

Trüss, Marie: Über die Lebensfähigkeit der Tuberkelbacillen in den bacteriologischen 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 Carbolfuchsin 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.

Kister (Hamburg).^{oo}

● **Klopstock, M., und A. Kowarski:** Praktikum der klinischen chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden. 9., umgearb. u. verm. Aufl. Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1929. XI, 524 S., 25 Taf. u. 51 Abb. geb. RM. 14.—.

Die neue Auflage des bewährten Leitfadens, der in gleicher Weise den Bedürfnissen des laboratoriumstätigen Arztes und seines Hilfspersonals Rechnung trägt, ist in vielen Abschnitten umgearbeitet und ergänzt worden, ohne sein handliches Format einzubüßen. Das Kapitel über Serodiagnostik gibt eine klare und dem heutigen Stande unseres Wissens entsprechende Darstellung der Wa.R. und der Flockungsreaktionen. Bei der Angabe von Nährbodenvorschriften könnten die wichtigeren Pilzmedien, z. B. Maltose-Agar, Erwähnung finden; auch vermißt man das neue Verfahren der anaeroben Züchtung nach Vordtrier. Ebenso fehlen die neueren Färbemethoden für Spirochäten.

Alfred Joseph (Berlin).

● **Handbuch der wissenschaftlichen und angewandten Photographie.** Hrsg. v. Alfred Hay. Bd. 8. Farbenphotographie. Bearb. v. L. Grebe, A. Hübl u. E. J. Wall. Wien: Julius Springer 1929. VII, 248 S., 8 Taf. u. 131 Abb. RM. 24.—.

Der 8. Band des Handbuches der wissenschaftlichen und angewandten Photographie trägt den Titel „Farbenphotographie“. Er gliedert sich in drei Abschnitte. Der erste Teil, von Hübl (Wien) verfaßt, stellt eine erschöpfende Behandlung der Licht- und Farbenlehre dar. Für den Lichtbildner von besonderem Interesse sind die Schlußfolgerungen, die hinsichtlich der Dunkelkammerbeleuchtung und der Verwendung von Lichtfiltern abgeleitet werden. Der zweite Abschnitt des Handbuches stammt aus der Feder Grebes (Bonn). Einleitend werden die modernen Spektrographen unter Beigabe vorzüglicher Abbildungen beschrieben. Hervorzuheben wäre eine elementare Darstellung der Theorie der Gitterspektren; anschließend sind die Methoden der Interferenzspektrographie nach Perot und Fabry sowie nach Lummer und Gehrcke erläutert. Auch die Technik der Vakuumspektrographie zur Aufnahme im Gebiete der Schumannstrahlen und der Röntgenspektrographie sind knapp dargestellt. Der dritte und letzte Abschnitt stammt von E. J. Wall † (übersetzt von A. Hay). Er handelt von der Praxis der Farbenphotographie und gibt neben eingehender Beschreibung aller Verfahren und Apparate erprobte Anleitungen in großer Zahl. Den Schluß des dritten Hauptabschnittes bildet eine Besprechung der so überaus interessanten, wenn auch praktisch selten verwendeten Verfahren, die ohne Hilfe von Filtern und Farbrastern die Herstellung farbiger Bilder gestatten. Von größtem Interesse ist die Mitteilung eines Briefes, den Seebeck an Goethe gerichtet hat. In diesem Schreiben teilt Seebeck seine interessanten Versuche farbiger Darstellungen des Spectrums auf Chlorsilberpapier mit. Diese schöne Entdeckung blieb aber vergessen. Das Seebecksche Verfahren ist der Vorläufer des Lippmannschen Verfahrens, welches ja bekanntlich die Erzeugung farbiger Bilder durch die Bildung stehender Lichtwellen ermöglicht. F. J. Wall hat alle Handgriffe und technischen Vorrichtungen dieses Verfahrens ausführlich beschrieben. Reiche Literaturangaben und vor allem die Nennung der Patente erleichtern ein Vordringen zu den Originalarbeiten. Ein ausführliches Sach- und Namensverzeichnis beschließt den Band, welchem noch eine Reihe von Tafeln angeschlossen ist, die Musterbeispiele spektrographischer Arbeiten darstellen. Der vorliegende Band wird für diejenigen Institute für gerichtliche Medizin, die häufig Aufnahmen in natürlichen Farben und Spektralaufnahmen machen, ein unentbehrlicher Ratgeber werden.

Schwarzacher (Heidelberg).

Versicherungsrechtliche Medizin.

Melechior, Eduard: Aus chirurgischer Gutachtertätigkeit. (*Chir. Klin., Univ. Breslau.*) Med. Klin. 1929 II, 1011—1015 u. 1054—1058.

Bei der Begutachtung pathologischer Frakturen ist ins Auge zu fassen, ob das Trauma so erheblich war, daß es auch einen normalen Knochen hätte schädigen können. Ähnliche Gesichtspunkte gelten für die Beurteilung der subcutanen Sehnenabrisse (langer Daumen-

strecker, langer Bicepsskopf), der Arthropathien bei Tabes oder Syringomyelie und des Malum coxae senile. Verf. bezweifelt die Richtigkeit der oft vertretenen Anschauung, daß nach Verletzung der unteren Extremität die Mehrbelastung der anderen Seite zur Entwicklung einer Arthritis deformans führt. Weiterhin berührt er, teilweise unter Anführung konkreter Fälle, die Schwierigkeiten der Begutachtung von Unfallhysteren, Unterscheidung zwischen „alten“ und „neuen“ Erkrankungen, Kriegsdienstfolgen, ärztlichen Kunstfehlern (Zurücklassung von Fremdkörpern, Abbrechen von Punktionsnadeln, Unterlassung von Röntgenaufnahmen).

Gollwitzer (Berlin).).

Dürek, Hermann: Pathologisch-anatomische Erfahrungen bei Unfallbegutachtungen. Münch. med. Wschr. 1929 II, 1406—1409.

