

der auf Absonderung und Ansteckungsverhütung bezüglichen Bestimmungen dieser Gesetze, für den beamteten Arzt das Recht abgeleitet werden kann, dem Kurpfuscher die Behandlung ansteckender Krankheiten zu verbieten. *Erich Hesse (Berlin).*^{oo}

Versicherungsrechtliche Medizin.

Rossolimo, G. I.: Über akute traumato-syphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems. (*Nervenklin., I. Staatsuniv., Moskau.*) Z. Neur. 118, 399—404 (1929).

Rossolimo gibt eine eingehende Schilderung von 2 Fällen, bei deren erstem es sich um eine multiple Herdaffektion des Hirns, beim zweiten um eine umschriebene Affektion des Rückenmarks handelte. Bei beiden Fällen entwickelten sich die Erscheinungen seitens des Zentralnervensystems fast unmittelbar nach Unfällen, von denen der eine schwerer, der andere allerdings nur leichter Art war. Spezifische Behandlung brachte weitgehende Besserung. Darin, daß es wichtig ist, bei nervenkranken Traumatikern immer auch an eine Lues zu denken, ist R. gewiß zuzustimmen. Die Frage: post oder propter hoc wird in jedem solchen Fall jedoch nur individuell zu entscheiden sein. *Fleck (Göttingen).*_o

Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für Gehirnbembolie abgelehnt. Med. Klin. 1929 I, 232—235.

Gehirnbembolie als Folge eines Herzklappenfehlers abgelehnt, dafürluetische Erkrankung angenommen. *Hauptmann (Halle).*_o

Ritter, Ad., und K. Strebel: Neue Beiträge zur Kenntnis der *Commotio medullae oblongatae* (Ritter), der *Commotio cerebri s. s.* und der *Contusio cerebri diffusa*. (*Chir. Univ.-Klin., Zürich.*) Mschr. Unfallheilk. 35, 369—384 u. 419—435 (1928).

Die Verff. haben in Verfolgung früherer Untersuchungen sich bemüht, in das Gebiet der Gehirnerschütterung etwas Klarheit zu bringen und unterscheiden auf Grund der Befunde von 349 Krankengeschichten eine *Commotio medullae oblongatae*, eine *Commotio cerebri s. s.* und eine *Contusio cerebri diffusa*. Davon stellt die erstere eine Alteration des verlängerten Marks mit Atem- und Zirkulationsstörungen, leichter Pulsbeschleunigung, Erbrechen, Blutdruckveränderungen, Bewußtlosigkeit von einigen Minuten bis zu 5 Stunden und meist auch mit retrograder Amnesie dar. Charakteristisch ist die Vergänglichkeit der Erscheinungen, die gleich nach dem Unfall ihren Höhepunkt erreichen und dann stetig abnehmen. Es folgen meist ein depressives Stadium von 1—3 Tagen, manchmal noch ein Exaltationsstadium von 2 Tagen, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, mangelhafte Konzentrationsfähigkeit usw. Bestimmte anatomisch-histologische Veränderungen fehlen. Die theoretischen Grundlagen für das Zustandekommen der Bewußtlosigkeit vom verlängerten Mark aus werden erörtert. — Das graduell höherstehende Stadium der *Commotio cerebri s. s.* zeigt mannigfaltigere und langsamer sich zurückbildende Erscheinungen; die Spätfolgen sind häufiger und schwerer. Charakteristisch ist die Großhirnkomponente mit leichten Zuckungen im Gesicht und in den Gliedmaßen, wechselnder Pupillendifferenz usw. Eine stärkere Intensität der Gewalteinwirkung ist hier vorhanden. Die Bewußtlosigkeit ist nicht so konstant; wenn vorhanden, aber von längerer Dauer. Ebenfalls ist das Erbrechen nicht so häufig. Leichte Temperaturerhöhungen finden sich ziemlich regelmäßig, auf die verschiedenen Möglichkeiten der Deutung sei verwiesen. Histologisch festzustellende Veränderungen, die in Blähung des Zelleibs, staubförmiger Homogenisierung der chromaffinen Zeichnung, ganz kleinen Nekroseherden usw. bestehen, bilden die anatomische Grundlage des klinischen Bildes. Hier spielen unmittelbare traumatische Schädigungen eine Rolle im Gegensatz zu den mehr funktionellen vasculären Störungen bei der *Comm. med. obl.* — Schließlich stellt die *Contusio cerebri diffusa* die schwerste Form der allgemeinen Gehirnerschütterung mit deutlichen vielfachen zerstreuten Herdsymptomen der verschiedensten Zonen dar. Bezeichnend sind das Diffuse der Erscheinungen und die Inkonstanz der Lokalisation. Dadurch grenzt sich diese Art scharf gegenüber der schweren lokalisierten Hirnzertrümmerung, der *Conquassatio cerebri*, mit ihren groben Defekten und bleibenden Ausfallssymptomen

ab. Erbrechen ist verhältnismäßig selten, die Bewußtlosigkeit dauert länger. Pathologisch-anatomisch finden sich Quetschungsherde über das ganze Gehirn verbreitet, punktförmige Blutungen, Gewebszerfall, und als Reste davon bräunliche Narben. Die primäre Ausdehnung der Gehirnherde ist geringer als die sekundäre. — Verff. haben nun die Heilungserfolge nachgeprüft und festgestellt, daß bei der Wiederaufnahme der Arbeit nur ein Teil der Patienten beschwerdefrei war, und zwar in der ersten Gruppe 45%, in der zweiten 25% und in der dritten 0%. Nach der Wiederaufnahme der Arbeit traten außer bei der letzten Gruppe noch Besserungen ein. Von den nachkontrollierten Fällen waren 81% der ersten Gruppe ohne Beschwerden, 62,5% der zweiten und keiner der dritten Gruppe. Von den übrigen wurde vor allem über Kopfschmerzen und Schwindelgefühl geklagt. Als objektive Zeichen finden sich manchmal eine Pupillendifferenz in dem Sinne, daß die betroffene Seite eine Vergrößerung bei normaler Lichtreaktion zeigt. — Für die Auswirkung im praktischen Leben wird eine Berufsübersicht gegeben. — Diabetes wurde nie beobachtet, auch keine einwandfreie Epilepsie. Psychische Störungen sind in der 1. Gruppe als Neurosen aufzufassen, in der zweiten als Encephalosen mit organischer Grundlage, während in der 3. Gruppe Kontusionspsychosen konstanter Art überwiegen, die zu wirklichen geistigen Schwächezuständen führen können. Nach Abklingen des primären Zustandes sind die sekundären Erscheinungen in der 1. Gruppe nach spätestens 10 Wochen mit einer Auszahlung von 5—10% eines Jahresverdienstes zu entschädigen. Bei der 2. Gruppe können die schweren Psychoneurosen mit einer Summe abgefunden werden, die 10—20% auf die Dauer von 5—6 Jahren entspricht, während die Kontusionspsychosen einer Schätzung von 35—50% auf 8—10 Jahre gleichkommt. Die Defektpsychosen werden mit jährlichen Renten abgefertigt (35—100% auf Lebensdauer). *Joh. Volkmann (Halle).*

Lattes, Leone: Le alterazioni della personalità morale e sociale da infortunio del lavoro. (Die Veränderungen der moralischen und sozialen Persönlichkeit infolge von Arbeitsunfällen.) *Arch. di Antrop. crimin.* 48, 679—686 (1928).

Während das Strafgesetz keine Milderungsgründe für Individuen mit bloß moralischen oder sozialen Defekten anerkennt, muß die Unfallsmedizin mit der Möglichkeit eines isolierten Vorkommens von erworbener ethischer und sozialer Minderwertigkeit als Folge von exogenen Schädigungen rechnen. Vor allem sind es Infektionen, aber auch Schädeltraumen, besonders solche der Frontalgegend, in deren Gefolge sich oft Charakterveränderungen, ausgezeichnet durch unsteten Lebenswandel, Hang zum Faulenzen und Alkoholmißbrauch, transitorische Erregungszustände und manchmal durch verbrecherische Aktionen auf sexuellem oder ökonomischem Gebiete einstellen. Man kann in diesen Fällen natürlich nicht von Arbeitsunfähigkeit, sondern bloß von Erwerbsunfähigkeit sprechen. Aber auch diese läßt sich dem Nichtarzt nur schwer plausibel machen. In vielen Fällen gelingt es selbst dem Neurologen nicht, mit Sicherheit zu entscheiden, inwieweit der Arbeitsunwille des Pat. als krankhaft aufzufassen und ob er auf das vorausgegangene Trauma zurückzuführen sei. Besonders verwickelt ist die Unfallsbegutachtung der in der Haft verbrachten Zeit. Verff. ist zwar für die Zuerkennung von Unfallsentschädigungen an auf moralischem und sozialem Gebiete Traumatisierte, die Beträge sollten jedoch nicht dem Patienten selbst, sondern seinen Familienangehörigen oder Vertrauenspersonen ausgefolgt werden.

Imber (Rom).

Romberg, E. v., und F. W. Bremer: Encephalitis epidemica und Kriegsdienstbeschädigung. (*I. Med. Klin., Univ. München.*) *Münch. med. Wschr.* 1929 I, 570—572.

