bisher angezweifelt und als „Schwindelanfälle“ bezeichnet und bewertet worden war. Für traumatische Psychose wurde D. B. im Sinne einer Verschlimmerung der psychopathischen Konstitution angenommen. (Man sieht, wie anscheinend einfach liegende Fälle durch Untersucher kompliziert werden können. Ref.)

Hörmann (Dresden).

Hecht, Paul, und Paul Weil: Polycythämie und Hirnerschütterung. *Ärztl. Sachverst.ztg* 35, 35—38 (1929).

53jähriger Mann mit Polycythaemia rubra. Seit vielen Jahren Krampfaderen, schwächlich, magenleidend, Leistenbrüche, Asthenie, Alcoholismus chronicus. 7. XII. 1925 Sturz von einer Leiter mit schwerer Hirnerschütterung. Es wird angenommen, daß das Trauma die der Polycythämie eigentümlichen Beschwerden, wie Ohrensausen, Schwindel und Kopfschmerzen, verschlimmert, den Verlauf der Polycythämie beschleunigt hat. *Kurt Mendel* (Berlin).

Leclercq, J., Maurice Muller et Boudeville: La recherche des vertiges consécutifs aux traumatismes craniens par l'épreuve de la marche en étoile modifiée. (Untersuchung über Schwindel nach Kopftraumen mittels der veränderten Methode des Gehens im Stern.) (*13. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 9.—11. X. 1928.*) *Ann. Méd. lég. etc.* 9, 91—99 (1929).

Bei der Originalmethode (Babinski-Weill und Heyninx) wird eine Winkelabweichung von mehr als 90° nach 5 Passagen durch die Stern-Kreis-Peripherie als pathologisch angenommen. Die Methode wird verfeinert, indem nach dem Originalvorgehen 10 Minuten später die Versuchsperson den Kopf langsam nach rechts zu drehen hat und in dieser Kopfhaltung den Versuch wiederholt und weitere 10 Minuten später mit Kopflinkshaltung dieselbe Probe vornimmt. Beim Normalen findet dann eine individuell verschieden große, dem Winkel der Kopfdrehung im Ausschlag entsprechend vermehrte, aber bei derselben Person nicht konstant große Abweichung nach der der Kopfdrehung entgegengesetzten Seite statt. Gereizt werde dabei das der Seite der Kopfdrehung gleichnamige Labyrinth. Das in erhöhter Erregung befindliche Labyrinth verursache eine Kopfdrehung nach der Gegenseite. So werde das Überwiegen eines Labyrinthes bereits beim Normalen erkannt, im Originalversuch normale Fälle könnten als pathologisch erkannt werden.

Die Methode gäbe positive Resultate, wenn die üblichen Steh- und Gehversuche negativ ausfielen. Sie zeichne sich vor Labyrinthreizmethoden dadurch aus, daß sie keine langanhaltende Störungen des Wohlbefindens verursache. Beispiele für das Ergebnis sind beigegeben. (Sie dienen nicht dazu, den Wert oder gar die Zuverlässigkeit der Probe eindeutig darzutun. Vor Schlußfolgerungen aus alleiniger Anwendung dieser Methode und mit ihr allein „pathologischen“ Ausfällen muß a priori gewarnt werden. Ref.) *Klestadt* (Breslau).

Röll, A.: Schwere organische Gehirnerkrankung als Unfallfolge. (*Heil- u. Pflegeanst., Werneck.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* 35, 147—155 (1929).

Ein 27jähriger Fabrikarbeiter fuhr in schneller Fahrt einem gleichfalls mit großer Geschwindigkeit fahrenden Kraftwagen bei einer Wegkreuzung in die Flanke und wurde zu Boden geschleudert. Er soll einige Zeit bewußtlos gelegen und dann den unweit der Unfallstelle wohnenden Arzt allein aufgesucht haben. Äußerlich waren nur einige Hautabschürfungen im Gesicht vorhanden, sonst schienen die Unfallfolgen nicht bedeutend zu sein. Auch im ersten Jahr nach dem Unfall traten schwerere objektive Unfallfolgen nicht hervor; trotzdem wurde der Verunfallte nicht wieder arbeitsfähig. Etwa 16 Monate nach dem Unfall erkrankte er plötzlich mit hohem Fieber und schweren Hirn- und Rückenmarkssymptomen, an die sich ein körperliches und geistiges Siechtum anschloß. Nach 1 Monat trat der Tod ein. Die Obduktion wurde erst 21 Tage nach dem Tode ausgeführt. Verf. führte in seinem Gutachten aus, der Verunfallte sei bis zum Unfall gesund gewesen, habe beim Unfall eine mindestens mittelschwere Rückenmarkerschütterung erlitten und sei einige Zeit nach dem Unfall erkrankt, an den sich merkliche subjektive und objektive Krankheitserscheinungen angeschlossen hätten. Diese seien retrospektiv als Zeichen von multipler Sklerose gedeutet worden. Man könne nach alledem nicht annehmen, daß sich die Nervenerkrankung, zufällig wie so häufig im Alter des Verunfallten, schleichend entwickelt habe, sondern müsse eine ursächliche Verknüpfung zwischen Unfall und der Nervenerkrankung, die vom Verf. für eine disseminierte Encephalitis gehalten wird, als vorliegend ansehen. Damit müsse aber in dem erlittenen Unfall eine Mitursache für den eingetretenen Krankheitszustand und weiter für den Tod des Unfallverletzten anerkannt werden. *Ziemke* (Kiel).

Benda, Clemens Ernst: Zur Klinik der traumatischen Hämatomyelie. Zugleich ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Tumor spinalis und Blutung. (*Neurol. Abt., Allg. Krankenh., Hamburg-Barmbeck.*) *Nervenarzt* 2, 28—34 (1929).