Sechs interessante kasuistische Mitteilungen: 1. 60-jähriger Mann, Sturz mit dem Fahrrad infolge Gabelbruches, Schleuderung aufs Gesicht, vorübergehend bewußtlos, dann wieder klar, Krankenhausaufnahme, Fieber, Schmerzen am Hinterkopf und in der Wirbelsäule, Tod an Sepsis am 11. Krankheitstag. Sektionsbefund: Eiterherd in der Gegend des 3. und 4. Halswirbels, der mit dem Wirbelkanal in Verbindung steht, extradural findet sich ein kirschkerngroßes Celluloidstück einer abgebrochenen Zigaretten spitze mit extraduralem Abscess. Dürek sucht klarzulegen, wie er sich das Hineinstoßen des Fremdkörpers bei dem Sturz mit dem Fahrrad denkt. — 2. 27-jähriger Bergmann, der vor 9½ Jahren einen Unfall erlitten hatte, in dessen Gefolge es zur Vereiterung eines intramuskulären Oberschenkel-Hämatoms sowie zur Vereiterung und völligen Versteifung des linken Kniegelenks gekommen war. Neuerlicher Unfall bei der Arbeit, Wiederauflammen des alten Eiterungsprozesses im Oberschenkel, Thrombophlebitis der linken Schenkelvene, Vereiterung des linken Hüftgelenks, metastatische Lungenabscesse, dabei Abscess an der rechten Lungenspitze, wodurch eine Arrosion der Arterie subclavia mit tödlicher Verblutung durch Hämoptoe zustande kam. — 3. 2 Fälle von Bruch des Epistropheus: a) 26-jähriger Arbeiter, Absturz auf der Kellertreppe, Schmerzen am Hinterkopf, schwerer Fieberzustand, Verdacht auf Mittelohrentzündung, Aufmeißelung: eitrige Thrombose des Sinus sigmoideus, Panophthalmie, Thrombophlebitis am rechten Arm, Tod an Sepsis am 42. Tag nach dem Unfall. Sektionsergebnis: Nicht ganz frische Fraktur des Epistropheusbogens, keine Halsmarkkompression, Vereiterung eines prävertebralen Hämatoms, eitrige Thrombophlebitis der Vena jugularis, Abscesse im kleinen und großen Kreislauf. b) 18-jähriges Mädchen hatte vor 7 Jahren einen Sturz erlitten mit Bewegungsstörungen in beiden Armen, die aber bald wieder verschwanden. Jetzt erst Fall beim Tanzen, sofort Lähmung des linken Armes, alsbald aller vier Gliedmaßen, Atemnot, Tod an Atmungslähmung am 2. Tag. Die Sektion ergab einen frischen Zertrümmerungsherd der Medulla oblongata; der Epistropheuszahn ist vollkommen vom Körper des 2. Halswirbels abgelöst, die Trennungsfläche aber alt und mit einer bindegewebigen Zwischenlage verbunden. Offenbar hatte seinerzeit ein Abbruch des Halswirbelzahnes stattgefunden ohne Quetschung des Rückenmarks, Heilung unter Pseudarthrose und nunmehr durch den neuerlichen Sturz Einpressung des losen Zahnstückes in das Rückenmark. [Der Fall erinnert außerordentlich an die Beobachtung von Puppe über einen geheilten Genickbruch, der ebenfalls nach Jahren durch einen neuen Unfall zum sofortigen Tod führte. Vgl. Arch. klin. Chir. 127, 752 (1923). Ref.] — 4. Schädelfraktur mit fraglicher Entstehungsursache: 54-jähriger Schachtmeister, Unfall durch Herunterfallen eines Balkens auf seinen Kopf, dann aber weiter gearbeitet. 38 Tage später angeblich tot im Bett gefunden. Nach 68 Tagen exhumiert (! im Sommer). Sektionsbefund: Fäulnis, abnorm dünner Schädel, reaktionslose (frische?) Fissur des Schädeldaches und der Schädelbasis, extradurales Hämatom der rechten Seite, also auf der anderen Seite wie die Fissur. Der zuerst angenommene kausale Zusammenhang wurde durch die weiteren Erhebungen fraglich, weil durch anonyme Anzeige festgestellt wurde, daß der Verstorbene am Abend vor seinem Tode infolge starker Betrunkenheit die Treppe herabgestürzt war und bewußtlos aufgefunden wurde. Er kam wieder zum Bewußtsein, ging selbstständig die Treppe hinauf und war 2 Stunden später tot, wie die Erhebungen ergeben haben. Daraufhin wurde der Zusammenhang mit dem früheren Betriebsunfall abgelehnt. — 5. 34-jähriger Mann (Gärtner) hatte vor 13 Jahren vor Verdun einen Schädelabschuß erhalten, der ausheilte. Nach dem Krieg wegen schwerer Einbruchdiebstähle 7 Jahre Zuchthaus. Nach der Entlassung wieder als Gärtner tätig, wieder Einbruchdiebstähle. In flagranti ertappt, dabei angeblich Mißhandlung durch den Entdecker, cerebrale Erscheinungen, nach wenigen Tagen Tod. Die Sektion ergab (4 Stunden nach dem Tod ausgeführt) Gasödemsepsis, Schaumorgane, in der rechten Großhirnhälfte einen mehrkammerigen, fast hühnereigroßen Abscess mit einem hineinragenden Knochensplitter von 42 mm Länge, auf der gleichen Seite ein alter, handtellergroßer Knochendefekt. Die Röntgendifurchleuchtung ergab noch im Innern außer dem Knochensplitter einen metallischen Fremdkörper. D. meint, es sei möglich, aber nicht zu erweisen, daß das plötzliche Wiederauflammen der alten Infektion, die Entstehung des großen Gehirnabscesses und der Gasödemsepsis auf Erschütterungen des Schädels zurückzuführen sei; ob aber auf jene angebliche körperliche Mißhandlung oder ob auf die mit der Einbrecheritätigkeit verbundenen Traumen mußte unentschieden bleiben. — 6. Wirbelbruch und Spondylopathia deformans bei einem 64-jährigen Mann. Derselbe hatte einen Betriebsunfall erlitten,

war gestürzt, verspürte heftige Schmerzen, konnte aber noch eine Zeitlang arbeiten, dann trat er in ein Krankenhaus ein, wo er die Erscheinungen einer rechtsseitigen serösen Pleuritis mit Tuberkelbacillen im Exsudat, bot. Nach dem Röntgenbild angeblich Wirbeltuberkulose, offenbar traumatisch bedingt. Abklingen der Pleuritis, Austritt aus dem Krankenhaus. Erst nach Jahresfrist Wiederaufnahme, nach kürzerem Aufenthalt Exitus. Sektionsbefund: Alte umschriebene Lungentuberkulose mit doppelseitiger tuberkulöser Pleuritis, fortgeschrittene Lebercirrhose, ausgebreitete Spondylitis deformans mit den bekannten Knochenbrücken- und Randwulstbildungen an mehreren Wirbeln. Kein Anhaltspunkt für Knochentuberkulose, keine Spuren eines alten Wirbelschusses. Zusammenhang abgelehnt. Im Gegensatz dazu erwähnt D. einen umgekehrten Fall: Hier waren bei einem 27jährigen Mann nach einem Absturz von der Staffelei heftige Schmerzen entstanden, die nach dem Röntgenbild als deformierende Spondylitis gedeutet wurden, wonach der Kausalzusammenhang mit dem Unfall abgelehnt wurde. Im Verlauf der nächsten Jahre Zunahme der Beschwerden, Lähmungserscheinungen und nach 14 Jahren Tod an aufsteigender Pyelonephritis und Mastdarmlähmung. Die Sektion (Prof. Oberndorfer) ergab hier die Reste einer sog. Subluxation des 2. Lendenwirbels mit Abreiß eines Knochenstückes aus dem Wirbelkörper; die daran anschließenden Knochenveränderungen führten zu den klinischen Störungen und schließlich zum Tod. Es bestand also doch ein ursächlicher Zusammenhang, und die röntgenologisch gestellte Diagnose der Spondylitis deformans war falsch gewesen.

Merkel (München).

Geringer, Joh.: Über die Schwierigkeiten bei der Begutachtung alter, ausgeheilter Kriegsverletzungen. Beitr. gerichtl. Med. 9, 176—185 (1929).