E. v. Romberg und Bremer haben in 3 Fällen den Zusammenhang zwischen Encephalitis epidemica und Kriegsdienst bejaht und zwar in Fällen, bei denen die akute Erkrankung erst nach Kriegsende auftrat. In dem zu besprechenden Aufsatz nehmen sie noch einmal Stellung dazu. Dies vor allem, weil nach den Angaben eines amtlichen Sachverständigen durch diese Begutachtung eine „gewisse Verlegenheit“ hervorgerufen wurde. — Die Autoren nahmen einen Zusammenhang zwischen Ence-

phalitis epidemica und Kriegsdienstbeschädigung selbstverständlich dann an, wenn Encephalitis auch nur mit Wahrscheinlichkeit im Feld aufgetreten ist. Sie nehmen weiterhin einen Zusammenhang an, wenn sich an eine im Feld überstandene grippeartige Erkrankung unmittelbar nach dem Kriege sog. pseudoneurasthenische Zustände anschlossen, die allmählich in das Bild chronischer Amyostase übergingen. Sie nehmen weiterhin jedoch auch den Zusammenhang an, wenn sich die ersten encephalitischen Erscheinungen in Form einer akuten Encephalitis oder auch in der einer beginnenden Amyostase nicht unmittelbar an die Grippe im Feld angeschlossen, sondern sich erst nach einem gewissen krankheitsfreien zeitlichen Abstand nach Kriegsende entwickelt haben. Sie betonen jedoch nachdrücklich, daß dies Zugeständnis nur für sehr wenige Fälle Geltung habe. Damit wird jedenfalls die Möglichkeit des Zusammenhanges einer im Feld durchgemachten Grippe gewissermaßen nur als Wegbereiterin auch für eine nach dem Kriege entstandenen Encephalitis epidemica zugegeben. — Besondere Schwierigkeiten bei der Annahme eines Zusammenhanges macht die Abwägung des Abstandes zwischen Grippe und encephalitischen Erscheinungen. v. R. und B. nehmen an, daß die symptomlose Zeitspanne im äußersten Fall bis zu $1\frac{1}{2}$ Jahr betragen könne; dies deshalb, „weil man unseres Erachtens durch die Unkenntnis des Zusammenhanges gezwungen ist, den Kreis der ärztlich gesehenen Möglichkeiten nicht eng, sondern weit zu ziehen“. — Solche Fälle sind recht selten, da die meisten Encephalitiker erst im Jahre 1920 akut erkrankten. — Die Autoren meinten, worin man ihnen durchaus zustimmen kann, daß eine schablonenmäßige Beurteilung in Dienstbeschädigungsfragen ein Unding sei. Auf die Schwierigkeit der ganzen Beurteilungsfrage wird eingehend hingewiesen. v. R. und B. verlangen für Fälle, bei denen sie den Zusammenhang einer Encephalitis mit einer im Feld durchgemachten Grippe annehmen möchten, daß diese Grippe akutenmäßig festgelegt ist. Das Ignoramus, das hinsichtlich der Entstehung der Encephalitis epidemica bis jetzt leider immer noch herrscht, kann sich gutachtlich häufig durch große Schwierigkeiten auswirken. *Fleck (Göttingen).*

Lyon-Caen, Louis: A propos d'un cas de méningite tardive d'origine traumatique. (Ein Fall von traumatischer Spätmeningitis.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 10. VI. 1929.*) Ann. Méd. lég. etc. 9, 514—518 (1929).

Ein von der elektrischen Bahn überfahrener Mann wird erst mit Koma, Nasenbluten, Orbitalhämatom ins Krankenhaus geschickt, dann geheilt entlassen, behält aber Beschwerden, nimmt seinen Beruf nicht wieder auf, wird nach 7 Wochen wieder komatös und stirbt. Sektion: Eitrige Meningitis mit banalen Keimen, Strepto- und Staphylokokken, etwas Eiter in der Keilbeinhöhle. Keine Fraktur des Schädels nachweisbar. Der Zusammenhang der Meningitis mit der Verletzung war nur unter Zuhilfenahme der klinischen Daten, die eine Siebbeinfissur wahrscheinlich machten, nachweisbar.

Der Fall ist interessant wegen des Auftretens der Meningitis trotz Fehlens einer nachweisbaren Schädelfraktur (auf feine Fissuren in Serienschnitten wurde nicht geachtet) und wegen der langen Latenz der Meningitis. *F. Stern (Kassel).*

Dreikurs, Rudolf, und Emil Mattauschek: Über die Verschlimmerung von alten Neurosen bei Kriegsbeschädigten aus sozialen Gründen („Soziale Verschlimmerung“). (*Psychiatr.-Neurol. Fhkalabt., Allg. Krankenh., Wien.*) Z. Neur. 119, 679—700 (1929).

Die Arbeit stützt sich auf österreichisches Material und geht von den dort geltenden Gesichtspunkten aus; die Frage selbst ist für Deutschland in gleicher Weise aktuell. Die Mitteilung dient in erster Linie dem Nachweis, daß der Zusammenhang zwischen einer Verschlechterung der sozialen Verhältnisse und einer Verschlimmerung des nervösen Leidens als ein kausaler anzunehmen ist; in konsequenter Weise wird daraus die Indikation abgeleitet, weniger durch medizinische als durch soziale Maßnahmen zu wirken. Von der wirtschaftlichen Situation eines Landes hängt es ab, ob es möglich ist, Menschen mit verminderter Arbeitskraft auf dem offenen Arbeitsmarkte unterzubringen. In Wien steigt bei allmählicher Abnahme der Anspruchsberechtigten durch Tod das Bedürfnis nach ärztlicher Hilfeleistung dauernd. Die Verff. empfehlen als vorläufige Maßnahmen die Vornahme von Notstandsarbeiten durch Kriegsbeschädigte,

die Ersetzung des Krankengeldes durch eine Unterstützung in der Art und Höhe der Arbeitslosenunterstützung für alle jene, welche ihren dauernden Arbeitswillen wirklich bewiesen haben. Es wird hierin ein Weg erblickt, um die für Neurotiker und Psychopathen bestehenden schädlichen Folgen der Versicherung zu umgehen. *A. Hoche.*

Yamano, Kiyosada: Über die sogenannte traumatische Neurose. Mitt. med. Akad. Kioto 3, dtsh. Zusammenfassung 83 (1929) [Autoreferat.]

Bei der Ätiologie der traumatischen Neurose handelt es sich in den meisten Fällen um Begehrungsvorstellungen, deren Entwicklung durch die Gesetzgebung begünstigt wird. Außer der Disposition spielen die Versuchung durch das Unfallgesetz, Angst um die Zukunft, Unverstand des Kranken selbst und der Einfluß der Umgebung der Patienten für die Entwicklung dieser Vorstellungen eine große Rolle. Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit, Gedächtnisschwäche, depressive Stimmung, Erhöhung der Reizbarkeit und Abnahme der psychischen Arbeitsfähigkeit usw. sind hier gewöhnliche Symptome. Sonstige objektive Symptome sind unbestimmt. Werden die Ursachen beseitigt, so ist die Prognose der traumatischen Neurose sehr gut. Keine der verschiedenen ärztlichen Behandlungsweisen verdient vor den anderen den Vorzug. Ablenkung oder Erfüllung der Begehrungsvorstellung sind die einfachste und wirksamste Therapie. Sehr wichtig ist auch, gegen das Entstehen der Begehrungsvorstellung anzukämpfen, weil die Verhütung der traumatischen Neurose von großer sozialer Bedeutung ist.

Autoreferat.^{oo}

Quensel: Der Streit um die Beurteilung der Unfallneurosen. (*Nervenheilanst., Knappschafts-Berufsgenossenschaft Bergmannswohl, Schkeuditz.*) Med. Klin. 1929 I, 213—215.

Klinischer Vortrag; kurze zusammenfassende Darstellung. Verf. steht der Hauptsache nach auf dem Boden der Auffassungen, die zur Entscheidung des RVA. 1926 geführt haben.

A. Hoche (Freiburg i. Br.).

● **Liniger, Hans:** Der Rentenmann. 3., umgearb. Aufl. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1929. 22 S. u. 7 Taf. geb. RM. 3.60.

Behandlung und Beurteilung der Unfallverletzten ist eine der wichtigsten und verantwortungsvollsten Aufgaben des Arztes. Verf. verlangt für die Begutachtung die ausführliche Aufzählung der subjektiven Beschwerden, gründlichen und vollständigen Untersuchungsbefund, eingehende Darstellung vorliegender Verletzungsfolgen, darunter besonders Beachtung der Schwielenbildung an Händen evtl. auch Fußsohlen. Zur Beurteilung gehört die Prüfung, ob die Klagen mit dem Befund in Einklang stehen, die Berücksichtigung der Art und Dauer der vorhandenen Arbeitsfähigkeit, des Alters, des Geschlechts, Allgemeinzustands usw., die Schätzung der Höhe der Erwerbsminderung, die Bestimmung der Zeitdauer für eine evtl. Nachuntersuchung, der Vorschlag evtl. Abfindung. Weiter betont Verf., daß Gewöhnung auch an nachgewiesene und noch nachzuweisende Unfallfolgen, eine funktionelle Anpassung eintreten kann, welche die spätere Herabsetzung bzw. Einstellung der Rente begründet. Für alle Gutachter ist die Kenntnis und Befolgung der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes erforderlich. Anschließend bespricht Verf. die Beurteilung des Zusammenhanges von Unfällen mit besonderen Erkrankungen: Aneurysma, Blinddarmentzündung, Brüche, Diabetes, Geschwülste, Lungenblutung, Lungenentzündung, Magengeschwür, organischen und funktionellen Nervenleiden, Nierenleiden, Osteomyelitis, Apoplexie, Tuberkulose. Zum Schluß folgen Mitteilungen über die Bestimmungen der Privat-Unfallversicherung mit Abbildungen, welche Unfallfolgen am Kopf, Armen und Beinen illustrativ veranschaulichen und zugleich die prozentuale Erwerbsminderung für alle Einzelfälle beifügen. *Klieneberger* (Königsberg).

Schwarz, Hanns: Einige Bemerkungen zur Rentenneurose, insbesondere zu ihrer Beurteilung im Rentenverfahren. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Berlin.*) Mschr. Psychiatr. 71, 231—269 (1929).