Fall 1: Hämatomyelie nach Unfall. Kurz nach dem Trauma (Sturz 3—4 m tief) Incontinentia urinae, dann hochgradige Kachexie. Erst 1 Jahr nach dem Unfall schwerere Erscheinungen, wohl infolge von Nachblutungen (Spätapoplexien). — Fall 2: In unmittelbarem Anschluß an einen Unfall traten akut die Erscheinungen einer Sakralmarkzerstörung auf (Blasen- und Geschlechtsstörungen, Empfindungs- und Motilitätsstörungen). Dem Unfall

gingen aber Beschwerden rheumatischer Art voraus. Diagnose (auch in Anbetracht des weiteren günstigen Verlaufs): Traumatische Hämatomyelie. Die zur Zeit des Unfalls vorhanden gewesene rheumatische Erkrankung der Lendenmuskulatur hat wohl insofern die Entstehung ernster Unfallsfolgen bei einem relativ nicht sehr schweren Unfall begünstigt, als Patient durch seine Schmerzen und pathologischen Muskelspannungen bei dem Fall gehindert wurde, die Gewalteinwirkung des Stoßes federnd aufzunehmen und zu mildern (Unfall: Hinfallen beim Aufschrauben einer schwer gehenden Schraubenmutter). In beiden Fällen zeigte sich der Höhepunkt der klinischen Erscheinungen erst Wochen (im 1. Falle sogar Monate) nach dem Unfall. *Kurt Mendel (Berlin).*

Mendel, Kurt: Tabes dorsalis-Granatsplitterverletzung. — Mal perforant du pied.
Med. Klin. 1929 I, 566—567.

42jähriger Kaufmann, vor 15 Jahren syphilitische Schwellung an der Nase. 1916 Granatsplitterverletzung am linken Unterschenkel und Fuß, im Rücken und an der rechten Achselhöhle. 1919 20% K.D.B. 1923 Abfindung. 1928 Antrag auf Wiedergewährung der Rente. Vorbegutachtung kommt zum Ergebnis „psychogene Beschwerden. E.M. unter 25%“. Mendel findet: reflektorische Pupillenstarre rechts, träge Lichtreaktion der linken Pupille, Anisokorie und Entrundung der Pupillen, differente Achillessehnenreflexe, Hypästhesie des linken Beines, Anästhesie der linken Fußsohle, Mal perforant du pied unter dem linken Kleinzehenballen und abnorme Beugefähigkeit des Rumpfes bei durchgedrückten Knien (Czikysches Zeichen). Diagnose: Tabes. K.D.B. für die Tabes als solche abgelehnt, für die Beteiligung des verletzten linken Fußes offengelassen. E.M. als Folge des Militärdienstes unter 25%. *A. Friedemann.*

Gottschick: Selbstmord als Unfallfolge. (Heil- u. Pflegeanst., Leipzig-Dösen.)
Arch. Kriminol. 83, 266—270 (1928).

Mitteilung zweier Fälle; in dem 1. wird der Zusammenhang zwischen Selbstmord und Trauma bejaht, im 2. Falle verneint. Traumatisch bedingte Geisteskrankheiten, die zu Selbstmord führen, gehören zu den verhältnismäßigen Seltenheiten. Ganz besonders selten sind die echten traumatischen Geisteskrankheiten, die durch Verletzung des Schädels und Gehirns erzeugt werden. *Kurt Mendel (Berlin).*

Pometta, Angelo: Die Abfindung der traumatischen Neurose nach Artikel 82 des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes von 1911. Genf: Diss. 1928. 75 S.

Es handelt sich um einen Bericht über eine Doktordissertation, in der die Wirkung der Kapitalabfindung bei 73 Fällen von Begehrungsneurose durch nachträgliche Erhebungen geprüft wurde. Im ganzen zeigte sich, daß die Abfindung ihren Zweck, die Leute wieder an die Arbeit zu bringen, erfüllt hatte. Dort, wo sie scheinbar versagte, waren andere Faktoren maßgebend, vor allem das Alter. Eine rasche Abfindung wirkt günstiger als ein verzögertes Vorgehen, und der Heileffekt ist nicht von der Höhe der Summe abhängig. In prophylaktischer Hinsicht waren die Eindrücke weniger befriedigend. Die geübte Praxis der Abfindung scheint eine Zunahme der Neurosen zu bewirken. Die wirksamste Methode, um die Entstehung der Unfallneurosen zu verhüten, sieht der Verf. in der völligen Ablehnung der Entschädigung, wie sie seit dem Kriege in Deutschland gehandhabt wird. *E. Küppers.*

Esch, A.: Schwerhörige Kraftfahrer im Verkehr. (Univ.-Ohren-, Nasen- u. Halsklinik., Leipzig.) Z. Hals- usw. Heilk. 23, 34—38 (1929).

Die gesetzlichen Bestimmungen zur Erlangung des Führerscheines sind zur Zeit durchaus unzureichend. Die Forderung, daß der Schwerhörige mindestens 3 m Flüstersprache auf einem Ohre hören soll, gibt keinen Maßstab ab für die Leistung des Hörvermögens im praktischen Straßenbetrieb. Es kommt an auf das Hören der Umgangssprache mit beiden Ohren, auf das Erkennen der Signale und der Richtung, aus der sie kommen, auf das Abhören der eigenen Maschine und vor allem auf die Fähigkeit, alle diese Wahrnehmungen im Straßenlärm selbst zu machen. Dabei verhalten sich Mittelohr- und nervöse Schwerhörigkeit recht verschieden. 2 eindeutige Beispiele, von denen der eine Fall Anlaß zu einem Obergutachten gab, veranschaulichen diese Auffassung. Dabei wird berichtet über die Prüfung auf Umgangssprache im Geräusch mittels des Langenbeckischen Apparates (Z. f. Hals- usw. Heilkunde 20, 313, 1928) und über praktische Prüfung im Kraftfahrzeug zur lebhaftesten großstädtischen Verkehrszeit. Verf. würde es für berechtigt halten, ein ohrenärztliches Teilzeugnis grundsätzlich zu fordern, da nach Möglichkeit auch die Ursache der Schwerhörigkeit zu ergründen ist und unter Umständen Nachkontrollen auf Bestand oder Veränderung der Schwerhörigkeit notwendig wären. *Klestadt (Breslau).*

Vogt, A.: Augenverletzung und Unfallversicherung. (*Univ.-Augenklin., Zürich.*) Schweiz. med. Wschr. 1929 I, 277—281.