Die beherzigenswerten Ausführungen des Verf. zeigen, daß in Österreich ganz gleiche Beobachtungen bei der Begutachtung Kriegsbeschädigter gemacht sind wie in Deutschland. Verf. weist darauf hin, daß von den Kriegsbeschädigten oft ganz bizarre Forderungen erhoben und Verschlimmerungen von Prozessen behauptet werden, die vor Dezennien ausgeheilt waren. Sind solche Fälle einmal anerkannt, so mobilisieren sie eine ganze Reihe von Anspruchserhebern, wobei die organisierten Verbände, welche die Interessen der Kriegsbeschädigten wahrnehmen, eine große Rolle spielen, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, alle jene vorgebrachten und bekannt gewordenen Wünsche zu unterstützen, woffern nur der Anspruchserheber Mitglied ihrer Organisation geworden ist. Jede dieser Organisationen trachtet, die andere in der Fähigkeit, schwer durchzusetzende Wünsche zu realisieren, zu übertrumpfen. Die Verletzung als solche und in ihren Folgezuständen ist meist dieselbe geblieben, aber der Mensch ist nicht derselbe geblieben. Die jedem normalen Menschen innewohnende Kraft, die durch Intensivierung und notwendige Konzentration sowohl der geistigen wie der körperlichen Kräfte jeden Gedanken an das eigne Ich und an das stattgehabt traumatische Erlebnis nicht aufkommen ließ, vermag Außergewöhnliches zu leisten, wie z. B. der Coueismus lehrt. Sicher aber nicht dort, wo Arbeitslosigkeit eine Wunschneurose erzeugt, mit dem alten ausgeheilten Gebrechen bzw. durch den Krieg entstandene Schädigungen, die früher da waren, später aber kaum noch in ihren Folgen bemerkbar sind, das vom Gesetz als entsprechendes Äquivalent festgesetzte Entgelt zu erreichen. Alte un wesentliche Narben werden von anspruchsvollen Kriegsbeschädigten als unerlässlich festes Betriebskapital zur Herausschlagung von Nutzen und Gewinn betrachtet. Ärzte, die solche Kriegsbeschädigte in Behandlung nehmen, haben es oft nicht eilig mit dem Abschluß der Behandlung. Unter den Sachverständigen sind von den sachgemäß objektiv vorgehenden solche Ärzte zu unterscheiden, die jeden Wunsch nur allzu gern berücksichtigen. Diese sind bei den Organisationen sehr beliebt, die ehrlich vorgehenden, mit ihrem Gewissen strenger zu Rate gehenden Sachverständigen werden in den Hintergrund gedrängt. Demgegenüber betont Verf. mit Recht, daß der Sachverständige sich immer objektiv zu verhalten hat und nicht dazu da ist, den Wohltäter zu spielen. Im Mittelpunkt der Begutachtung steht immer in erster Linie die vor Jahren aufgetretene und später wieder objektiv abgeschätzte Verletzung mit ihren Folgen, alles andere nicht mit dem somatischem Zustande in unmittelbarem Zusammenhang stehende hat bei der ärztlichen Einschätzung unbedingt sekundäre Bedeutung. Weiters ist mit der Konstitution des Kriegsbeschädigten zu rechnen, die bei dem einen stärker mitwirken wird und den ursprünglichen stabilen Zustand in einen labilen verwandeln kann. Endlich ist auch noch die viel seltener nervöse Komponente in Betracht zu ziehen. Von

jedem traumatischen Erlebnis kann eine gewisse psychische Erschütterung ausgehen, die sich, wenn auch recht selten, nicht wieder ganz beseitigen läßt. Dem ernsten und streng objektiv vorgehenden Sachverständigen muß es möglich sein, diese drei Momente sich klarzumachen und möglichst scharf auseinanderzuhalten, er wird die rein subjektiv ausgedrückten Symptome erkennen müssen und nicht einfach gläubig hinnehmen dürfen, um seinem Gutachten einen tatsächlichen, nicht leicht zu erschütternden Gehalt zu geben. Die Meinung, daß für viele Mißstände im Begutachtungswesen das heute herrschende System des Rechtsstreites verantwortlich gemacht werden muß, wodurch Neurosen und Querulantentum förmlich gezüchtet werden, wird auch vom Verf. vertreten. In den Ausführungen des Verf. ist viel Wahres und für den im Versorgungswesen tätigen Sachverständigen Wissenswertes enthalten. *Ziemke* (Kiel).

Hirsch, S.: Beitrag zur Frage der „Unrichtigkeit“ früherer ärztlicher Beurteilung. Im Sinne des Verfahrensgesetzes zum Reichsversorgungsgesetz. Med. Klin. 1928 II, 1875—1878.

Mitteilung der Schlußfolgerungen eines versorgungsgerichtlichen Gutachtens. Die Quintessenz geht dahin, daß eine frühere Beurteilung deswegen noch nicht als „offensichtlich unrichtig“ im Sinne des § 65 des Verfahrensgesetzes bezeichnet werden dürfe, weil ein ärztlicher Sachverständiger bei einer Nachprüfung nach vielen Jahren zu einer anderen Beurteilung des in Frage stehenden Leidens komme.

E. Küppers (Freiburg i. B.).

Brieger, Heinrich: Zur Anwendung der Capillarmikroskopie nach Jaensch-Hoepfner Wittneben. (49. Jahresvers. d. Dtsch. Ver. f. Öff. Gesundheitspf., Leipzig, Sitzg. v. 10.—11. IX. 1928.) Dtsch. Z. öff. Gesundh.pfl. 4, 221—234 (1928).

Von der Anwendung der Capillarmikroskopie zur ärztlichen Berufsberatung muß entschieden abgeraten werden. Die wiederholte Ankündigung von neuen Wegen der Erkennung und Behandlung geistig Minderwertiger muß beim Laienpublikum, besonders bei den Eltern Schwachsinniger, trügerische Hoffnungen erwecken. *Kufs.* °°

Zeitmann: Über capillarmikroskopische Untersuchungen nach dem Verfahren von Prof. Dr. W. Jänsch und deren etwaige Anwendbarkeit bei den psychotechnischen Prüfungen für den Eisenbahndienst. Z. Bahnärzte 24, 219—228 (1929).

Capillarmikroskopische Untersuchungen kommen derzeit für die praktische Anwendung bei Eignungsprüfungen von Kandidaten des Eisenbahndienstes noch nicht in Betracht.

Arthur Schüller (Wien). °°

● **Barth, A.: Die Encephalographie in versicherungsrechtlicher Beziehung.** Veröff. Med.verw. 30, 1—47 (1929) RM. 2.40.

Ohne Einwilligung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters darf die Encephalographie nicht vorgenommen werden. Bei Bewußtlosigkeit muß der Eingriff dem vermutlichen Willen des Kranken entsprechen. Da bei diesem Verfahren Gefahren nicht sichern auszuschließen und die Beschwerden erheblich sind, ferner eine wesentliche Besserung des Leidens nach Anwendung der Encephalographie nicht mit Sicherheit zu erwarten ist, kann in keinem Versicherungszweige ein Druck auf den Versicherten, den Eingriff zu dulden, ausgeübt oder Kürzung der Ansprüche wegen Verweigerung des Eingriffs vorgenommen werden. Soll die Encephalographie lediglich aus wissenschaftlichem Interesse zur Anwendung kommen, so ist der Versicherte vor seiner Einwilligung über alle möglichen Folgen aufzuklären. Die ärztliche Indikationsstellung zur Encephalographie darf nicht durch Wünsche des Versicherten beeinflußt werden. Die Methode wird zunächst noch auf besonders geeignete Kliniken zu beschränken sein; ein endgültiges Urteil über den Wert der Encephalographie läßt sich heute noch nicht fällen; eine nennenswerte versicherungsrechtliche Bedeutung dürfte ihr daher vor der Hand nicht zukommen. Versicherungsmedizinisch könnte sie Bedeutung erlangen durch Vermeidung unnötiger oder aussichtsloser Operationen und dadurch, daß sie zur frühzeitigen Erkennung und Lokalisation operabler Erkrankungen des Schädelinhaltts beiträgt, wodurch in geeigneten Fällen schwere Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit oder ein tödlicher Ausgang vermieden werden kann.

Die von einigen Autoren geforderte Anwendung der Encephalographie zur Begutachtung von Kopftraumatikern würde weittragende versicherungsrechtliche Auswirkungen haben. Ihre grundsätzliche Anwendung zur Begutachtung traumatischer Neuronen nach Kopftraumen ist wegen der nicht auszuschließenden, mit ihr verbundenen Gefahren und wegen der Unsicherheit der Deutung ihrer Ergebnisse abzulehnen. *Taterka.* ^{oo}

Jossmann, P.: Über die Bedeutung der Rechtsbegriffe „äußerer Anlaß“ und „innerer Zusammenhang“ für die medizinische Beurteilung der Rentenneurose. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Berlin.*) *Nervenarzt* 2, 385—393 (1929).