Die Entscheidung des R.V.A. 1926 hat die längere Zeit gedämpfte Diskussion über die Rentenneurose wieder belebt. Schwarz berichtet nach einer zusammenfassenden Darstellung der augenblicklichen Lage über seine nachträglichen Feststellungen an 83 Fällen von Rentenneurose aus den Jahren 1919—1925 auf Grund aktenmäßiger Verfolgung. Nach seinen Feststellungen scheint die Disposition zur Entstehung einer Rentenneurose zwischen dem 30. und 50. Jahre am günstigsten zu sein; 64% der Unfälle betrafen den Kopf oder den Gesichtsschädel; Sch. gibt weiter Zahlen über die

Dauer des Verfahrens u. dgl.; bis zum Jahre 1925 dauerte es in 48% der Fälle ein oder mehrere Jahre, um ein Rentenverfahren zum Abschluß zu bringen. Die R.V.A.-Entscheidung 1926, die der Verf. verteidigt, wirkt u. a. auch auf die Beschleunigung des Verfahrens.

A. Hoche (Freiburg i. Br.).

Gaupp: Die „traumatische Neurose“ bei der Bewertung von Unfallfolgen und die Rechtsprechung. (*Mittelrhein. Chir.-Vereinigung, Tübingen, Sitzg. v. 7.—8. VI. 1929.*) Zbl. Chir. 1929, 1891—1894.

Gaupp empfiehlt, den Ausdruck der traumatischen Neurose zu verlassen und, da deren Wunschcharakter heute einwandfrei anerkannt ist, Begriffe wie Rentenkampf- oder Entschädigungsneurose an ihre Stelle zu setzen. Die klinische Erforschung lehrt mit steigender Erfahrung die sichere Trennung unfallneurotischer Bilder von hirntraumatischer Schwäche und Kommotionsneurose. G. schließt sich His und Bonhoeffer an, weist Einwände von Riese, Eliasberg, Levy-Suhl zurück und betont, daß eine schädliche Suggestion kurz nach dem Unfall (iatrogene Pseudokrankheit) vor allem vermieden werden muß, daß eine von Anfang an zielbewußte ärztliche Beurteilung den Verlauf der Verhandlungen erleichtert. Anschließend äußert Fischer, daß die Richtigkeit der Entscheidungen des R.V.A. vor allem darin zu erblicken ist, daß die überwiegende Zahl der Begutachteten nach Ablehnung oder Abfindung wieder arbeitsfähig ist.

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

Selbstmord nicht Unfallfolge, auch wenn der Unfall und seine Folgen den Anlaß zum Selbstmord gegeben und nicht unbedeutenden Einfluß auf die Tat ausgeübt haben. Voraussetzung vielmehr: 1. Unzurechnungsfähigkeit, 2. wesentliche Verursachung der Unzurechnungsfähigkeit durch den Unfall. Rek.-Entsch. des RVA. vom 13. Januar 1928 — Ia 3244/26. Mschr. Unfallheilk. 35, 397—399 (1928).

Rekurs-Entscheidung: Ein Versicherter erhält bei einer Hänselei durch Mitarbeiter einen elektrischen Schlag. Eine Woche später begeht er Selbstmord und hinterläßt einen Zettel, der sich mit jenen Vorgängen befaßt. Das Reichsversicherungsamt erkannte den Rentenanspruch der Hinterbliebenen nicht an. Der Zustand von Unzurechnungsfähigkeit, in welchem der Selbstmord verübt wurde, steht mit dem Unfall nicht in ursächlichem Zusammenhange.

Kurt Mendel (Berlin).^{oo}

Vögel, I.: Über den Einfluß chronischen Narkoticagebrauchs auf die Funktionen der weiblichen Genitalien. (*Gynäkol. Klin., Staatl. Inst. f. Gynäkol. u. Geburtsh., Leningrad.*) Arch. Frauenkde u. Konstit.forschg 15, 157—163 (1929).

Durch Kontrolle der Narkomanen konnte festgestellt werden, daß der Anteil der Frauen an der Trunksucht etwa 8%, am Morphinismus etwa 22% beträgt. Unter diesen Ziffern befinden sich jedoch nur die Versicherungspflichtigen. Da die Suchten jedoch gerade unter den Deklassierten verbreitet sind (Prostituierte), dürfte der Anteil der weiblichen Bevölkerung größer sein. Bei den Trinkerinnen wurden trotz schwerer Grade der Trunksucht verhältnismäßig geringe Wirkungen auf den Genitalapparat festgestellt. Nur bei sehr jungem Alter treten Menstruationsstörungen auf. Trotz Oligo- und Hypomenorrhöe 5 Geburten in einem Fall. Keine Beziehungen zwischen Dauer der Trunksucht und Dysfunktion. Die Morphinistinnen weisen häufig Menstruationsstörungen auf, vielfach Fehlen der Libido. Durch direkte oder unmittelbare Folgen des Morphinismus kommt es zu Verkleinerungen des Genitalapparates. Bis zu 24% fand sich Sterilität. Sterilität und Mangel an Libido fallen oft zusammen. Auf die Wichtigkeit genauer gynäkologischer Beobachtungen in den Fällen von Narkomanie wird hingewiesen.

F. Fränkel (Berlin).^{oo}

Walthard, M.: Die Bedeutung der Notfallfunktionen des sympathico-adrenalen Systems für die Pathogenese der Unfallfolgen im weiblichen Genitale. (*Univ.-Frauenklinik, Zürich.*) Schweiz. med. Wschr. 1929 I, 541—544.

Unfallfolgen am Uterus treten in der Form von vorzeitigen Unterbrechungen der Schwangerschaft, intermenstruellen Blutungen und Cessatio mensium auf, wobei in allen Fällen das Unfalltrauma den Uterus nicht direkt trifft. Diese Folgen entsprechen in weitaus der größten Zahl der Fälle dem Mechanismus des bedingten Reflexes,

wobei eine Erregung der vegetativen Zentren des sympathico-adrenalen Systems ausgelöst wird. Es kommt zu einer Engerstellung der Arteriolen der Haut und im Pfortadergebiet und Verschiebung einer großen Blutmenge nach dem Herzen und den großen Gefäßen unter Beschleunigung der Herzaktion und Steigerung des Blutdruckes. Bei einer Erweiterung der Uteringefäße aus ovarialhormoner Ursache infolge bestehenden Intermenstruums, Prämenstruums oder Gravidität vollzieht sich auch eine Blutverschiebung aus Haut und Pfortadergebiet gleichzeitig nach dem Uterus. Infolge davon kann es bei erhöhter Zerreißlichkeit der Gefäße in Inter- und Prämenstruum und in der Gravidität zu Blutungen in die Mucosa oder in die Eihäute kommen. Auch Blutungen nach der Klimax können aus gleicher Ursache entstehen. Diese Verhältnisse sind bei der Begutachtung von Unfallfolgen zu berücksichtigen.

Schönberg (Pontresina).

Kaufmann, C.: Die Abgrenzung von Unfall und Krankheit. Mschr. Unfallheilk. **36**, 1—16 (1929).

Die wichtigsten Kriterien für die Abgrenzung von Unfall und Krankheit müssen nach K. folgende sein: 1. „Die zutreffende Anwendung des Unfallbegriffs“ als eines plötzlichen, die Gesundheit und damit die Erwerbsfähigkeit schädigenden Ereignisses, dessen Nachweis erbracht werden muß. Ein Schreckereignis muß „in evidenter Weise den Stempel der Ungewöhnlichkeit tragen“, wenn es als Unfall gelten soll. Und aus einer Überanstrengung können nur dann Entschädigungsansprüche hergeleitet werden, wenn sie die übliche berufliche Anstrengung übersteigt und zeitlich bestimmt und von kurzer Dauer ist. 2. „Die Ausschlüsse von der Versicherung.“ Von der Versicherung auszuschließen sind z. B. einfache, bei üblicher Arbeit und Anstrengung entstandene Arbeitsschädigungen; Infektionskrankheiten, wenn sie auf gewöhnliche Weise entstehen, z. B. die gewöhnlichen Furunkel und Karbunkel; unbestimmte oder spontane Verletzungen; durch Krankheit herbeigeführte Unfälle, z. B. Selbstmord bei geistigen Störungen, Folgen von Schwindel und Hirnerkrankungen, von epileptischen Anfällen, paralytischer oder tabischer Unsicherheit der Motilität, endlich von trophischen Störungen, wie sie bei der Syringomyelie vorkommen. 3. „Kenntnis der unfallweisen Entstehung und Verschlimmerung der Krankheiten.“ Auf dem Gebiete der traumatisch verursachten Krankheit ist noch viel Arbeit zu leisten. Wichtig wären in diesem Zusammenhange die großzügige Bearbeitung des Aktenmaterials der Unfallversicherungen und periodische ärztliche Untersuchungen der Versicherten. Auch die Gesetzgebung sollte in Zukunft der Abgrenzung von Unfall und Krankheit größere Aufmerksamkeit schenken als bisher.

E. Braun (Kiel).

Bersch, Erich: Alkoholismus, Arbeitstherapie und § 182 RVO. Dtsch. med. Wschr. **1929 I**, 360—361.

Nach einer Entscheidung des Versicherungsamts Hamburg vom 4. II. 1928 ist die Unterbringung eines Krankenkassenmitgliedes in einer Trinkerheilstätte, verbunden mit sog. Arbeitstherapie, nicht Krankenpflege im Sinne des § 182 RVO. In der Begründung heißt es u. a., daß die in der Trinkerheilstätte geübte Arbeitstherapie nicht als Gewährung von Krankenpflege im Sinne des § 182 RVO. angesehen werden könne. Gegen diese völlig irrtümliche Bewertung der modernen Arbeitstherapie wendet sich Bersch in erster Linie. Die Arbeitstherapie stelle eine psychiatrische Heilmethode dar, die ebenso Krankenpflege im Sinne des § 182 sei wie chirurgische und internistische Heilmethoden. B. geht dann noch kurz auf die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 16. I. 1927 VZ. 17, 81 ein, wonach Trunksucht nicht immer als Krankheit anzusehen sei. Eine Krankheit im Sinne des § 182 RVO. liege nur dann vor, wenn der Versicherte durch die Trunksucht körperlich und geistig so zerrüttet sei, daß er seinem bisherigen Beruf nicht mehr ordnungsgemäß nachgehen könne. Diese Auffassung werde dem medizinisch-wissenschaftlichen Standpunkt nicht gerecht, weil er ein frühzeitiges, therapeutisch wirksames Eingreifen oft unmöglich mache. *Pohlisch.*

Kalina, O.: Zur Frage der Simulation, Aggravation und Selbstverstümmelung des Gehörganges. Odesskij med. Ž. 3, 353—365 u. dtsch. Zusammenfassung 365 (1928) [Russisch].