Die Schweizer Unfallversicherungsanstalt „Suva“ hat angeregt, für einseitige Erblindung statt ca. 25% Rente nur ca. 10% Rente + Garantieschein zu geben, d. h. Versorgung, im Falle das zweite Auge durch Krankheit erblinde. Dem Vorschlag liegt eine Statistik zugrunde, durch die der Einfluß der Einäugigkeit auf 1. das Einkommen, 2. die Konkurrenzfähigkeit, 3. das Erblindungsrisiko geprüft ist. Verf. weist darauf hin, wie extrem selten Erblindung des zweiten Auges durch Krankheit vorkomme, und daß der „Garantieschein“ ohne praktische Bedeutung sei. Demgegenüber würden durch die vorgeschlagene Skala Hornhautnarben, Linsenlosigkeit und andere Störungen der Funktionsfähigkeit noch weit unter 10% heruntergedrückt. Die Sorge für durch Krankheit Invalidgewordene habe die Alters- und Invalidenversicherung. Die Suva bzw. ihr Sprecher Gervais wolle auch die Garantie nur bei „völliger Erblindung“ eintreten lassen, welche er bei „Fingerzählen in 2 m“ definiert. Demgegenüber wird darauf hingewiesen, daß die Fachliteratur „praktische Blindheit“ schon bei einer Herabsetzung des Sehens auf ca. $\frac{1}{10}$ der Norm annimmt. Die Garantie sei völlig ungenügend, wenn sie die Krankheitszustände des zweiten Auges, die der völligen Erblindung vorausgingen, nicht umfasse, sie rechtfertige keinesfalls eine so erhebliche Rentenreduktion. Die Statistik berücksichtige nicht Alter, Berufsart und Dauer der Beobachtung der Einäugigen. Die Konkurrenzfähigkeit sei im Zeitalter des Motors und der Eisenindustrie weit mehr als um 5% (wie jene Statistik behaupte) beeinträchtigt. Ideelle Einbuße der Einäugigen bei Heirat, Stellensuche, Ängstlichkeit vor Gefährdung des einzigen Auges sind zahlenmäßig nicht zu erfassen. Die deutsche Schätzung von 25—33% beruhe nicht auf Willkür, sondern auf Erfahrung vieler Jahrzehnte.

Börnstein (Berlin).

Rubensohn: Die Spätfolgen eines Herzleidens. (Zur Frage der Dienstbeschädigung.) Med. Klin. 1928 II, 1912—1914.

Ein Mann, der vor seinem Dienstantritt stets gesund und weder lungen- noch herzkrank gewesen war, erkrankte während der Dienstzeit 1917 an einem nicht spezifischen Bronchialkatarrh; bei einer erneuten Lungenuntersuchung im Oktober 1917 wurde auch ein Herzfehler festgestellt, die Lunge aber wieder gesund befunden. Erst 1924 zeigte er deutlichere tuberkulöse Lungenerscheinungen, die aber als DB-Leiden vom Versorgungsamt abgelehnt wurden, da es sich um eine erst in den letzten Jahren aufgetretene Erkrankung handele. 1926 stellte der Betreffende Antrag auf Rente wegen des Herzleidens, das er sich im Felde zugezogen habe. Im versorgungssärztlichen Gutachten wurde ein Klappenfehler nicht angenommen, aber eine gewisse Erregbarkeitssteigerung des Herzens, die auf endotoxische Einflüsse seitens der 1924 gefundenen Lungentuberkulose zurückgeführt wurde. Verf. lehnte einen solchen endotoxischen Einfluß ab, da die klinischen Erscheinungen und die Kompensation des Herzfehlers, der aus einer Herzverbreiterung, einem systolischen Geräusch und der Hypertrophie des rechten Ventrikels geschlossen wurde, auf eine ältere Herzerkrankung als die 1924 festgestellte Tuberkulose hinwies. Er erklärte die Herzaffektion als eine Krankheit *sui generis*, die durch die Strapazen des Feldzuges bedingt sei, indem diese bei einem wenig widerstandsfähigen Körper zu Herzstörungen geführt hätten. Es müsse KDB im Sinne einer Verschlimmerung anerkannt werden, wobei gleichgültig (?) sei, daß das Leiden sich jahrelang nicht kundgetan oder in Anbetracht der etwas vagen Beschwerden, die ebenso für ein Lungen- wie ein Herzleiden sprechen konnten, auf andere Leiden hingedeutet habe.

Ziemke (Kiel).

Franck, Erwin: Die Bedeutung bestehender Herzleiden für das Eingehen einer privaten Unfallversicherung. Ärztl. Sachverst.ztg 35, 83—86 (1929).