Mitteilung eines Gutachtens, in dem zu der Frage Stellung zu nehmen war, ob in einem Fall reiner Rentenneurose der Unfall bloß der „äußere Anlaß“ für die Entstehung des Zustandsbildes war oder ob etwa zwischen dem Unfall und der Neurose ein „innerer Zusammenhang“ besteht; ferner, ob die bei dem Verletzten vorhandene Willensschwäche Unfallfolge ist. Es wird hervorgehoben, daß eine Willensschwäche, die sich, wie bei der Rentenneurose, elektiv auf bestimmte Inhalte richtet und von anderen abwendet, ein medizinisch unhaltbarer Begriff ist. Es handele sich bei dieser Art von „Willensschwäche“ vielmehr um eine den anderen Erscheinungen der Neurose an die Seite zu stellende Äußerung der psychogenen Reaktion gelegentlich des Entschädigungsverfahrens. Ferner wird richtig betont — wenn das immer geschehen wäre, hätte manche Diskussion der letzten Jahre wegfallen können —, daß die Rentenneurose keine Krankheit sei und daß daher die Diagnose einer Rentenneurose den adäquaten Ursachenzusammenhang zwischen dem Unfall und den Beschwerden von vornherein ausschließe.

E. Küppers (Freiburg i. Br.).

Klieneberger, O.: Zur Beurteilung der Unfallneurose. (19. Jahresvers. d. Ges. Dtsch. Nervenärzte, Würzburg, Sitzg. v. 19.—21. IX. 1929.) *Dtsch. Z. Nervenheilk.* 111, 170—176 (1929).

Verf. weist auf die Ausführungen Reichardts hin, daß die Unfallneurose weder eine Neurose im Sinne von Krankheit noch eine Folge des Unfalls, sondern eine seelische Reaktion in Form einer psychologischen Auswirkung des Entschädigungsverfahrens ist, daß Schwerverletzte und Kriegsgefangene nicht von Kriegsneurosen befallen wurden, daß es lange dauernde Neurosen nach Unfällen ohne Entschädigungsansprüche nicht gibt. Weiter bedauert Verf., daß die Bestimmungen des R.V.A. immer wieder angegriffen werden, und bespricht das von W. Riese herausgegebene Buch „Die Unfallneurose als Problem der Gegenwartsmedizin“, das ein Konglomerat absurder Darbietungen bringt, unter vielen Abwegigkeiten u. a. die Einschätzung der Unfallneurose als seelische Reaktion statt als Krankheit als erkenntnistheoretisches Paradestück anspricht, die Simulation als seelische Krankheit hinstellt, die wie jede andere dringend seelenärztlicher Behandlung bedarf, es als sinnlos bezeichnet, bei der Bewertung des Rentenanspruchs auf das Moment der Schwere des Unfalls Gewicht zu legen, sagt, daß heute die Originellen unterdrückt werden, die geistig und moralisch Schwachsinnigen hochkommen, schließlich Lehraufträge für medizinische Psychologie mit besonderer Anwendung für die Unfallkrankheiten fordert. Anschließend wird aus dem Buch Rieses ein „Motiviertes Obergutachten“ gebracht, das deutlich zeigt, in welche Abgründe die in diesem Buche vertretenen Tendenzen führen, und eine kurze Darstellung von 4 eigenen Fällen gegeben, welche die Leichtfertigkeit kennzeichnen, mit der vielfach gutachtliche Bescheinigungen abgegeben werden. In der folgenden Aussprache wurde teils für, teils gegen die Bestimmungen des R.V.A. gesprochen, im Schlußwort vom Verf. betont, daß im Interesse der Unfallneurotiker die unendliche Häufung von Gefälligkeitsattesten abgelehnt werden muß, daß, je leichter man ihnen Rente gewährt, um so größer ihre Ansprüche werden, nur die Zurückführung zur Arbeit, die möglichst früh erreicht werden muß, sie zu zufriedenen und sozialen Menschen umwandelt.

Autoreferat.

Wreschner, Walter: Die rechtliche Behandlung der Unfallneurosen. Ärztl. Sachverst.ztg. 35, 204—208 (1929).

Der Verf. ist Jurist und behandelt der Hauptsache nach schweizerische Verhältnisse.

nisse, wo die Gesetzgebung eine Abstufung in den ursächlichen Beziehungen von Neurose und Unfall zuläßt: „Die Geldleistungen der (Versicherungs-)Anstalt werden entsprechend gekürzt, wenn die Krankheit, die Invalidität oder der Tod nur teilweise die Folge eines versicherten Unfalles sind.“ Der Verf. empfiehlt für eine Revision der RVO, in das deutsche Recht eine analoge Bestimmung einzuführen. *A. Hoche.*

Knoll, Ernst: Die Rechtsfragen bei der Beurteilung der Unfallneurose. Allg. ärztl. Zeitschr. f. Psychotherapie u. psychische Hyg. Bd. 1, H. 6, S. 385—412. 1928.

Die rechtlichen Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Unfallneurosen werden hier mit erfreulicher Klarheit auseinandergelegt. Es gelingt dem Verf., der so viel behandelten Materie mehrere neue Gesichtspunkte abzugewinnen. Nicht ohne Überraschung wird z. B. mancher hören, daß die Einordnung des ärztlich festgestellten und gewerteten Tatbestandes unter die Begriffe „Krankheit“ oder „Arbeitsunfähigkeit“ im Gutachten die Beantwortung einer rechtlichen Frage ist, oder daß rechtlich schon Krankheit vorliegt, wenn der Arzt die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bejaht oder einen Neurotiker als arbeitsunfähig bezeichnet. Besonders wichtig sind die Ausführungen über den Begriff der „wesentlichen Ursache“, die den Schluß der wertvollen Arbeit bilden. — Der Standpunkt des Verf. deckt sich übrigens mit dem der bekannten Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom September 1926.

Küppers (Freiburg i. B.).

Bauer, C.: Arzt und Klient bei Begehrungsneurosen. (Chir. Univ.-Klin., Staatl. Luitpold-Krankenh., Würzburg.) Arch. orthop. Chir. 27, 123—137 (1929).

Mitteilung von Erfahrungen an 76 Fällen von Rentenneurose. Für den Neurologen bringt die Arbeit nichts Neues. Leider berüft der Verf. gerade das nur sehr oberflächlich, wovon der Titel des Aufsatzes spricht, nämlich das typische Verhältnis zwischen Arzt und Klient bei diesen „Neurosen“, mit dessen Darstellung in der Tat das Kernproblem der Hysteriefrage angepackt werden würde.

E. Küppers (Freiburg i. Baden.).

Eyrich, Max: Zur Prophylaxe und Frühbehandlung der Sozialhysterien. (Univ.-Klin. f. Gemüts- u. Nervenkrankh., Tübingen.) Dtsch. med. Wschr. 1929 II, 1513 bis 1515.

Es sind nicht immer nur Begehrungsvorstellungen, die zu den sog. Sozialhysterien führen. Sorgfältige Analyse deckt oft daneben andere Ursachen auf. Manchmal kommt das Rentenbegehrn überhaupt erst sekundär und später als erschwerende Begleiterscheinung hinzu, während der erste Grund der Neurose durch die unzweckmäßige soziale Gesetzgebung, unpsychologische behördliche Maßnahmen, die psychische Verarbeitung leichter organischer Gehirnschädigungen oder iatrogene hypochondrische Befürchtungen gelegt wird. Ein Fall, in dem vor allem falsche bürokratische Maßnahmen über Selbstschutz- und Trotzreaktionen zur schweren Neurose geführt haben, wird analysiert und in seinen einzelnen Phasen beschrieben. Ist die Neurose erst einmal voll ausgebildet, so ist die Therapie schwer, wenn nicht aussichtslos. Die Prophylaxe ist auch hier der sicherste Weg der Behandlung. Sie fällt — auch in bezug auf die psychologische Beratung von Krankenkassen und Behörden — in erster Linie dem praktischen Arzt als Aufgabe zu.