Verf. zählt alle die bekannten Methoden auf, die sich ihm in seiner langen Praxis als Mitglied verschiedener Militär- und sozialer Kommissionen als geeignet erwiesen haben, um die Simulation von ein- oder beiderseitiger Schwerhörigkeit resp. Taubheit zu entlarven. Er weist auf das Verantwortungsvolle dieser Tätigkeit hin. Seiner Ansicht nach gehört ein großer Teil der Simulanten zu den psychisch Defekten (Neurasthenikern und Hysterikern und erblich Belasteten.) *R. Mittermaier* (Freiburg i. Br.).

Göcke, C.: Krankheit und Dienstbeschädigung. Ärtzl. Sachverst.ztg 35, 168 bis 170 (1929).

Der Reichsverband deutscher Kriegsbeschädigter und Kriegshinterbliebener hat eine Schrift herausgegeben unter dem Titel „Ärztliche Begutachtung im Versorgungswesen“, die eine Zusammenstellung von Gutachten zur Frage der Dienstbeschädigung enthält und die von einem Laien bearbeitet ist, der in unzureichender und laienhafter Weise kurze Einleitungen zu den einzelnen Krankheitsbildern gegeben hat. Verf. wendet sich mit Recht gegen die einseitige und tendenziöse Auswahl dieser Gutachten, die sich auf umstrittenem Gebiet im einzelnen Fall für die Annahme von Dienstbeschädigung aussprechen, während die zahlreichen Fälle ähnlicher Art, wo Dienstbeschädigung verneint werden mußte, in der Sammlung fehlen. Daß dadurch ein völlig schiefes Bild über das Wesen und die Ursache innerer Krankheiten zustande kommt, ist begreiflich. Die einseitige kommentarlose Wiedergabe eines einzelnen Gutachtens, das von der herrschenden, wohlbegründeten wissenschaftlichen Meinung abweicht, muß irreführend wirken, zumal der Laie wegen seiner medizinischen Unbildung nicht fähig ist, sich ein kritisches Urteil zu bilden. Sehr richtig sagt Verf., daß solche Veröffentlichungen geeignet sind, bei Parteien und Richtern im Streit um Versorgungsansprüche das Finden der Wahrheit zu erschweren. Sie unterbleiben besser. Selbst wenn jemand gewohnheitsmäßig Versorgungsakten und die darin enthaltenen ärztlichen Gutachten durchsieht, soll er sich als Laie nicht anmaßen, daß er sich über medizinische Fragen ein selbständiges Urteil bilden und die ärztlichen Ausführungen kritisieren kann.

Ziemke (Kiel).

Blumenthal, Ferdinand: Bemerkungen zur Frage: Krebs und Unfall. (*Inst. f. Krebsforsch., Univ. Berlin.*) Ärtzl. Sachverst.ztg 35, 247—251 (1929).

In der Kritik einer vom Reichsverband deutscher Kriegsbeschädigter herausgegebenen Sammlung ärztlicher Gutachten im Versorgungswesen hatte Göcke die Verallgemeinerung einzelner Gutachten beanstandet und auch die Anschauungen Blumenthals über die Dauer des Krebswachstums beim Menschen mit der Bemerkung kritisiert, daß dieser seine wissenschaftlichen Versuchsergebnisse über die Krebserzeugung aus dem Tierexperiment mit den gewonnenen Reaktionszeiten auf die menschliche Pathologie ohne weiteres übertrage.

Blumenthal macht demgegenüber geltend, daß auch beim Menschen Erfahrungen vorliegen, die wie ein Experiment in klarster Weise den Zusammenhang zwischen einer jahrelang zurückliegenden Schädigung und der Krebsentstehung beweisen. Die präcancerösen Zustände können jahrzehntelang dauern. Die Zeit zwischen dem Unfall und der Krebsentstehung darf keine besonders kurze, sondern muß eine recht lange sein; die *conditio sine qua non* ist aber das Vorhandensein von Brückensymptomen, die vom Unfall zur Krebsbildung hinüberleiten müssen. Solche müssen in Form von entzündlichen regenerativen Prozessen mehr oder weniger am Orte der späteren Krebsbildung lokalisiert sein und das Zwischenstadium zwischen Unfall und Krebs in einer für den Kranken und Arzt nachweisbaren Form beherrschen. In Ausnahmefällen, in denen bekanntermaßen Schädigungen an sich häufig zu Krebsbildung führen, darf auf die Brückensymptome verzichtet werden, wie etwa bei dem Schneeberger Lungenkrebs, wo es sich um chronische Reize handelt. Für die einmalige Gewalteinwirkung kann aber nicht ohne weiteres auf Brückensymptome verzichtet werden. Man kennt chemische, physikalische und parasitäre Reize, die experimentell Krebs

erzeugen und die auch beim Menschenkrebs ätiologisch eine Rolle spielen. Wenn sich auch an unzählige Kriegsverletzungen keine Krebsbildung angeschlossen hat, so gibt es doch Einzelfälle, wo eine solche Krebsbildung doch für wahrscheinlich angesehen werden muß. Nach Lubarsch kann jeder Reiz, wenn er nur mit der nötigen Stärke und nötigen Zeitdauer ausgeübt wird, zur Krebsbildung führen. Es kommt weniger auf die Art als auf die Stärke und Dauer des Reizes an. Die Anschauung, daß Hautkrebse erheblich länger dauern als solche innerer Organe, ist daraus zu erklären, daß die Hautkrebse viel früher entdeckt werden können als die inneren Organe. Aus den Tierexperimenten und auch aus gewissen Berufskrebsen der Menschen weiß man, daß von den allerersten Anfängen der Krebsbildung bis zur Krebsdiagnose 5—10 Jahre und mehr vergehen können. Die langen Perioden des präcancerösen Stadiums, die den Hautkrebsen in sichtbarer Weise oft vorangehen, scheinen auch für die Krebse innerer Organe, wenn auch nicht in gleichem Maße, zuzutreffen. Verf. weist darauf hin, daß es bedenklich ist, wenn die begutachtenden Ärzte nicht hinreichend über die Erfahrungen der experimentellen Krebsforschung unterrichtet sind und auch die Erfahrungen über die Berufskrebse ignorieren. *Ziemke (Kiel).*

Salinger, Fritz, und Franz Kallmann: Zur Frage der Verschlimmerung bösartiger Geschwülste durch unfallbedingte Metastasenbildung. (*Städt. Heil- u. Pflegeanst., Herzberge.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* 35, 135—139 (1929).

Bei einem 58jährigen kaufmännischen Angestellten entwickelte sich 2 Jahre nach einem Unfall, bei dem er auf das Kreuz gestürzt war, eine Lendenwirbelerkrankung, die sich bei der Sektion als Metastase eines primären Lebercarcinoms herausstellte. Eine ursächliche Beziehung zwischen dem Unfall und dem Tode wurde im Gutachten abgelehnt, da als Todesursache der Leberkrebs mit der durch ihn bedingten Kreislaufstörung angenommen werden mußte. Dagegen wird ein Zusammenhang zwischen dem Trauma von 1926 und der Metastasenbildung nicht von der Hand gewiesen, da eine einmalige und nicht unerhebliche Gewalteinwirkung auf die Lendenwirbelsäule nachgewiesen war und der Zeitraum für die Metastasenbildung vom Tage des Unfalls an gerechnet der Norm entsprach. *Autoreferat.*

Doneddu, F. Putzu: Sul valore oncogenetico del trauma sul testicolo. (Über die onkogenetische Bedeutung des Traumas am Hoden.) (*Istit. di Anat. Pat., Univ., Cagliari.*) *Riforma med.* 1929 I, 424—429.

Putzu bespricht den genetischen Zusammenhang zwischen Trauma und malignem Hodentumor. Er berichtet über einen Fall, der einen 42jährigen Mann betraf, der ein heftiges Trauma an den äußeren Genitalien erlitt, worauf eine starke Schwellung des Hodens auftrat, welche eine Entfernung des Organs zur Folge hatte. Histologisch handelte es sich um ein Epithelioma seminiferum. — P. bespricht das Problem vom gerichtlich-medizinischen Standpunkte und vom Standpunkte der Unfallsversicherung. — Es besteht keine Einheit in den Meinungen. — Im allgemeinen muß man beachten, nach welcher Zeit die Geschwulst aufgetreten ist; dann muß man den Sitz beachten; dann ob das Trauma tatsächlich stattgefunden hat, von welcher Stärke dasselbe gewesen ist; das Organ muß vorher sicherlich und absolut normal gewesen sein. Endlich muß man die Kontinuität zwischen objektiven und subjektiven Phänomenen feststellen (Thiem). — Im vorliegenden Falle meint P., daß die Geschwulst vorher bestanden hat und das Trauma dasselbe entdeckt hat. Dem Pat. ist daher eher ein Nutzen, als ein Schaden vom Trauma erwachsen, da eine rechtzeitige Operation ihn gerettet hat. *Ravasini.*

Kopas: Hodensarkom nach Trauma. (*Berlin. Ges. f. Chir., Sitzg. v. 8. X. 1928.*) *Zbl. Chir.* 1929, 83—84.