Während nach der RVO. die gesetzlichen Leistungen auch gewährt werden, wenn ältere Leiden „wesentlich“ mitwirkende Bedeutung für das Zustandekommen der Schädigung haben, bleibt die Privatunfallversicherung darauf angewiesen, Antragsteller mit bereits vorhandenen Leiden entweder abzuweisen oder das erhöhte Risiko durch erhöhte Prämien auszugleichen. Verf. bespricht die Bedeutung bestehender Herzleiden für das Eingehen einer privaten Unfallversicherung und kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Organische Herzleiden führen durch damit verbundene Schwächezustände und Schwindelanfälle häufig zu Unfällen. Der ursächliche Zusammenhang der direkten Unfallfolgen mit dem Grundleiden ist alsdann nicht immer sicher erkennbar und der Einfluß des letzteren schwer abzuschätzen. 2. Organische Herzleiden sind geeignet,

den Verlauf jeder Unfallerkrankung zu komplizieren, ohne daß dies oft mit Sicherheit nachweisbar ist. 3. Organisch Herzkrankte sind nur im Anfangsstadium bei guter Kompensation und nach vorausgegangener ärztlicher Untersuchung auf begrenzte Zeit unter Anwendung der mit dem Namen „Herzklausel“ bezeichneten Einschränkung in die private Unfallversicherung aufzunehmen. Die Herzklausel schließt eine Entschädigung aus, wenn der Tod bei einem gesunden Menschen voraussichtlich nicht infolge des Unfalls eingetreten wäre. *Ziemke (Kiel).*

Tattersall, Norman: The relation between trauma and tuberculosis: From the physician's point of view. (Die Beziehungen zwischen Trauma und Lungentuberkulose vom Standpunkt des Arztes.) Brit. med. J. Nr 3545, 1088—1089 (1928).

Von 300 aufeinanderfolgenden Fällen von Lungentuberkulose wurde bei 6 ein Unfall als Ursache beschuldigt; hiervon waren 4 klar auf den Unfall zurückzuführen. Es werden folgende Fragen in jedem Falle zur Entscheidung der Beziehungen zwischen Unfall und Tuberkulose zur Beantwortung vorgeschlagen: 1. War der Patient vor dem Unfall aktiv oder passiv tuberkulös; in ersterem Falle, wie war die Prognose? 2. War mit Sicherheit ein Unfall vorhanden und konnte dieser einem aktiven oder ruhenden Lungenherd Schaden zufügen? 3. Welche Zeit verging zwischen Unfall und Diagnose? Welche Symptome zeigten sich in dieser Zwischenzeit? 4. Ist der gegenwärtige Zustand und der Verlauf der Erkrankung derart, daß es möglich war, daß der Unfall einen bestehenden latenten oder schon inaktiven Herd erneut aufflammen ließ? *Brinkmann (Schömborg).*^{oo}

May, Otto: The relation between trauma and tuberculosis: From the point of view of accident insurance. (Die Beziehungen zwischen Trauma und Tuberkulose vom Standpunkt der Versicherungsgesellschaften.) Brit. med. J. Nr 3545, 1090 bis 1091 (1928).

Einteilung der durch Unfall verursachten Tuberkulosefälle in 1. Fälle, bei denen ein schon vorhandener tuberkulöser Herd wieder aufflammt; 2. Miliartuberkulose im Gefolge eines Unfalles am Ort eines tuberkulösen Krankheitsherdes; 3. Fälle ohne auf Tuberkulose verdächtige Vorgeschichte; 4. Tuberkulose nach einem Unfall irgendeines Körperteils. Für den Praktiker kommt es darauf an, zu beurteilen, ob zwischen dem beschuldigten Trauma und der nachfolgenden Tuberkulose ein Kausalzusammenhang besteht. *Brinkmann.*_o

Pilod: Contusion thoracique et tuberculose pulmonaire. (Thoraxkontusion und Lungentuberkulose.) Paris méd. 1929 I, 27—34.

Während Schußverletzungen der Lungen so gut wie nie den Anlaß zur Entwicklung einer Lungentuberkulose geben, sind die Konsequenzen von Thoraxkontusionen reichlich mit dieser Erkrankung belastet. Verf. berichtet über einen typischen Fall eines Fliegers, bei dem einige Monate nach einem Absturz und nach Überwindung der unmittelbaren Folgen eine Lungentuberkulose auftrat. Diesen auffallenden Unterschied zwischen Kontusion und Verwundung als auslösendes Moment einer Tuberkulose glaubt Verf. so erklären zu müssen, daß durch eine Verwundung so gut wie nie die vorwiegend zentral, besonders im Hilus gelegenen alten Herde der Kindheitsinfektion getroffen werden, während durch eine Kontusion alle Lungenteile in gleicher Weise in Mitleidenschaft gezogen werden. Dazu kommt die Begünstigung des Wachstums der Bacillen durch das zerrissene und oft blutdurchtränkte Lungengewebe. So kann die Tuberkulose sehr fern vom Orte des Traumas, sogar auf der entgegengesetzten Seite entstehen. Die Zahl der traumatischen Tuberkulosen scheint Verf. im Gegensatz zu anderen Angaben drei auf Tausend kaum zu überschreiten. Der Verlauf der traumatischen Tuberkulose unterscheidet sich nicht von dem einer banalen, man beobachtet nur recht häufig eine zur Benignität neigende Entwicklung der Erkrankung. Vom gutachtlichen Standpunkt ist zu beachten, daß ein längerer Zwischenraum als 4—6 Monate zwischen Trauma und tuberkulöser Erkrankung, die als solche natürlich oft noch nicht erkannt wurde, einen Zusammenhang zwischen beiden höchst unwahrscheinlich macht. Posttraumatische Blutungen können noch jahrelang nach der Verletzung auftreten, ohne daß eine Erkrankung der Lungen damit angedeutet ist.