E. Braun (Kiel.).

Reichardt, M.: Wann hat die jetzt herrschende wissenschaftliche Lehre von der hysterischen Reaktion in den fachärztlichen Kreisen maßgebende Bedeutung erlangt? Aus einem Gutachten. (Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Würzburg.) Ärztl. Mschr. Okt.-H. 289—297 (1929).

Die heutige Auffassung von der Hysterie als einer Reaktionsweise der Persönlichkeit wurde schon vor dem Kriege von maßgebenden Autoren vertreten, z. B. von Hoche, Gaupp und Bonhoeffer. Allgemeingut der Neurologen wurde sie aber erst, als in den ersten Kriegsjahren aktive Behandlungsmaßnahmen unumgänglich wurden und man jedem Unbefangenen die Richtigkeit der diesen Maßnahmen zugrunde liegenden Anschauung durch den Erfolg ad oculos demonstrieren konnte. Die Münchener

Tagung der deutschen Psychiater und Neurologen im September 1916 war für Deutschland der Abschluß des Klärungsprozesses, der damals in der Hysteriefrage vor sich ging.

E. Kippers (Freiburg i. B.).

Bělohradský, K.: Bewertung posttraumatischer Seelenzustände. Rev. Neur. 26, 331—336 u. engl. Zusammenfassung 336 (1929) [Tschechisch].

Verf. unterscheidet funktionelle und organische Shocks. Zu den ersteren gehören die psychasthenische, hypochondrische und hysterische Reaktion, dann die querulatorische und paranoide Form. Von den organischen Formen erkennt Verf. die Möglichkeit einer posttraumatischen epileptischen Psychose höchstens in einem v. H. an. Der Autor empfiehlt Vorsicht bei Ausstellung von ärztlichen Zertifikaten. *Bálint.*

Brandis, W.: Epilepsie und Unfall. Med. Klin. 1929 II, 1178—1179.

Gutachten. Trauma war Folge eines epileptischen Anfalls. Auch keine Verschlimmerung der Epilepsie durch den Unfall. *Kurt Mendel* (Berlin).

Durch die Epilepsie wird nicht ohne weiteres in allen Fällen Invalidität im Sinne der Reichsversicherungsordnung verursacht. Revisionsentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 9. Februar 1928 — IIa Kn 660. 27. — Mschr. Unfallheilk. 36, 264—265 (1929).

Reichsversicherungsamtsentscheidung: Der betreffende Epileptiker wird, da es sich um einen verhältnismäßig leichten Fall von Epilepsie handelt, nicht als invalide im Sinne des Gesetzes, sondern als im Grade von 50% erwerbsbeschränkt erachtet. Er ist fähig, in einem Berufe (Sattler) oder in der Landwirtschaft Arbeiten auszuführen, bei denen er unter Beobachtung anderer Arbeiter steht, nicht selbst irgendwelche größere Verantwortung zu tragen hat und nicht irgendwie mit Maschinen in Berührung kommt, die beim Eintreten eines Anfalls sein Leben oder seine Gesundheit gefährden könnten. Der Umstand allein, daß der Kläger an Epilepsie leidet, mag ihm die Arbeitsbeschaffung erschweren, schließt ihn aber keineswegs dauernd von dem allgemeinen Arbeitsmarkt aus. Die Epilepsie als solche würde den Kläger noch nicht invalide machen, es kommt vielmehr darauf an, in welchen Zwischenräumen und in welcher Stärke die einzelnen Anfälle auftreten und welche Folgen sie hinsichtlich der Beschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen. Bei dem Kläger war während seines 24-tägigen Aufenthaltes im Diakonissenhaus kein Anfall beobachtet worden. *Kurt Mendel* (Berlin).

Antonini, Augusto: Contributo alla conoscenza del diabete insipido post-traumatico. (Beitrag zur Kenntnis des posttraumatischen Diabetes insipidus.) (Istit. di Med. Leg., Univ., Firenze.) Gazz. internaz. med.-chir. 7, 579—593 (1929).

32-jähriger Mann hatte sich durch einen Sturz aus 9 m Höhe eine Gehirnerschütterung mit Stirnbeinbruch und Bruch des linken Unterarmes zugezogen. 10 Tage nach dem Unfall trat starke Polyurie ein, die auf Behandlung mit Pituitrin sich besserte, jedoch nicht ganz verschwand. Pituglandol in gleicher Dosis war ohne Einfluß. Der Kranke starb 2 Monate später an einer otogenen Meningitis. Glykosurie bestand nicht, auch kein Anhalt für Nierenveränderungen. Bei der Obduktion konnten weder makro- noch mikroskopische Veränderungen an der Hypophyse nachgewiesen werden. *H.-V. Wagner* (Berlin).

Gutzeit und Stern: Trauma und epidemische Meningitis. Erläutert an einem Obergutachten. (Med. Klin., Univ. Breslau.) Med. Klin. 1929 II, 1400—1402.

Bei einer epidemischen Meningitis war der Zusammenhang mit einem (nach den Akten überdies sehr fraglichen) Trauma Streitfrage zwischen der Witwe des Verstorbenen und der Berufsgenossenschaft. Die Gutachter erkannten wohl die Möglichkeiten der Einwirkung eines Traumas bei einem Bacillenträger auch ohne Verletzung der Schädelweichteile als traumatische Meningitis an, aber nur, wenn 2 Voraussetzungen erfüllt sind: 1. die anatomische Konstatierung der Spuren und Folgen eines einigermaßen intensiven Schädeltraumas und 2. daß sich das klinische Bild der Meningitis tatsächlich im Anschluß an das Trauma entwickelt hat („Brückensymptome“). Auch die Tierversuche von Ehrnrooth (häufigere Meningitis bei intravenöser Injektion von Eitererreger und gleichzeitigen starken Schlägen auf den Kopf) entkräften diese Bedingungen nicht. Bei Fehlen jeglicher Brückensymptome wurde der Anspruch abgelehnt. *E. Loewy-Hattendorf* (Berlin).

Hügelmann: Die Commotio cerebri und ihre Bewertung. (*Knappschaftskranken., Hohenmölsen.*) Münch. med. Wschr. 1929 II, 1634—1635.

Sehr schwierig sind die postkommotionellen Ausfallserscheinungen zu beurteilen. Es handelt sich meist nicht um wirkliche Ausfälle, sondern in der Hauptsache um etwas Subjektives. So ist der Gutachter meist auf Indizien angewiesen, die sich auf Beurteilung des Gesamtorganismus des Geschädigten mit Bevorzugung des Nervensystems, sowie auf die Begleiterscheinungen des Unfalles, besonders auf die Art der Gewalt-einwirkung erstrecken. Eine möglichst intensive Menschenkenntnis ist ferner notwendig. Schwierig ist oft die Entscheidung der Frage, ob es sich überhaupt um einen kommotionellen Shock gehandelt hat oder ob ein Affektshock vorliegt. Selbst bei Vorhandensein sämtlicher Krankheitszeichen einer Commotio cerebri (Bewußtlosigkeit mit retrograder Amnesie, Kopfschmerz, Erbrechen, Pulsverlangsamung usw.) ist die Möglichkeit eines Affektshocks gegeben. Im allgemeinen werden postkommotionelle Ausfälle viel zu häufig angenommen. Der Vergleich von entschädigungspflichtigen und nicht entschädigungspflichtigen Unfällen zeigt, daß in den meisten Fällen lediglich das Rentenbegehren das Bild der postkommotionellen Störung hervorzaubert oder zum mindesten stark beeinflußt.

Kurt Mendel (Berlin).