Bei einem 46jährigen Mann entwickelte sich 4 Jahre nach einer Schrotschußverletzung ein Sarkom des linken Hodens. In dem exstirpierten Hoden fand man mehrere Schrotkörner. Die Geschwulst erwies sich als sehr bösartig, von teils carcinomatösem Bau. $\frac{1}{4}$ Jahr später Exitus an Lungenmetastasen, die mehrmals röntgenbestrahlt worden waren. Es durfte „ohne Zweifel ein ursächlicher Zusammenhang mit der Schrotschußverletzung und der Geschwulstentstehung anzunehmen sein“. — In der Aussprache erwähnt Ulrichs einen Fall, der einen Fliegeroffizier betraf. 5 oder 6 Jahre nach einem Hodendurchschuß (Maschinengewehr) entwickelte sich ein bösartiger Hodentumor, der exstirpiert wurde. Tod an Lungenmetastasen. Von der Behörde wurde Kriegsbeschädigung abgelehnt. A. Borchard hatte im Gutachten sich für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Schußverletzung und Tumor trotz des langen Zwischenraums ausgesprochen. *E. Wehner (Köln a. Rh.).*

Kohn, Hans: Angina pectoris und Unfall. *Klin. Wschr.* 1929 I, 795—799 u. 843 bis 847.

Verf. erörtert in umfassender Weise die Angina pectoris vom Standpunkt der

Unfallpraxis. Er geht kurz auf die beiden wichtigsten Theorien ihrer Pathogenese, die Coronarthemie und die neu aufgestellte Aortenhypothese ein und beschäftigt sich dann an der Hand von Beispielen mit den verschiedenen Formen der Angina pectoris, insbesondere mit der organischen, der funktionellen und der rein nervösen Form. Wenn auch selten, so kann doch eine organische Angina pectoris durch Unfall hervorgerufen werden; bei der nervösen Form, die in eine organische übergehen kann, geschieht dies häufiger. Verf. weist dabei auf die bisher in der Unfallpraxis wenig beachtete, durch chronische Bleivergiftung hervorgerufene Angina pectoris hin. Nach den Erfahrungen in der Unfallpraxis spielt sich das krankhafte Geschehen bei der Angina pectoris nicht in der Aorta, sondern in den Coronararterien ab, was sowohl für die organischen wie die nervösen Formen gilt. Bei den organischen Unfallanginen kann die Ursache, die schließlich zur anatomischen Läsion führt, vielgestaltig sein, oft zunächst nur eine funktionelle, ein traumatischer segmentärer Gefäßkrampf, an den sich thrombotische, endo-, seltener periarteriitische Prozesse anschließen. In anderen Fällen treten die anatomischen Störungen sofort ein. Auch eine infektiöse Coronaritis scheint nach Unfall vorzukommen und Anlaß einer Angina pectoris werden zu können. Die Unfallliteratur bietet auch Belege dafür, daß nicht die anatomische Läsion selbst, sondern erst die aus ihr folgende funktionelle Störung die Angina pectoris bewirkt. Bei den nervösen Anginen ist das Geschehen immer nur ein rein funktionelles, ein Spasmus der Gefäße, den Verf. auch für die rein psychische Form der Angina pectoris als Grundlage annimmt. Endlich kann der Befund einer Coronarsklerose auch beim plötzlichen Tode nach Unfall die wahre Todesursache aufdecken, nämlich einen Anfall von Angina pectoris. Aber selbst in negativen Fällen bei plötzlichem Tode nach zuweilen nur geringfügigen, oft nur seelischen Traumen ist vermutlich ein Coronarspasmus die Ursache, die den Herzstillstand hervorruft. *Ziemke* (Kiel).

Rubensohn, E.: Hypertonie als Unfallfolge. *Mschr. Unfallheilk.* 36, 211—216 (1929).

Verf. bespricht die Hypertonie als Unfallfolge unter Zugrundelegung eines selbstbeobachteten Falles, bei dem sich im Anschluß an das Zurseiteschleudern und Hinfallen auf den Kopf durch ein Auto die latent bestehende Hypertonie verschlimmerte und sich cerebrale Störungen hinzugesellten. Die Frage der Verschlimmerung der bereits im Entstehen begriffenen Hypertonie mußte bejaht werden. Denn der vor dem Unfall arbeitsfrohe Mann, der seine schwierigen Arbeiten ohne besondere Anstrengung bewältigte, zeigte nach dem Unfall einen auffallenden Mangel an Arbeitsfähigkeit mit nervöser Erregbarkeit, häufigem Schwindelgefühl und Kopfschmerzen. Damit in Einklang stand die schlagartige Erhöhung des Blutdruckes, der weiterhin sich ständig steigerte. Objektiver Befund und subjektive Beschwerden rechtfertigten die Annahme beginnender cerebraler Arteriosklerose, auch wenn bei der Untersuchung durch den Gerichtsgutachter der zufällig niedrigere Blutdruck und das subjektive Wohlbefinden eine Heilung vortäuschten, da die arteriosklerotischen Erscheinungen bei Ruhe und medikamentöser Behandlung oft schlagartig zurückgehen. *Ziemke*.

Andrews, M. C.: Ruptured subarachnoid aneurysm. A note on a probable case. (Ein geborstenes subarachnoidales Aneurysma.) (*Roy. Infirm., Leicester.*) *Brit. med. J.* Nr 3571, 1075—1076 (1929).

Ein 33jähriger verheirateter Arbeiter erkrankte plötzlich bei der Arbeit unter heftigen Schmerzen im Hinterhaupt, Erbrechen, Bewußtlosigkeit, wurde zeitweise gewalttätig. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus zeigte er Cyanose, war halb bewußtlos, inkontinent, zeitweise lärmend und gewalttätig. Die Pupillen waren eng, gleich, reagierten nicht auf Licht. Nackensteifigkeit, Kernisches Symptom, Kniephänomene beiderseits gesteigert, jeder Versuch, die Fußsohlenreflexe zu prüfen, löste heftige Beugung beider Beine aus. Im Harn leichte Reduktion. Lumbalpunktion ergab erhöhten Druck, und der Liquor enthielt $\frac{4}{5}$ Blut. Nachher wurde Patient viel ruhiger, kam so weit zu Bewußtsein, daß er über heftige Schmerzen im Hinterkopfe klagen konnte. Unter geringfügigen Erscheinungen seitens des Nervensystems, zeitweiser Harnverhaltung, Epistaxis, günstiger Verlauf, so daß Patient nach 42 Tagen als wesentlich geheilt entlassen werden konnte.

Anschließend an diesen Fall erörtert Andrews die analog verlaufenden Fälle, in welchen die Obduktion oder Operation einen Befund ergab: eine Ruptur eines Aneurysmas im Subarachnoidalraume am Ende der Carotis interna. Wesentlich für die Diagnose ist, daß diese Fälle bei jungen, bis dahin gesunden Männern vorkommen,

bei welchen kein Trauma, keine (luetische) Infektion, keine Herz- oder Nierenauffektion nachweisbar ist, bei denen intrakranielle Blutungen in der Regel noch selten sind. Der Fall verdient in mehrfacher Hinsicht auch gerichtsärztliche Beachtung. *Kalmus.*

Borchardt, Harold: Zur Kenntnis des Aneurysma traumaticum. (*Path. Inst., Univ. Berlin.*) Virchows Arch. 273, 163—167 (1929).

Es wird 1 Fall von Aneurysma traumaticum der hinteren 4. Intercostalarterie beschrieben, welches bei einem 70 Jahre alten Manne nach 45jährigem Bestehen durch Ruptur und Erguß von 2 l flüssigen Blutes in die linke Brusthöhle den Tod herbeigeführt hatte. Die Entstehung des Aneurysmas wird auf einen im Alter von 19 Jahren erlittenen Fall auf ebener Erde mit Kontusion der linken Brustseite und Fraktur einer Rippe zurückgeführt. Da der Unfall nicht auf dem Wege zur Arbeitsstelle sich ereignet hatte und der Tod in ursächlichem Zusammenhange mit dem Unfall erfolgt war — wenn auch erst nach 45 Jahren —, so wurde von den Hinterbliebenen Antrag auf Gewährung einer Rente gestellt. *K. Reuter (Breslau).*

Klieneberger, Carl: Quetschung bzw. Einrisse von Unterleibsorganen durch stumpfe Gewalt, subakute tödlich verlaufende Erkrankung, Unfallsanerkennung. (*Stadtkrankenh., Zittau.*) Med. Klin. 1929 I, 953—954.

Ein Mann erlitt am 18. X. 1928 durch den Stoß eines aus der Schnittbahn abrutschenden Brettes einen Stoß gegen die Leber- und Magengegend. Er hatte danach das „Gefühl einer inneren Verletzung“, stellte 4 Wochen später die Arbeit ein, zeigte starke Abmagerung, blaßgelbliches Aussehen, vermehrte Entleerung weicher rötlicher Stühle, Druckempfindlichkeit der überragenden Leber, Gallenfarbstoffausscheidung im Urin. Unter fortschreitender Krankheitsverschlimmerung mit Mattigkeit, Leberschwellung, wassersüchtiger Schwellung der Beine, Entzündung der Rippenfelle, Blutausswurf trat am 28. I. 1929 der Tod ein. Krankenhausbeobachtung und Leichenöffnung hatte nicht stattgefunden. Verf. geht die in Betracht kommenden inneren Verletzungen, Magen- und Darmverletzungen, Leberverletzungen, Netz- und Darmüberzugverletzungen, Verletzungen anderer Baucheingeweide durch und hält einen kleinen Leberriß mit nachfolgender entzündlicher, wahrscheinlich leicht fieberhafter Erkrankung oder Serosaeinrisse mit Narben und Verletzung von Gallengängen für das wahrscheinlichste. Verf. glaubt, daß bei der festgestellten Sachlage: frühere Arbeitsfähigkeit eines kräftigen, nicht im Ruf besonderer Trunksucht stehenden Böttchermeisters, vermutlich schwere Verletzung des Oberbauches mit stumpfer Gewalt, rasch unter Gelbsucht und Abmagerung zum Tode führende Unterleibserkrankung, mit großer Wahrscheinlichkeit ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Trauma und Tod anzunehmen sei. *Ziemke (Kiel).*

Hartoch, Hans: Appendicitis und Trauma. (*Chir. Abt., Israel. Krankenh., Leipzig.*) Zbl. Chir. 1929, 1555—1558.