*Bramsfeld (Donaustauf).*_o

Krutzsch: Ein tuberkulöses Frühinfiltrat als Gerichtsfall. (*Inn. Abt., Landeskrankenkeh. u. Hauptamtl. Tbk.-Fürsorgestelle, Altenburg i. Thür.*) Münch. med. Wschr. 1928 II, 2061—2063.

Ein 33-jähriger Kaufmann, der sonst nie ernstlich krank gewesen war, erlitt durch Zusammenstoß seines Motorrades mit einem Personenkraftwagen einen Unfall und starb 5 Monate danach an Lungentuberkulose. 2 Monate vor dem Unfall wurde bei ihm eine akute Luftröhrenentzündung festgestellt. Direkt nach dem Unfall konnte derselbe Arzt über den Lungen nichts Krankhaftes feststellen. Zur Behandlung der äußerlichen Verletzungsfolgen wurden Höhensonnenbestrahlungen verordnet und zwar täglich, so daß diese Unfallfolgen nach 3 Wochen behoben waren. Der Kaufmann setzte seine Berufstätigkeit fort und führte seine anstrengenden Geschäftsreisen größtenteils mit dem Motorrad aus. 4 Wochen nach dem Unfall, etwa 2½ Monate nach der akuten Luftröhrenentzündung erkrankte der Kaufmann schwer und es wurde ein schwerer Krankheitsbefund über den Lungen erhoben. Der Krankheitsverlauf führte in kurzer Zeit nach knapp 4 Monaten zum Tode. Verf. beurteilt den Verlauf hauptsächlich auf Grund der sog. neuen Lehre der Tuberkuloseentstehung. Er setzt den Beginn der ausgebreiteten Lungentuberkulose mit der akuten Luftröhrenentzündung gleich und er ist der Ansicht, daß eine damals vorgenommene Röntgenaufnahme das typische Frühinfiltrat hätte sicher erkennen lassen. Nach seiner Ansicht hätte der Mann die Berufstätigkeit lassen müssen, es hätte eine Kur gebraucht werden müssen und evtl. wäre eine Pneumothoraxbehandlung in Frage gekommen, die Höhensonnentherapie hätte unterbleiben müssen. Die ärztlichen Gutachter mußten sich dahin aussprechen, daß der Motorradunfall einen seit 2 Monaten lungenkranken Mann betroffen habe, wenn die röntgenologische Diagnose vorgelegen hätte. Nach der bisherigen Anschauung vom apiko-caudalen Beginn und Verlauf der Tuberkulose wäre vermutlich die Anerkennung des tödlichen Ausganges als reine Unfallfolge erfolgt und hätte die volle Unfallversicherungssumme an die Hinterbliebenen zuerkannt werden müssen, während nach der neuen Lehre der Unfall eine bestehende Erkrankung verschlimmert hätte.

Schellenberg (Ruppertsheim i. T.).

Quenée et Muller: Un cas d'ostéo-sarcome développé après un accident du travail. (Ein Fall von Osteosarkom nach Betriebsunfall.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 11. II. 1929.*) Ann. Méd. lég. etc. 9, 122—125 (1929).

Ein Arbeiter, der am 3. IX. aus einer Höhe von 3 m herabgestürzt war und sich dabei eine indirekte Knieverletzung zugezogen hatte, versuchte trotz Schmerzen weiterzuarbeiten, wurde am 18. IX. arbeitsunfähig. Am 18. X. wird an der Tibia eine schmerzhaft Anschwellung konstatiert. Die Röntgenuntersuchung am 29. X. ergibt einen periostitischen Prozeß, und die Möglichkeit der indirekten Entstehung der Affektion durch das Trauma wird anerkannt. Am 16. XII. neuerliche Röntgenuntersuchung ergibt eine rarifizierende Ostitis des Tibia- und Wadenbeinkopfes. Die am 19. XII. vorgenommene Probeexzision ein Osteosarkom. Am 24. XII. werden Lymphdrüenschwellungen in inguine konstatiert. Die mikroskopische Untersuchung der Lymphdrüsen ergab ein auf entzündlicher Basis entstandenes polymorphzelliges Sarkom. Die Autoren glauben mit diesem Falle den Beweis erbracht zu haben, daß auch ein indirektes Trauma zur Entwicklung eines Sarkoms führen kann bzw. im konkreten Fall geführt hat. Der Fall scheint keineswegs einwandfrei erwiesen.

Kalmus (Prag).

Magnus, Georg: Die Behandlung und Begutachtung von Wirbelbrüchen. (*Chir. Abt., Krankenh. Bergmannsheil, Bochum.*) Münch. med. Wschr. 1929 I, 527—530.

Gerade im Bergwerkbetriebe sind Wirbelsäulenbrüche sehr häufig. Magnus hat von 1925—1927 angeblich 1017 Wirbelbrüche festgestellt; Haumann hatte bis 1928 in 10 Jahren 893 Wirbelbrüche im Ruhr-Kohlenrevier gesammelt. (Sollten diese Fälle nicht bei 1017 eingerechnet sein? Ref.). Die überwiegende Mehrzahl erfolgt im Bergwerkbetrieb durch Stein- oder Kohlefall, nämlich 71%, der Rest kommt auf Abstürze im Schacht oder Verletzungen im Förderkorb. Einen „Verhebungsbruch des 5. Lendenwirbels“, von dem sonst viel die Rede ist, hat M. nie gesehen; Fehldiagnosen bei der Annahme eines solchen sind offenbar häufig. Die Gefahren von Transport, Lagerung und Untersuchung des Wirbelverletzten werden zweifellos überschätzt, die meist vorhandene Einkeilung der Fragmente verringert diese Gefahr. Die Prognose der Wirbelbrüche ist nur mit äußerster Vorsicht zu stellen; denn zunächst sind die entgültig persistenten Querschnittslähmungen infolge völliger Durchquetschung von den vorübergehenden Störungen durch Hämatomyelie oder Ödem nicht zu unterscheiden, auch nicht bei Röntgenaufnahmen. Selbst harmlos aussehende Frakturen können zu kompletten und dauernden Lähmungen führen; es gibt andererseits auch groteske Brüche und Luxationen ohne wesentliche funktionelle Störung. Man sei