Gerhartz, H.: Lumbaldrucksteigerung als Spätfolge von Schädelverletzungen. Med. Klin. 1929 II, 1240—1242.

Fall I zeigt, daß es im Anschlusse an einen Schädelbruch zu Lumbaldruck-erhöhungen kommen kann, die einziges objektives Zeichen einer cerebralen Schädigung sind, sich langsam entwickeln und nur sehr langsam wieder zurückgehen können. Diese Lumbaldrucksteigerung kann, trotz Fehlens anderer Erscheinungen, erheblich sein, wie weitere Fälle dartun. In anderen Fällen finden sich außer der Liquordruck-steigerung Zeichen einer organischen Schädigung des Gehirns. Es gibt auch nicht-traumatisch ausgelöste Lumbaldrucksteigerungen, die sich schlechend entwickeln können; solche Fälle bleiben ohne Anstellung der Lumbalpunktion unverständlich. Bei der Beurteilung von Lumbaldruckerhöhungen muß man sehr vorsichtig sein; Abwehrbewegungen, Pressen usw. können den Druck in die Höhe treiben und eine echte Druckerhöhung vortäuschen. Eine Drucksteigerung beweist auch nicht ohne weiteres das Vorhandensein einer chronischen Meningitis oder Liquorvermehrung. Außer entzündlichen Erkrankungen des Gehirns und seiner Hämme kommen noch raumbeengende Prozesse in der Schädelhöhle, starke Vermehrung der Ventrikel- oder der cerebralen Subarachnoidealflüssigkeiten in Frage, und außer Infektionen und Traumen können Arteriosklerose, Nephritis, Anämie, Chlorose, Lues, Alkoholismus und Bleivergiftung eine chronische Hirndrucksteigerung verursachen. Bei frischen Schädelsschüssen sind Lumbaldrucksteigerungen häufig (Blutung, akute Hirnquellung, vermehrte entzündliche Exsudation und daher Überproduktion von Liquor). Auch wenn es zu einer Verletzung des Schädelns nicht gekommen ist, können Lumbaldruck-erhöhungen eintreten. In 6 von den 7 vom Verf. mitgeteilten Fällen war die Druck-steigerung übersehen worden. „Nach Schädelverletzungen sollte deshalb die Lumbal-punktion obligatorisch sein. Zum mindesten sollte sie ausgeführt werden, ehe man den Verletzten als Simulanten bezeichnet und ihm die Rente entzieht.“

Kurt Mendel (Berlin).

Symonds, C. P.: Observations on the differential diagnosis and treatment of cerebral states consequent upon head injuries. (Bemerkungen zur Differentialdiagnose und Behandlung der Hirnerscheinungen nach Kopfverletzungen.) (*Dep. f. nerv. dis., Guy's hosp., London.*) Brit. med. J. Nr 3540, 829—832 (1928).

Diese höchst beachtenswerte Arbeit ist von einem Nichtchirurgen geschrieben. Die leichteste Form der Erschütterung ist diejenige, bei der die Hirnerscheinungen nach wenigen Minuten, spätestens aber nach 24 Stunden, schwinden. Sie besteht in schnell vorübergehendem Bewußtseinsverlust und beruht auf Blutversorgungsstörungen der medullären und höheren Kerngebiete. Ernstere Gehirnerschütterungen gehen stets

mit petechialen Blutungen, oftmals am deutlichsten an der Stelle des Contrecoups einher. Der Tod solcher Verletzten beruht auf feinsten Blutungen in die Medulla. Als schwere Hirnerschütterung galt diejenige, die länger als 24 Stunden mit Bewußtlosigkeit verbunden war. Bei ihr bestand später Stupor, Ruhelosigkeit oder Reizbarkeit. Am Tage sind solche Verletzten ruhiger, vielfach schlaftrig, nachts dagegen meist lebhaft und laut. Der lumbale Liquor steht oft unter hohem Druck und enthält vielfach Blut. Der erhöhte Hirndruck behindert den venösen Rückfluß und führt zur Anoxämie. Die weniger schwere, aber doch sichere Gehirnerschütterung führt zunächst zu keinerlei besonderen Störungen, später, nach Stunden, Tagen oder gar einigen Wochen, zu Kopfschmerzen namentlich beim Hinlegen oder Erwachen, zu Schwindel und geistigem Unvermögen, sich zu konzentrieren und zur Unentschlossenheit. Dauernde Unorientiertheit war äußerst selten, geringere Grade wurden dagegen häufig beobachtet und machten bei 18 von 80 Kranken mit Gehirnerschütterung später eine Überführung in ein Krankenhaus notwendig. Nur bei 6 von ihnen bestand ursprünglich eine schwere Commotio. Die Differentialdiagnose ist namentlich in den ersten 24 Stunden schwierig, da die Vergangenheit oftmals ausgelöscht ist und noch nach dieser Zeit sich Zeichen einer Blutung und schwerster Hirnpressung ausbilden können. Ist das Bewußtsein nach mehr als 24 Stunden nicht wiedergekehrt, so muß irgendeine Komplikation, eine Blutung, ein Schädelbruch oder eine Hirnzerreißung vorliegen. Das Zeichen geringerer Erschütterung ist der intermittierende, vom Lagewechsel abhängige Kopfschmerz, während Neurotiker über ständige, unbestimmte, bei seelischer Erregung zunehmende Schmerzen klagen. Die Beschwerden in der Mehrzahl als traumatisch neurotische zu erklären, trifft nicht zu. Man sollte bedenken, daß das Gehirn schwer verletzt sein kann, selbst wenn äußerlich nachweisbare Zeichen fehlen und daß andererseits sehr häufig Verletzte mit Schädelbrüchen kaum Reste einer Hirnschädigung zurück behalten. Von den erwähnten 80 Kranken hatten 10 nachweislich einen Schädelbruch, aber nach $1\frac{1}{2}$ Jahren war keiner von ihnen arbeitsunfähig, während 7 ohne Schädelbruch vollkommen arbeitsunfähig und 28 von ihnen sehr bedingt und vermindert arbeitsfähig waren. Nur 26 von 70 Erschütterten konnten ihrer ursprünglichen Beschäftigung wieder vollkommen nachgehen. Chirurgische Eingriffe in den ersten 24 Stunden kommen nur in Frage, wenn die Verletzten nach Erwachen von neuem komatos werden oder sich Lähmungserscheinungen einstellen.

E. Heymann (Berlin).

Brandis, W.: Schädelbruch. Minderung der Erwerbsfähigkeit. Med. Klin. 1929 II, 1293.

Mitteilung eines Gutachtens. Es war bisher starke Aggravatio angenommen worden. Auf das Gutachten einer Universitätsklinik hin, in der bei der Encephalographie die Mittellinie und der 3. Ventrikel deutlich nach rechts hinübergezogen gefunden wurden und daraus auf Verwachsungen der Hirnhäute infolge von Blutungen in und an der Hirnsubstanz geschlossen wurde, erhielt der Verletzte eine Rente von 75%. Ob mit Recht, könnte füglich bezweifelt werden. (Ref.)

Fr. Wohlwill (Hamburg).

Reckzeh: Syringomyelie und Unfall. Ärztl. Sachverst.ztg 35, 270—272 (1929).