10jähriges Mädchen wird vom Auto angefahren, und zwar soll der Kotflügel den Leib des Kindes gequetscht haben. Es wird Druckschmerzhaftigkeit in der rechten Unterbauchgegend festgestellt, im Katheterurin Leuko- und Erythrocyten. In den nächsten Tagen nimmt der Schmerz zu, Fieber tritt auf, Leukocytenzahl 32000. Unter der Diagnose appendicitischer Absceß Operation. In der freien Bauchhöhle Blut, das aus der Ileocoecalgegend kommt; aber gleichzeitig sickert hier Eiter hervor. Appendix kleinfingerdick, an der Vorderseite, dicht über der Basis linsengroße Perforationsöffnung, aus der klares Blut heraustropft. Die Appendix wird entfernt. Da es aber weiter blutet, wird nach der neuen Blutung gesucht, und es zeigt sich, daß die Milz auf mehrere Zentimeter gerissen war. Entfernung der Milz. Heilung. — Die Appendix zeigte im Lumen Kot-, Blut- und Eitermassen; die Schleimhaut viele mit blutigem Eiter bedeckte Geschwüre und Abscesse. Am Rande der Absceßherde beginnende Epithelregeneration, an manchen Stellen Fibroblastenwucherung. — Verf. hält den Zusammenhang mit dem Trauma für durchaus sicher, da eine zusammenhängende lückenlose Krankheitsgeschichte vom Unfall bis zur klaren Feststellung der Appendicitis bestand. *Vogeler (Berlin).*

Oden, H. G.: Traumatische Appendicitis. (*Chir. Abt., Städt. Marienhilfskrankenh., Aachen.*) Dtsch. Z. Chir. 215, 406—409 (1929).

Ein 12jähriger Junge rutschte beim Überklettern eines Zaunes aus und stürzte aus etwa $\frac{1}{2}$ m Höhe auf die Spitze einer Latte, mit der rechten Unterbauchseite aufschlagend. Der Junge mußte sofort wegen starker Schmerzen nach Hause zu Bett gehen. Nach einigen Stunden trat Brechreiz ein, die Schmerzen verstärkten sich. Bei der Untersuchung war äußerlich kein Befund zu erheben, es bestand aber umschriebene Druckempfindlichkeit im rechten Unterbauch und reflektorische Muskelspannung. Bei der Operation zeigte sich seröses Exsudat in der Bauchhöhle. Der Blinddarm lag abwärts auf der rechten Darmbeinschaufel, von Netz fest umwickelt. Die histologische Untersuchung ergab eine diffuse phlegmonöse Infiltration

aller Wandschichten des Blinddarmes. Auffallend waren ausgedehnte Blutungsherde in der Submucosa, zum Teil auch in der Ringmuskulatur der Appendix. Die Blutung erwies sich als ganz frisch, die einzelnen Blutkörperchen waren unverändert. Ein Zusammenhang der auffallend hämorrhagischen Form der phlegmonösen Appendicitis mit dem Trauma, durch das möglicherweise eine Schädigung der submukösen Gefäßschicht bedingt war, wird angenommen. Im vorliegenden Falle sind alle Vorbedingungen erfüllt, die gefordert werden, wenn ein Zusammenhang zwischen Appendicitis und Trauma anerkannt werden soll.

Gustav Rosenburg (Frankfurt a. M.).^{oo}

Frankenthal, L.: Flexur-Volvulus und Trauma. (*Chir. Abt., Israelit. Krankenh., Leipzig.*) Dtsch. med. Wschr. 1929 I, 826—827.

Frankenthal berichtet über einen Volvulus der Flexura sigmoidea, der im Anschluß an einen schweren Unfall auftrat. 8 Tage nach dem Unfall stellte sich absolute Stuhlverhaltung ein; am 12. Tage wurde die primäre Resektion des gedrehten Darmabschnittes ausgeführt. Der Fall zeigt einmal den deutlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Volvulus.

Bange (Berlin).^o

Stohr, Rudolf: Die Sakralisation des 5. Lendenwirbels als Ursache von Kreuz- und Rückenschmerzen. (*Allg. Öff. Krankenh., Schönlinde.*) Mschr. Unfallheilk. 36, 153—172 (1929).

Die Sakralisation braucht keine Beschwerden zu machen und bildet oft einen Zufallsbefund. Symptomatologisch steht der Schmerz im Vordergrund, der unter Umständen jede Bewegung verhindern kann. Es findet sich ferner eine genau lokalisierte Druckschmerzhaftigkeit des 5. Lendenwirbeldornfortsatzes und der seitlichen Partien neben ihm. Die Schmerzen treten oft plötzlich als Hexenschuß auf und können monatelang dauern. Der Schmerz kann auch auf Schleimbeutel zurückgeführt werden, die durch die Reibung zwischen Querfortsatz und Darmbein entstehen. Die Diagnose kann nur durch das Röntgenbild gestellt werden. Die anatomischen und klinischen Verhältnisse werden an Krankengeschichten mit Röntgenbildern erläutert.

W. Alexander (Berlin).^{oo}

Veyrassat, Jean, et François Ody: Diagnostic différentiel du lumbago traumatique et du lumbago rhumatismal. (Differentialdiagnose zwischen traumatischer und rheumatischer Lumbago.) (*II. Serv. de Chir., Hôp. Canton., Genève.*) Rev. méd. Suisse rom. 49, 313—326 (1929).

Für den traumatischen Ursprung einer Lumbago spricht einseitiger Schmerzpunkt und relative Begrenzung, Verschlimmerung bei bestimmten Bewegungen, Beruhigung oder Schwinden in der Ruhe, Ödem und Blutunterlaufung, völlige Schmerzfreiheit vor dem Unfall, röntgenologisch sichtbare Läsionen, Schwinden jedes Schmerzsymptoms bei Muskelrissen in einigen Tagen, Skoliose bei Bruch des Querfortsatzes. Für rheumatischen Ursprung einer Lumbago ist der Stand der umgebenden Temperatur, der Wettereinflüsse der Jahreszeit, der Feuchtigkeit und Trockenheit zu berücksichtigen, die Doppelseitigkeit, die unbestimmte Umgrenzung, die Exacerbation in der Nacht und mehr oder minder fortschreitende Entwicklung. Wichtig ist die Prüfung auf Tuberkulose, Syphilis, Gonorrhöe, die Untersuchung der Zähne und Mundorgane. Man fahnde nach Leistenbrüchen, lumbalen Zellgewebsentzündungen, nach gynäkologischen Erkrankungen, nach dem Pottischen Buckel, nach vorangegangener Lumbalanästhesie. Wichtig ist oft Temperaturmessung, damit man nicht einen fieberhaften Zustand mit Kreuzschmerzen übersieht. Nicht immer ist die Unterscheidung leicht. Oft zeigen sich Beschwerden lange Zeit nach dem Unfall, oder der Unfall war an sich so leicht, daß er sich nicht so einprägte, um dem Patienten sich als Ursache der Rückenschmerzen in Erinnerung zu bringen.

E. Tobias (Berlin).^o

Ewald, P.: Spondylitis deformans und Unfall. (*Heilanst. f. Unfallverletzte v. Dr. Ottendorff u. Dr. Ewald, Hamburg.*) Münch. med. Wschr. 1929 I, 829—830.

Die wichtige Frage: Wann kann in Fällen des Verhebens, Verdrehens und der Rückenquetschung bei einer nachgewiesenermaßen schon bestehenden Spondylitis deformans eine „Verschlimmerung durch Unfallfolgen“ angenommen werden? beantwortet Ewald folgendermaßen: Nur wenn eine ungewöhnliche, schwere Arbeit oder

eine solche Verletzung vorgelegen hat, daß die Arbeit sofort ausgesetzt und mehrere Wochen nicht wieder aufgenommen werden konnte. Arthritis deformans nach einer Gelenkverletzung ist immer anzuerkennen, auch wenn sie erst nach Jahren sichtbar wird oder vielmehr Beschwerden macht. Dieselbe Arthritis deformans ist als Unfallfolge abzulehnen, wenn sie sich von der Verletzungsstelle entfernt entwickelt.

B. Valentin (Hannover).

Zollinger, F.: Beiträge zur Frage der traumatischen Entstehung der Arthritis deformans. (*Med. Abt., Kreisagentur d. Schweiz. Unfallversicherungsanst., Aarau.*) Arch. orthop. Chir. 27, 166—237 (1929).

Die Arthritis deformans kommt auch bei jüngeren Individuen ohne jedes Trauma vor. Eine rein traumatische Arthritis deformans ist relativ selten, meist bedingt der Unfall nur eine Verschlimmerung einer bereits bestehenden Erkrankung. Die Tatsache, daß ein Patient vor dem Unfall vollkommen arbeitsfähig war, darf nicht als Beweis dafür, daß seine Gelenke vollständig intakt waren, gelten. Nur ein nennenswertes Trauma, das eine erhebliche Knorpelschädigung zur Folge hatte, kann ursächlich für eine Arthritis deformans in Frage kommen. Nach Gelenkkontusionen, Distorsionen, Erschütterungen und Überheben ohne Verletzung der Knochen oder Zwischenknorpel wurde an einem vollkommen gesunden Gelenk nie das Auftreten einer Arthritis deformans beobachtet. Chronisch einwirkende kleine Traumen können, gewöhnlich allerdings erst in Verbindung mit konstitutionellen Faktoren, zu einer Arthritis deformans Anlaß geben. Mit der Annahme des Kausalzusammenhangs einer erst Jahre nach einem Unfall in Erscheinung getretenen Arthritis deformans sollte man vorsichtig sein und eine solche erst dann annehmen, wenn das Trauma erwiesen und geeignet war, die Erkrankung auch nach längerer Beobachtung auf ein einziges Gelenk beschränkt bleibt und andere seit dem Unfall eingetretene Schädigungen mit Sicherheit auszuschließen sind.