also in der Prognosenstellung vorsichtig, aber nicht zu pessimistisch. Ist das Rückenmark durchgequetscht, dann bleibt die Lähmung natürlich bestehen und jede Operation ist zwecklos; M. hat niemals eine primäre Laminektomie gemacht. Die Mehrzahl der Wirbelbrüche stirbt bei vorhandenen Lähmungen in den ersten Wochen; der Rest der letzteren kommt durch und hat ein erträgliches Dasein, in vielen dieser Fälle wird nach einiger Zeit der Dauerkather überflüssig, entweder läuft der Urin durch die Blase hindurch ab oder der Kranke drückt sich die Blase manuell aus oder kommt sonst auf einen selbst gefundenen Ausweg. Ascendierende eitrig-jauchige Pyelonephritis mit oder ohne Konkrementbildung (Koliken schmerzhaft) beenden für gewöhnlich das Krankengelage. Subjektiv für den Verletzten ist das schlimmste das Auftreten schwerer Neuralgien, die manchmal schon nach Monaten, manchmal nach Jahren zu Eingriffen zwingen, z. B. zu Nervenresektionen, Lokalanästhesierungen usw. Von der Anlegung eines Extensionsverbandes hat M. nichts besonderes gesehen, weil eben abnorme Beweglichkeit bei Wirbelfrakturen kaum jemals vorhanden ist. Reparable Prozesse (Ödem oder Blutung im Rückenmark) kommen auch ohne Extensionsbehandlung zur Heilung und solche mit Zertrümmerung des Rückenmarkes gehen meist doch bei jeder Behandlung rasch zugrunde. Alle im Krankenhaus Weiterbehandelten oder mit Lähmung nach Hause Entlassenen beziehen Rente von 100%, die völlig Gelähmten außerdem Pflegegeld als Entschädigung für Baraufwand an die tatsächlich pflegenden Personen (zwischen 25 und 75 M., im Durchschnitt 50 M.). Sehr günstig sind die Heilungsaussichten bei Wirbelbrüchen ohne Beteiligung des Zentralnervensystems eben deswegen, weil meist eine Einkeilung der Fraktur mit denkbar geringster Neigung zu sekundärer Verschiebung und mit günstigen Bedingungen für die Callusbildung gegeben ist. M. ist ein Gegner des Stützkorsetts, ordnet 4 Wochen feste Rückenlage an, dann Aufsitzen im Bett, ab 6. Woche vorsichtiges Aufstehen, Massage und Bewegungsübungen. Die Massage wird zweckmäßig im Bett schon ab 3. bis 4. Tag mit Vorsicht begonnen. Tragen eines Stützkorsetts führt im Gegenteil zu Knochenatrophie und zur Gefahr des nachträglichen Zusammensinkens beim Fortlassen des Korsetts. Bei der genannten Behandlungsweise hat M. niemals eine traumatische Spondylitis oder eine Insuffizienzform gesehen. Was die Begutachtung anbetrifft, so werden alle die Nichtgelähmten unbedingt als aussichtsvoll hinsichtlich der Wiedergewinnung der Arbeitsfähigkeit zu erachten sein, sogar die schwere Hauerarbeit im Bergwerk wurde wieder aufgenommen von 10 Verletzten im 1. Jahr, von 8 Verletzten im 2., von 4 Verletzten im 3., von 3 Verletzten im 4., von je 2 Verletzten im 5., 6. und 7. Jahr, von je 1 Verletzten sogar noch im 11. bzw. 12. Jahr. 33 Hauer sind mit einem überstandenen Wirbelbruch z. Z. in der Arbeit! Hinsichtlich der Rentenfestsetzung wurde schon erwähnt, daß Fälle mit Rückenmarkslähmung mit 100% zu bewerten sind, solche ohne Lähmungen müssen je nach Verhältnissen, Alter, Allgemeinbefinden, Gibbus usw. bewertet werden: nach der Krankenhausentlassung etwa im 4. bis 5. Monat 40—60%, gegen Ende des 1. Jahres 20—40%. Im Gutachten ist besonders die Beugefähigkeit der Wirbelsäule zu berücksichtigen, die Zahl der cmm, welche die Fingerspitzen beim Bücken mit gestreckten Knien und hängenden Armen vom Boden entfernt bleiben, zu messen, ist besonders wichtig. Die subjektiven Erscheinungen (Klopfempfindlichkeit und Stauchungsschmerz) dürfen nicht überschätzt werden, eine Röntgenkontrolle von Zeit zu Zeit ist notwendig, um Bestehen oder Fortschreiten einer Spondylarthritis festzustellen. Im 2. Jahre Herabsetzung der Rente auf 10—30%; Fälle, die nach dem 3. Jahr noch 10% behalten, kämen für die Abfindung mit dem 3fachen Betrag der Jahresrente in Frage. Zusammenfassend also: Behandlung der Wirbelbrüche ohne Fixierung, ohne Stützkorsetts in flacher Rückenlage 6 Wochen lang mit baldiger Massage, dann sind die Enderfolge, sofern nur das Rückenmark unbeteiligt ist, durchaus ermutigend.