Fall von traumatischer Syringomyelie. Pat. verspürte beim Heben einer etwa 4 Zentner schweren Last zum Umkippen einen „Knack“ im Rücken und sank um. Wegen Fortdauer der Schmerzen ging er nach 14 Tagen zu einem Spezialarzt, der ihm für 3 Wochen ein Gipsbett verordnete. Während er noch im Gipsbett lag, verspürte er Parästhesien im linken Bein, das gelähmt wurde und gefühllos war; Patient konnte den Urin nicht halten. Etwas später Lähmungserscheinungen im linken Arm und rechten Bein, die sich allmählich wieder besserten. Befund: Syringomyelie + Spina bifida vom 5. Lendenwirbel abwärts. Es liegt ein „Unfall“ im Sinne der RVO vor. Ein ursächlicher Zusammenhang der Syringomyelie mit dem Unfall ist anzunehmen, zumal der zeitliche Zusammenhang zwischen Unfall und Ausbruch der Krankheit gewahrt ist. Wahrscheinlich bestand aber das Leiden schon vor dem Unfall latent (mit bedingt durch eine Spina bifida). Eine Blutung im Rückenmark anläßlich des Unfalls hat das Leiden manifest gemacht bzw. verschlimmert.

Kurt Mendel (Berlin). °°

Woelk, H. A.: Eine traumatische Anosmie und ihre Begutachtung. (Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankh., Breslau.) Z. Laryng. usw. 18, 283—285 (1929).

Ein Konditor hatte durch einen Zusammenstoß auf dem Fahrrad mit einem Auto einen Nasenbruch mit kurzer Bewußtlosigkeit erlitten. Bei Aufnahme des Berufes zeigte sich dann

die Anosmie in unliebsamster Weise. Funktionelle Momente konnten sehr leicht ausgeschlossen werden. Patient erhielt denn auch eine wesentliche Rente von 20 % zugesprochen. Der Autor hält es für richtig, wenn bei Riechstörungen die Festsetzung der Entschädigung seitens eines Ausschusses von Fachleuten erfolgt. Verf. hat dies in seinem Falle durch die Auffassung seines Gutachtens auch erreicht.

Klestadt (Breslau).

Grunwaldt, E.: Hilfsmethode bei der Untersuchung der Hörfähigkeit von Personen, die aggravieren. Arch. Ohr- usw. Heilk. 123, 296—297 (1929).

Verf. lenkte die Aufmerksamkeit auf den Gefühlssinn ab. Er gibt dem Geprüften Gegenstände verschiedener Form in die Hand und unterhält sich nun mit ihm über dieselben, während er hinter dem Geprüften möglichst nicht wahrnehmbar, z. B. auf einem weichen Teppich, die Entfernung wechselt. (Es handelt sich dabei um eine Variante der sog. Überrumpelungsmethoden; sie ist also in der Leistungsfähigkeit diesen gleich zu beurteilen, nur ist sie anscheinend nicht geeignet, die Vorgabe völliger Ertaubung zu entlarven. Ref.)

Klestadt (Breslau).

Virgili, Ugo: Dati statistici e considerazioni medico-legali sopra cento casi di lesioni traumatiche dell'orecchio e del naso per infortuni sul lavoro. (Statistische und gerichtlich-medizinische Betrachtungen über 100 Fälle traumatischer Störungen des Ohres und der Nase infolge von Arbeitsunglücksfällen.) Valsalva 5, 457—469 (1929).

Verf. berichtet über die Beobachtung von 100 Kranken, welche bei der Arbeit Unglücksfälle mit funktionellen Störungen im Gebiete des Ohres und der Nase erlitten, und stellt die Natur und Pathogenese dieser Läsionen in bezug auf den Beruf und das Geschlecht, die Residuen und den Grad der funktionellen Minderung fest. Er entwirft zuletzt ein Schema der Wertbestimmung des Schadenersatzes, welchen man in den verschiedenen Fällen zu leisten habe.

V. Tanturri (Milano).

Záhoř, Aleksej: Netzhautablösung und Trauma bei der Arbeiterunfallversicherungsanstalt für Böhmen. (4. Kongr. d. Tschechoslowak. Ophth. Ges., Bratislava, Sitzg. v. 25.—26. V. 1929.) Ofthalm. Sborn. 4, 50—52 u. dtsch. Zusammenfassung 25—26 (1929) [Tschechisch].

Da eine Netzhautablösung spontan oder durch Trauma entstehen kann, muß man bei der Begutachtung vorsichtig sein, denn fast immer wird eine Verletzung als Ursache angegeben. Besonders ist zu berücksichtigen, ob das erkrankte Auge disponiert war oder nicht. In dem Material von Zahor war nach Kontusion bei nicht disponierten Augen die Netzhautablösung fast immer durch das Trauma bedingt, während bei den disponierten Augen in 58 % der Fälle ein solches als Ursache beschuldigt wurde. Bei Netzhautablösung aus anderer Ursache konnte in beiden Gruppen nur in 45 % der Fälle ein Zusammenhang mit der Verletzung anerkannt werden, die Mehrzahl der Fälle hatte also ein Trauma vortäuschen wollen.

F. Jendralski (Gleiwitz).

Ostromov, V.: Die Augenbegutachtung in der Sowjetischen Gesetzgebung. (Leningrad, Sitzg. v. 5.—6. VI. 1928.) Trudy 1. vseross. S-ezda glasn. Vrač. 227—231 (1929) [Russisch].

Nach dem Kriminalkodex der Sowjet-Regierung gelten für schwere Augenverletzungen diejenigen Verletzungen, die eine Erblindung beider Augen oder nur eines Auges hervorrufen, wenn das andere Auge schon blind war. Der Verlust des allgemeinen und professionellen Arbeitsvermögens bei Augenverletzungen wird gewöhnlich in Prozenten nach besonderen Tabellen ausgedrückt, die aber je nach den Umständen verändert werden können. Die beste Tabelle ist diejenige, die der Zehenderschen Formel entspricht. Beim Begutachten des Verlustes oder der Verminderung des Arbeitsvermögens in Abhängigkeit von dem Zustande des Auges müssen nicht nur der augenblickliche Zustand des Auges in Betracht gezogen werden, sondern auch eine mit der Zeit mögliche Veränderung desselben und andere Faktoren, wie z. B. die Schwierigkeit, eine neue Arbeit zu finden, die Gefahr, das andere Auge zu schädigen usw. Beim Erblinden beider Augen erhält der Verletzte eine Pension, selbst wenn er jetzt auch einen Erwerb gleich dem Sehenden erhält, da seine Ausgaben größer sein müssen, weil er in mancher Hinsicht eine Hilfsperson braucht. Die Erblindeten, die keine Blindenschule besuchen können oder besucht haben, erhalten die höchste Pension, die in solchen Fällen ausgezahlt wird.

Merz (Leningrad).

Tirelli, Carlo: *La determinazione del „visus“ in infortunistica oculare.* (Die Sehschärfebestimmung bei Beurteilung von Unfallsfolgen.) (*Sez. Oculist., Osp. „Benito Mussolini“, Bologna.*) *Boll. Ocul.* 8, 696—700 (1929).

Die Sehschärfebestimmung wird gewöhnlich bei künstlicher Beleuchtung vorgenommen; die dabei gewonnenen Ergebnisse sollten sich möglichst der Sehschärfe bei diffuser Tageslichte nähern, und die Beleuchtung der Sehprobentafeln sollte konstant sein. Man erzielt dies am besten durch eine elektrische Glühlampe von 16 Kerzen, welche 30 cm von den Sehprobentafeln entfernt mit mattem Schirme ohne Reflector angebracht wird. Tirelli hat dies durch eine Reihe von Untersuchungen praktisch festgestellt. *Oblah* (Triest).

Thatcher, Harvey S.: *Sudden death in an automobile from chronic fibrous myocarditis.* (Plötzlicher Tod im Kraftwagen infolge chronischer fibröser Myokarditis.) (*Dep. of Path., Univ. of Arkansas School of Med., Little Rock.*) *South. med. J.* 22, 775 (1929).