B. Valentin (Hannover).

Schmidt, G. W.: Sekundäre Arthritis deformans und Unfall. Mschr. Unfallheilk. 36, 177—182 (1929).

Schlußfolgerungen: Die sekundäre oder lokale Arthritis deformans kann die Folge selbst eines leichten Unfalls sein. Die traumatisch entstandenen Corpora libera können zum Zustandekommen einer Arthritis deformans Veranlassung geben. Das Trauma braucht das Gelenk nicht direkt zu treffen. Es kann sich auch eine Arthritis deformans entwickeln, wenn außerhalb der Gelenkzone eine Komponente der funktionellen Einheit des Gelenkes geschädigt wurde. Die infolge eines Unfalls gestörte Statik kann auch zur Entwicklung einer Arthritis deformans in einem entfernten Gelenk derselben Extremität führen. Die Arthritis deformans soll sich gewöhnlich im Anschluß an den Unfall entwickeln und im allgemeinen nicht später als 2 Jahre nach diesem auftreten. Für die traumatische Arthritis deformans brauchen wir eine arthritische Disposition nicht anzunehmen. Die infolge eines Unfalls entstandene Arthritis deformans ist nur bis zur „subjektiven“ bzw. funktionellen Wiederherstellung zu entschädigen. Bei Verschlimmerung einer bereits bestehenden Arthritis deformans durch einen Unfall ist eine Rente nur so lange zu gewähren, bis der alte Zustand wieder erreicht ist. Allgemein anerkannte Richtlinien für die Beurteilung des Zusammenhangs von Arthritis deformans und Unfall gibt es bisher nicht. Kurt Mendel.

Ewald, Paul: Lassen sich Leitsätze in der Frage Arthritis deformans und Unfall aufstellen? (*Heilanst. f. Unfallverletzte v. Dr. Ottendorff u. Dr. Ewald, Hamburg.*) Mschr. Unfallheilk. 36, 173—177 (1929).

Verf. bemüht sich seit langer Zeit, die Zusammenhänge zwischen der Arthritis deformans und einem lange vor dieser Erkrankung erlittenen Unfall zu klären. Er hat schon vor 4 Jahren als Richtlinie folgende Forderung zur Diskussion gestellt: „Eine im Gefolge einer Verletzung auftretende chronisch deformierende Gelenkentzündung kann als Unfallfolge nur anerkannt werden, wenn sie sich an der Stelle der Verletzung im unmittelbaren Anschluß an die Verletzung entwickelt. Tritt sie hier oder gar an

entfernt liegenden Gelenken erst nach mehr als 1 Jahr auf, so ist sie nicht mehr als Unfallfolge anzusehen.“ Verf. ist bereit, den Satz in Einzelheiten zu ändern, zu erweitern oder einzuziehen, hält es aber für nötig, dem Gutachter überhaupt einen Anhaltspunkt zu geben. Er geht mit anderen Autoren, die der Ansicht sind, daß man sich nach dem jetzigen Stande des Wissens über die deformierende Gelenkentzündung noch nicht festlegen könne, etwas streng ins Gericht. Er fordert nicht den röntgenologischen oder klinischen Nachweis der Erkrankung während dieser Zeit, das Röntgenbild kann im Stiche lassen, und die klinische Untersuchung kann irreführen, aber er fordert eine Brücke von der Verletzung zu der späten Erkrankung; durch Schmerzen und Beschwerden muß der Zusammenhang festgestellt werden können. Die Frage, unter welchen Bedingungen Beschwerden, die offensichtlich als Symptome einer Arthritis def. auftreten, einem Unfall zur Last gelegt werden können, und unter welchen Bedingungen ein Zusammenhang abgelehnt werden muß, ist erschöpfend und einwandfrei generell bisher noch nicht beantwortet worden. *Colley (Insterburg).* °°

Benvenuti, Benvenuto: *L'importanza del trauma nella patogenesi della tubercolosi osteo-articolare. Ricerche cliniche e statistiche.* (Die Bedeutung des Traumas in der Pathogenese der Knochen- und Gelenktuberkulose.) (*Istit. di Pat. Spec. Chir. Dimostr., Univ., Pisa.*) Arch. ital. Chir. **23**, 323—348 (1929).

Von 300 Kindern mit Knochen- und Gelenktuberkulosen wurde in der Vorgeschichte 16 mal ein sicheres Trauma angegeben. 3 mal war aber das Intervall zwischen Unfall und Beginn der Erkrankung zu lang, um einen sichern Zusammenhang anzunehmen; 3 mal war es zu kurz, und 4 mal war das Trauma zu leicht. Bei 3 Kindern ergab die genaue Anamnese, daß es sich nur um eine Verschlimmerung eines schon bestehenden Herdes handelte. So blieben von 300 Kindern nur 3, bei denen ein Zusammenhang zwischen Unfall und Tuberkulose angenommen werden mußte. Diese kleine Prozentzahl dürfte darauf zurückzuführen sein, daß die Patienten keinerlei Interesse daran hatten, die Erkrankung mit einem Unfall in Verbindung zu bringen. Eine Knochen- oder Gelenktuberkulose wird sicher nur ausnahmsweise durch einen Unfall verursacht; denn dazu muß ein latenter Knochenherd oder ein Kreisen der Bacillen im Blut die Vorbedingung sein. Letzteres kommt aber nur bei schweren Tuberkulosen mit Fieberschüben vor, und bei diesen Kranken ist die Knochenlokalisation der Tbc. selten. Das Trauma muß ferner beträchtlich sein, so daß auch die tieferliegenden Gewebe geschädigt werden. Der Intervall zwischen Trauma und Manifestwerden der Krankheit muß 2—12 Monate betragen. Etwas häufiger dürfte ein indirekter Zusammenhang zwischen Unfall und Tbc. vorkommen, indem durch das Trauma der Körper allgemein geschädigt wird und so die Bedingungen für die Tbc. günstiger werden, oder aber dadurch, daß eine durch den Unfall entstandene akute Infektion für später einen Locus minoris resistentiae schafft. Häufiger ist auch eine Mobilisierung eines tbc. Herdes durch ein Trauma zu beobachten. *Steiger (Davos).* °

Magnus, Georg: *Der ursächliche Zusammenhang zwischen Unfall und Tuberkulose.* (*Chir. Abt., Krankenh. Bergmannsheil, Bochum.*) Münch. med. Wschr. **1929 I**, 788 bis 790.

Vortrag über die heute geltenden Anschauungen über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Tuberkulose. Zu den Formen von chirurgischer Tuberkulose, die ohne allen Zweifel anzuerkennen sind, gehört die Impftuberkulose. Ferner die nachträgliche Infektion einer unfallweise entstandenen Wunde. Schwieriger wird die Entscheidung, wenn die Verschlimmerung einer vorher notorisch vorhandenen Tuberkulose begutachtet werden soll. Hier ist zur Bejahung des ursächlichen Zusammenhanges notwendig, daß die Verletzung erheblich war, daß sie den Herd der Erkrankung unmittelbar betraf und daß sich die Verschlimmerung direkt an das Trauma anschloß. Für die Frage, ob sich als Traumafolge ein Locus minoris resistentiae bilden kann für die Ansiedlung von Tuberkelbacillen, hat sowohl der Tierversuch, als auch das große Experiment des Krieges keine Beweise geliefert. Unter den zahllosen Verletzungen

im Kriege, unter den vielen Operationen bei Phthisikern ließ sich niemals in Wunde oder Narbe eine tuberkulöse Infektion erkennen. Auch unter den Tausenden von Frakturen und Luxationen des Bergmannsheil fand sich nur 1 Fall, bei dem sich 2 Jahre nach einer Radiusfraktur eine Tuberkulose des Handgelenkes entwickelte. Sehr häufig werden gerade leichte Traumen als ursächlich angeschuldigt. Auch diese Ansicht ist nach dem heutigen Stande der Wissenschaft abzulehnen, zumal die Anwesenheit virulenter Tuberkelbacillen im strömenden Blut nach modernen Anschauungen sehr selten ist. Immerhin werden Fälle vorkommen können, wo die Häufung von sachlichen Momenten so überzeugend ist, daß der begutachtende Arzt wissenschaftlich nicht den Gegenbeweis führen kann. Kieffer (Köln-Mülheim).

Bacon, Louisa Hemken, and E. R. LeCount: Automobile injuries. A study from records of postmortem examinations. (Automobilunfälle. Eine Studie an der Hand von Sektionen.) (Norman Bridge Path. Laborat., Rush Med. Coll., Chicago.) Arch. Surg. 18, 769—802 (1929).