H. Merkel (München).

Brandis, W.: Arthritis deformans und Unfall. Med. Klin. 1929 I, 480—481.
Ein 62jähriger Werkmeister, der $\frac{1}{2}$ m tief auf einen Transportkarren durch Ausrutschen

gefallen war und zunächst nur Verletzungen im Gesicht und am rechten Bein hatte, klagte nach mehreren Tagen über Schmerzen in der rechten Gesäßhälfte und stellte nach 7 Tagen die Arbeit ein. Der Arzt fand Druckempfindlichkeit am Gesäß, die er als rheumatisch ansah und verordnete Massage. Angeblich war durch das Massieren ein alter Leistenbruch stärker hervorgetreten, so daß eine Operation vorgenommen wurde. Nach 2 Jahren ließ sich der Mann in einer chirurgischen Universitätspoliklinik behandeln wegen starker Schmerzen an den Hüften. Hier wurde ein Einfluß des Unfalls auf den Leistenbruch abgelehnt und ebenso ein Zusammenhang einer Arthritis deformans mit dem Unfall. Der Vertrauensarzt der B.G. hielt Entstehung des Gelenkleidens durch den Unfall gleichfalls für ausgeschlossen, da Rentenansprüche erst $8\frac{1}{2}$ Monate nach dem Unfall gestellt wurden, der Verletzte noch 7 Tage weiter gearbeitet hatte und am rechten Bein Verletzungsfolgen nicht vorhanden gewesen waren. Ein Pathologe eines Universitätsinstituts unterstellte die Behauptung des Verletzten als richtig, daß er bei dem Unfall eine starke Quetschung und Blutung im rechten Gesäß erlitten und heftige nur mit Anstrengung zu überwindende Hüftschmerzen gehabt habe. Er erklärte die Anschauung, daß das Gelenkleiden eine einfache Alterserscheinung sei für einseitig und hielt es nicht nur für möglich, sondern nach dem Verlauf auch für wahrscheinlich, daß der Unfall das konstitutionell bedingte schon vorhandene Gelenkleiden fäh verschlimmert habe. Der Gerichtsarzt des OBV. trat dem entgegen, das OBV. lehnte den Antrag ab. Auf den eingelegten Rekurs lehnte auch das RVA. den Rentenanspruch ab unter Berufung auf das Gutachten einer chirurgischen Universitätsklinik, das der Annahme des Pathologen entgegentrat, die Bettruhe nach der Bruchoperation habe die Arthritis verschlimmert, es läge ebensowenig ein Grund für die Annahme des Pathologen vor, daß der Unfall erheblich gewesen und das Gelenk direkt betroffen worden wäre, zumal sich auch am linken Hüftgelenk ähnliche Veränderungen vorfinden. Ein Unfall könne bei einer Arthritis deformans gewiß eine Rolle spielen, besonders wenn ein bereits geschädigtes Gelenk getroffen werde, es werde ihm jedoch vielfach eine übermäßige Bedeutung zuerkannt. Es wurde noch festgestellt, daß der Verletzte vor dem Aufsuchen der Universitätspoliklinik noch einen zweiten, vermutlich erheblicheren Unfall erlitten hatte, der einen frischen Bluterguß und eine Schwellung der rechten Gesäßhälfte zur Folge gehabt hatte. Der erste Unfall sei nicht von erheblicherer Natur gewesen, eine Verschlimmerung des bestehenden Gelenkleidens daher unwahrscheinlich.

Ziemke (Kiel).

Steinmann, Fr., und K. Waegner: Unfall- und Berufsschädigungen der Wirbelsäule beim Lastentragen. (*Engeriedspit., Bern.*) Schweiz. med. Wschr. 1929 I, 73—77.

Das Lastentragen ist ein Beruf mit einer hohen Unfallziffer. Als durch Lastentragen bedingte Berufsschädigungen sind besonders zu nennen: Leistenbrüche, Platt- und Knickfüße, Varicen und Rückgratverkrümmungen. Letztere werden von den Verff. besonders eingehend besprochen. Je höher die ständige Belastung einer Wirbelsäule ist, um so mehr ist diese einerseits der Gefahr einer Unfallverletzung ausgesetzt, und um so höher ist für sie andererseits das Risiko wiederholter kleiner traumatischer Insulte, die durch ständiges Rezidivieren allmählich zur Entwicklung einer traumatischen Spondylitis oder Spondylarthrose führen. Besonders gefährdet sind Individuen mit asthenischem Habitus. Nicht selten sind bei Lastenträgern die ankylosierende Spondylarthrose und die Spondylitis deformans, ferner Erkrankungen und Verletzungen im Gebiet des Lumbosakralgelenks. Die Frage bezüglich eines gesetzlich zulässigen Höchstgewichtes der Traglasten ist zu regulieren.

Kurt Mendel (Berlin).

Fuss, S., und P. S. Meyer: Sollen die sogenannten „Gewerbeekzeme“ mit in die Unfallversicherung einbezogen werden? (*Dermatol. Abt., Städt. Krankenh., Ludwigshafen a. Rh.*) Klin. Wschr. 1929 I, 175—176.

Fuß und Meyer fassen ihre Anschauungen über den Begriff der Gewerbeekzeme folgendermaßen zusammen: Als Gewerbeekzeme sind nur solche Ekzeme anzuerkennen, bei denen entweder nur der Arbeitsstoff bei einer funktionellen Prüfung reizt oder bei denen der betreffende Kranke an sich eine polyvalente Überempfindlichkeit zeigt und der in Frage stehende Reizstoff bekanntermaßen bei einem gewissen Prozentsatz von Arbeitern Reizungen hervorruft. Bei polyvalenter-unspezifischer Sensibilisierung der Haut auch durch Stoffe, die nie oder ganz selten Ekzeme verursachen, ist das Vorliegen einer Berufsschädigung nicht mit Sicherheit zu entscheiden, der Zustand kann vielmehr sehr wohl außerberufliche Ursachen haben. Die schnell heilenden und durch vorbeugende Maßnahmen nicht zu Rezidiven kommenden Gewerbeekzeme sollten nicht aus der Kranken- in die Unfallversicherung genommen werden (Vergleich mit den Unfallneurosen); nur wo durch ein Gewerbeekzem mit polyvalenter Sensibili-

sierung eine dauernde Arbeitsunfähigkeit eintritt, ist die Unfallversicherung am Platze. Aus prophylaktischen Gründen sollte in Fabriken, wo mit solchen ekzematoforen Reizstoffen gearbeitet wird, die Hautempfindlichkeit des Personals geprüft werden.