Verf. berichtet über 383 Todesfälle in Chicago infolge von Autounfällen in dem Zeitraum von 1911—1924; darunter waren 45 Knaben und 15 Mädchen in dem Alter zwischen 4—15 Jahren; von älteren Personen waren 272 Männer und 51 Frauen. Lastautos verursachten 47 Unfälle. Droschken 35, Privatautos 301. Eine Tafel veranschaulicht die jedes Jahr zunehmende Anzahl der Unfälle, die in den letzten Jahren 55—56 betrug. Verf. bespricht sodann genauest die einzelnen Arten der Verletzungen mit tödlichem Ausgang. Die Schädigungen betrafen 219mal den Schädel mit gleichzeitiger Zertrümmerung des Gehirns teils als Folge direkter Einwirkung, teils als Wirkung des Contrecoup, worunter mit 55,55% bei Verletzung der Fossa anterior bei ersterem Modus die Höchstzahl erreicht wurde, während bei dem Contrecoup das Schädeldach mit 78,08%, die hintere Schädelgrube mit 76,74% und die Communitivfrakturen beteiligt sind. In ausführlicher Weise schildert Verf. jede überhaupt vorgekommene Art der einzelnen Schädel- bzw. Gehirnverletzungen nach Lokalisation und Kombination mit mehreren Schädigungen, sowie die Symptomatologie der Unfälle, bei denen die Leute das Unglück eine kurze Zeit überlebten. Naturgemäß waren die Feststellungen nur in unvollkommener Weise möglich. Die Diagnose konnte 110mal (58,82%) gestellt werden, bei im ganzen 187 im Hospital beobachteten Fällen, 24mal (12,83%) wurde die Schädelfraktur nur vermutet, in den restierenden 35 Fällen wurden andere Verletzungen erkannt, aber die Schädelbeschädigung übersehen; 11mal waren dekompulsive Operationen versucht worden. Bei 19 Fällen (8,48%) war Meningitis dazugegetreten, die in dem Zeitraum von 2 Tagen bis zu 6 Monaten nach dem Unfall aufgetreten war. Das Exsudat war immer fibrinopurulent und generalisiert, nur einmal auf die rechte Seite beschränkt. Einmal war 1 Tag vor dem Tode eine septische Arthritis diagnostiziert worden, bei der Sektion fand sich Schädelbruch. Ein 6jähriger Knabe starb 33 Tage nach dem Unfall an serofibrinöser Peritonitis, Pleuritis, Perikarditis und Leptomeningitis. Am Abdomen waren schwer zerrissene Wunden, die angenommene Schädelverletzung fand sich bei der Sektion nicht bestätigt. Verf. berichtet weiterhin über 10 Fälle genau mit den entsprechenden Krankengeschichten. 84mal (37,66%) handelte es sich um isolierte Schädelfrakturen, 88mal (39,46%) um Kombinationen mit anderen Frakturen, die er in 5 Tafeln genau differenziert. Frakturen oder Dislokationen der Wirbel fanden sich bei 26 Leichen (6,97%), worunter der thorakale Teil in 23 Fällen (6,01%), der lumbare in 11 (2,09%) beteiligt war; auch hier bringt Verf. eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Verletzungsformen mit Tabelle. Es folgen die Beckenfrakturen und Schädigungen der Blase. Zwei totale Zertrümmerungen derselben waren Folgen der Gewalteinwirkung auf den Bauch. Die Liste der Beckenbrüche umfaßt 42 Fälle mit genauer Ausscheidung der einzelnen Bruchformen. Rippenbrüche waren 169mal zu verzeichnen, worunter $\frac{1}{3}$ als isolierte sich erwiesen, 85mal waren sie mit Brüchen des Schädels kombiniert, 28mal mit solchen der Wirbel, 21mal mit solchen des Beckens, 63mal der Extremitäten. Bei den 169 Fällen waren im ganzen 1271 Rippen gebrochen, 58mal (34,32%) mit Lungenzerreißung und traumatischem Hautemphysem verbunden. Hier eine interessante Kurve, die das Verhältnis der Frakturen mit der Anzahl der Rippen darstellt. Traumatischer Pneumothorax fand sich 8mal (worunter 5mal Kinder). 5mal war die Lungenzerreißung mit starker Blutung in den Thorax die Todesursache. Extremitätenbrüche fanden sich isoliert bei 21 Leichen, kombiniert mit Brüchen des Schädels bei 62, der Rippen bei 63, des Beckens bei 18. Bei alleinigen Extremitätenbrüchen war die Todesursache irgendeine Infektion meist als Bronchopneumonie. In 28 Fällen war der Femur (14mal beide) gebrochen, 25mal Tibia und Fibula, der Humerus 54mal. Brüche der oberen Extremitäten waren häufiger als der unteren (2,17:1). Herzrupturen fanden sich bei 5 Männern und 1 Kind. Eine Tafel gibt die genauen Details, Zerreißen großer Gefäße waren 10mal (2,61%) zu verzeichnen; bei 2 war nur die Zerreißen der Abdominalaorta die Todesursache, 5mal die Zerreißen von großen Gefäßen am Nacken, 1mal bestand totaler Abriß des Oesophagus, 8mal des Zwerchfells. Eine Tafel bringt die Verletzung des Diaphragma mit Beteiligungen

der einzelnen Bauchorgane, die fast alle mit nur 1 Fall figurieren, mit Ausnahme der Leber (5) und der Milz (2). Leberverletzungen waren 58mal Ursache des letalen Ausgangs. Hauptsächlich Leute in mittleren Lebensjahren waren die Opfer, die Lokalisation der einzelnen tödlichen Leberwunden ist eine sehr verschiedene. Nierenverletzungen fanden sich 25mal (6,52 %), häufig in Kombination mit Schädigungen anderer Organe (Tabelle); ähnlich war es mit Magen und Darm.

Scheuer (Berlin).

Schnizer, v.: Dienstbeschädigung durch ungenügend behandelte Syphilis angenommen. Med. Klin. 1929 I, 197—198.

Ein 38jähriger Soldat infizierte sich 1916 mit Tripper und Syphilis während eines Feldurlaubs. 6 Wochen nach durchgeführter Behandlung kam Patient wegen Rheumatismus wieder ins Lazarett. Da Verdacht auf eine auf Basis der Syphilis entstandene Geisteskrankheit bestand, wurde er Februar 1917 auf eine Station für Geisteskranke aufgenommen, auf der nach den Krankenblättern keine systematische Behandlung von Tripper und Syphilis stattgefunden zu haben scheint. Anfang 1917 hatte er eine Krätzekur durchgemacht; März 1917 setzten nun Symptome einer allgemeinen Eiterinfektion ein: Abscesse am Vorderarm, am Oberschenkel, Schulterblatt, daneben Geschwüre an Lippe und im Munde, die für syphilitisch gehalten wurden. Nach einem neuen großen Absceß am rechten Oberarm starb Patient am 17. V. 1917 an Entkräftung. Die Anträge auf Hinterbliebenenrente wurden 1920, 1921, 1928 abgelehnt. Im August 1928 wurde ein berufungsfähiger Bescheid erteilt. Das Gutachten des Verf. wird sicher viele Zweifel erregen. Er erklärt Lues und Gonorrhöe nicht für Dienstbeschädigung (vielfach anders entschieden), Krätze dagegen für Dienstbeschädigung. Er nimmt an, daß die Krätze die Eingangsporten für die Eitererreger geschaffen hat, oder daß die Pyämie von einer im Krankenblatt erwähnten Mund- (Mandel-)Entzündung ausgegangen ist. Die Gonorrhöe und die vor allem in der Irrenstation nicht sachgemäß behandelte Syphilis soll die Virulenz der Eitererreger gesteigert, die Widerstandsfähigkeit der Organismen herabgesetzt haben. Er argumentiert: Verschlimmerung eines Nichtdienstbeschädigungsleidens (Lues) durch ein Dienstbeschädigungsleiden (Krätze) und Unterlassung rechtzeitiger, zweckmäßiger Maßnahmen.

Heller (Charlottenburg).

Klassen, P.: Über das chronische traumatische Handrückenödem. (Krankenh. d. Barmherzigen Brüder, Bonn.) Mschr. Unfallheilk. 36, 289—309 (1929).

Verf. beschäftigt sich mit dem Krankheitsbild, welches 1901 von Secrétan auf Grund von 2 Beobachtungen zum erstenmal als „Oedème dur et Hyperplasie traumatique du metacarpe dorsal“ angegeben wurde. Die Ursache ist ein Trauma von stumpfer Gewalt, oft geringfügig, seltener ein scharfes Trauma ohne Infektion. Sofort oder nach Tagen entsteht die Schwellung des Handrückens, meist sehr schmerzhaft. Das Ödem schneidet oft mit dem Handgelenk ab, geht selten etwas über den Unterarm. Oft ist die Geschwulst über den Knochen der Hand verschieblich. Analog sind die Beobachtungen am Fußrücken. Zeitweise kann sich röntgenologisch eine gewisse Knochenatrophie finden. Die Erkrankung ist im allgemeinen charakteristisch, Handphlegmonen und Tuberkulose der Handwurzel und Mittelhand, das Oedème bleu (Charcot), das trophoneurotische Ödem und das artifizielle Ödem sind differentialdiagnostisch zu erwägen. Verf. bringt nunmehr 7 Beobachtungen. Das Wesen der Erkrankung ist noch immer ungeklärt, trotz des abgeschlossenen klinischen Bildes. Therapeutisch unbeeinflusst. Das Leiden ist langwierig. Krankenhausbehandlung über 5—6 Monate ist zwecklos. Arbeitsbeschaffung beizeiten in Form von Boten- oder Pförtnerposten usw. Für den Unfallbegutachter ist die Erwerbsverminderung sehr individuell verschieden einzuschätzen.

E. Glass (Hamburg).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

● **Moll, Albert: Psychologie und Charakterologie der Okkultisten. Abh. Psychother. H. 11, 1—130 (1929) RM. 10.80.**

In seiner bekannten kritischen, amüsant zu lesenden Art bespricht Moll Charakter und Psychologie der Okkultisten, wobei er ihr unkritisches Verhalten gegenüber den Medien, die nicht nachprüfbar Versuchungsbedingungen, die offensichtlichen Irrtümer und Betrügereien bei vielen Versuchen schildert. Mit Recht sagt er, daß man bei den Okkultisten von überwertigen Vorstellungskomplexen sprechen könne, die Ähnlichkeit mit paranoiden Wahngebilden hätten, infolge deren sie jeder Kritik aus dem Wege gingen, völlig unbelehrbar wären und alle Vorgänge bei solchen Sitzungen in ihrem Sinne zu erklären suchten, auch wenn man ihnen Irrtümer und Widersprüche nachweisen könnte. Die Abhandlung müßte nicht nur