W. Fischer (Berlin)._o

Kaufmann, E.: Diabetes und Trauma. Zugleich ein Beitrag zu Bronzediabetes und Marmorknochenkrankheit. Klin. Wschr. 1929 I, 356—359.

Einigen wenigen, vom Verf. besprochenen Fällen von meist unsicherem Zusammenhang zwischen Diabetes und Trauma fügt er einen weiteren hinzu. Bei einem Polizeibeamten, der 2 Schläge gegen den Bauch erhalten hatte, wurde 2 Monate später Diabetes festgestellt, der einen hochgradig progredienten Verlauf nahm und in Kürze letal endete. Sektion des Pankreas ergab keine Residuen einer alten Blutung oder Gewebszertrümmerung bei normaler Inselzahl; ferner eine starke braune Pigmentierung der Muskulatur und der Organe (Hämochromatose) sowie eine ausgeprägte Eburnisation der Knochen. Verf. will die beiden Syndrome, endostale Sklerose und Bronzediabetes, mit endogenen Störungen der Knochenmarksfunktion und Hämatopoese erklären, „womit ihr bisher noch nicht beobachtetes kombiniertes Auftreten gleichzeitig eine Erklärung fände. Damit wird die Pankreaserkrankung ihrer führenden Rolle entkleidet... Damit fällt in diesem Falle die wissenschaftliche Berechtigung der Annahme eines Kausalzusammenhanges von Trauma und Diabetes.“ Außerdem wird das ganze Problem noch von der versicherungstechnischen Seite aus beleuchtet.

Perger (Freiburg)._o

Labbé, Marcel: A propos du diabète traumatique. (Bemerkungen zum traumatischen Diabetes.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 11. II. 1929.*) Ann. Méd. lég. etc. 9, 115—116 (1929).

M. Roussellier berichtete von der Seltenheit des Diabetes infolge Trauma. Er glaubte 2 Fälle anführen zu können, welche als Beispiele einer Zuckererkrankung durch Trauma aufzufassen seien (diese Fälle wurden in den „Annales de médecine légale, no. de décembre 1928“ veröffentlicht und in dieser Zeitschrift 13, 159 referiert). Hierzu nimmt M. Labbé Stellung. Er lehnt den ersten Fall, in dem ein Mensch von 65 Jahren nach einem Trauma 10 Tage später noch 0,82 g Zucker pro Liter hatte und in welchem nach etwa 2 Monaten der Zucker infolge eines neuen seelischen Traumas verschwand, als typischen Diabetes ab, weil der Nachweis von Zucker allein nicht genüge, um das Krankheitsbild zu sichern. Es wird vom Verf. z. B. an Infektionskrankheiten erinnert, bei denen ebenfalls im Urin Zucker nachzuweisen ist. Auch sei die Menge des Zuckers so klein, daß von einem Diabetes nicht die Rede sein könnte. In dem zweiten Falle gab der Verf. zu, daß es sich zwar um eine Zuckererkrankung handele, aber sehr wohl die Möglichkeit bestehe, wie auch M. Roussellier selbst zugegeben habe, daß die Erkrankung schon vorher bestanden hätte. Demnach kann nicht einwandfrei festgestellt werden, ob es sich um einen traumatischen Diabetes handelt.

Foerster (Münster, Westf.).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

Neisser, Clemens: Drei gutachtliche Berichte, erstattet an den Herrn Landeshauptmann von Niederschlesien. I. Ist mit weiterer Zunahme anstaltspflegebedürftiger Geisteskranker zu rechnen und welche Ursachen sind als zugrundeliegend anzusehen? Psychiatr.-neur. Wschr. 1929 I, 219—221.

Am 1. I. 1926 war der Krankenbestand in den preußischen Irrenanstalten um 16985 Köpfe niedriger als am 1. I. 1914. Seit 1924 ist ein ständiges Ansteigen der Zugänge zu erkennen. Neisser erklärt das mit dem Inkrafttreten des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes (1. IV. 1924). Gerade der Zugang an Imbecillen und Epileptikern hat seitdem eine Steigerung erfahren. Eine besonders große Steigerung der Zugänge weisen die Gruppen Hysterie und Neurasthenie auf. N. glaubt, daß es sich dabei um direkte Kriegsfolgen handelt. Er ist der Ansicht, daß der Umstand, daß durch eine veränderte Einstellung der Versorgungsämter bezüglich der Anerkennung der Kriegsdienstbeschädigung die Gewährung von Renten und Heilverfahren nur ganz ausnahmsweise erreicht wird, den Fürsorgeverbänden eine große, ungerechtfertigte Belastung auferlegt. Ferner haben bei der Rubrik „Andere Nervenkrankheiten“ die Zugänge zugenommen (von 337 im Jahre 1913 auf 1644 im Jahre 1926), was durch die Encephalitis zu erklären ist. Ein Anwachsen der manisch-depressiven und schizophrenen Psychosen ist nicht zu erkennen, auch die Zahl der Paralytiker ist nicht gestiegen, dagegen auffällig die der senilen Psychosen; als Grund hierfür nennt N. die allgemeine Steigerung der Langlebigkeit und die ungünstigen Wohnungs- und wirt-