Verf. verweist auf 3 kürzlich von Le-Count und Rukstinat beschriebene ähnliche Fälle und schildert dann einen von ihm selbst beobachteten:

28jähriger Mann wurde nach dem Verlassen der Wohnung (10 Uhr) in seinem Kraftwagen tot gefunden (11,15 Uhr), welcher an der Einfahrt einer Allee stand. Anamnese: Mit 15 Jahren akuter Gelenkrheumatismus. Seitdem Herzfehler und Herzbeschwerden besonders im vergangenen Jahr. Leichenöffnung 9 Stunden post mortem: Herz: Chronisch-fibröse Myokarditis. Hypertrophie. Dilatation (675 g). Verhärtung der Mitralklappen. Coronarsklerose. Lunge: Alte umschriebene Verwachsungen. Kohlepigment. Chronische Tuberkulose der subtrachealen Lymphknoten. Gestauta Innenorgane.

Verf. verlangt regelmäßige ärztliche Untersuchung, da derartig schwer herzkranke Kraftwagenführer eine Gefahr für das Publikum bilden. (Le-Count u. Rukstinat, vgl. diese Z. 14, 121.) *Buhtz* (Heidelberg).

Reid, William D.: *Simulations of heart disease.* (*Evans Mem. a. Boston Univ. School of Med., Boston.*) *Amer. Med.* 35, 659—665 (1929).

Die Schwierigkeiten einer exakten Herzdiagnose werden an der Hand von zahlreichen Fällen, die zum großen Teil einen organischen Herzfehler vortäuschen, erörtert. Die Einteilung in organisch bedingte Herzfehler, in Herzerscheinungen durch andere organisch bedingte Erkrankungen und schließlich in funktionelle Herzstörungen bietet zwar nichts Neues, lässt sich aber wohl für Zuggruppierung von Simulationen verwenden. Gerichtsärztlich zeigt die Arbeit, welche große klinische Erfahrung dazu gehört, bei allen Fällen von perniziöser Anämie, bei Arzneimittelvergiftungen mit vorübergehender Cyanose und bei den vielen neurotischen Zustandsformen, selbst bei vorhandenen Herzgeräuschen, einen echten organischen Herzfehler auszuschließen.

Trendtel (Altona).

Strassmann, G.: *Spontane oder traumatische Aortenruptur?* (*Gerichtsärztl. Inst., Univ. Breslau.*) *Mschr. Unfallheilk.* 36, 509—515 (1929).

Direkte Gewalteinwirkungen auf den Brustkorb führen verhältnismäßig selten und nur, wenn sie sehr schwer sind, zur Zerreißung einer nicht krankhaft veränderten Aorta. Schwierig ist die traumatische Entstehung der sog. spontanen Aortenruptur zu beurteilen. Sie kann ohne jede körperliche Anstrengung, z. B. im Schlaf eintreten. Doch findet man meist, vor allem mikroskopisch, krankhafte Veränderungen der Aortenwand, die die Entstehung der Ruptur mindestens begünstigten. Erfolgt die Ruptur bei einem voll arbeitsfähigen Menschen unmittelbar nach schwerer Arbeit, so wird man den Zusammenhang mit einem Betriebsunfall annehmen können. Verf. führt 2 typische Fälle an. Bei beiden bestanden erhebliche Herz- und Aortenveränderungen, und der Ruptur waren schwere körperliche Anstrengungen vorausgegangen. Verf. nimmt daher bei beiden Fällen den Zusammenhang mit einer körperlichen Überanstrengung im Sinne eines entschädigungspflichtigen Unfalls als wahrscheinlich an. Bei beiden Fällen handelt es sich um Querrupturen an der typischen Stelle über den Klappen. Bei dem einen betrug die Zeit zwischen Ruptur und Tod genau 3 Stunden. Die nichtssagende Bezeichnung „Herzschlag“ sollte bei derartigen Fällen auf dem Totenschein vermieden werden, da dadurch die hier immer sehr wichtige Obduktion verhindert wird, und durch die Angabe „unbekannte Todesursache“ ersetzt werden. *Weimann* (Berlin).

Pfaffenrodt, V.: Simulation von Aphonie. Ž. usn. Bol. 5, 557—563 (1928) [Russisch].

Verf. kommt zu dem Schluß, daß objektiv myopathische Lähmung der Kehlkopfmuskulatur am schwersten von Simulation zu unterscheiden sei. Die von Orlow angegebene Methode zur Feststellung von Simulation durch Reizung des Kehlkopfs, bei der lautes Husten erfolgt, hält Verf. für ungenügend, da letzteres auch in pathologischen Fällen beobachtet wird. Als beweisend für Simulation werden gespannte Stimbänder und reflektorisches Schließen der Stimmritze bei Berührung mit der Sonde angenommen. Außerdem wird Äthernarkose empfohlen, da die im Ätherrausch sich befindenden Simulanten gewöhnlich laut zu sprechen und zu schimpfen beginnen.

J. Prissmann (Moskau).°°

Braeuning, H.: Erkrankung eines Arztes an Lungentuberkulose infolge von Dienstbeschädigung. Z. Tb. 54, 208—212 (1929).

Für eine Ärztin, welche an einer doppelseitigen produktiven Lungentuberkulose 2. Grades erkrankt, gibt Verf. ein Gutachten darüber ab, ob die Erkrankung als Dienstbeschädigung durch die Tätigkeit in einer medizinischen Poliklinik anzusehen ist. Da weder eine familiäre noch eine extrafamiliäre Exposition nachweisbar ist, da der Verlauf der Krankheit auf ein frisches, eingeschmolzenes Infiltrat schließen läßt, bejaht Verf. die Frage der Dienstbeschädigung. Ganz besonders spricht in diesem Sinne die äußerst unsaubere und unhygienische Einrichtung der betr. Poliklinik, welche sowohl für Tröpfchen- wie auch für die Staub- und Schmierinfektion durch das Sputum der dort behandelten Phthisiker die größten Möglichkeiten bot.

Glogauer (Berlin).°

Simmel, Hans: „Der Zustand einer tuberkulösen Infektion ist als ein Gebrechen anzusehen.“ Kritische Betrachtungen zu einer grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamtes. Münch. med. Wschr. 1929 II, 1344—1345.

Das Reichsversicherungsamt hat in einem Falle entschieden, daß bei Vorliegen einer tuberkulösen Infektion bei einem 15jährigen Kinde, das zwar tuberkulosegefährdet, aber nicht tuberkulosekrank war, die Voraussetzungen für ein körperliches Gebrechen gegeben sind. Diese Entscheidung widerspricht zweifellos der täglichen Erfahrung und dem Rechts-empfinden nicht nur der Ärzte, sondern auch breiter Bevölkerungsschichten. Nach dieser Entscheidung reicht bereits ein positiver Pirquet bei einem 15jährigen Kinde aus, die betr. Behörde zur Fortzahlung der Kinderzulage über das 15. Lebensjahr hinaus zu zwingen; damit wäre die Hälfte aller 15jährigen (+ Pirquet!) als mit einem Gebrechen behaftet anzusprechen, und großen Kreisen wäre damit Tür und Tor zu einem nichtgerechtfertigten Rentenanspruch geöffnet.

Eisenlayer (Kohlbrück-Passau).°

Dahs, W.: Inwieweit ist bei Wirbelsäulen-Schwerverletzten zeitweise Arbeitsfähigkeit ein Maßstab für die spätere Bewertung von Unfallfolgen? (Orthop. Klin., Städt. Krankenanst., Dortmund.) Mschr. Unfallheilk. 36, 405—414 (1929).

Der Unfallbegutachter muß oft entscheiden, ohne daß er als Kliniker Ursachen und Wirkung genügend kennt. Als Typ wird über einen 38jährigen Patienten berichtet, der eine schwere Wirbelsäulenfraktur erlitt, aber im Laufe der Zeit wieder vollkommen arbeitsfähig wurde. Die Rente wurde ihm entzogen. Nach über einem Jahrzehnt machten sich dann wieder heftigste Beschwerden geltend, die auf die alte Verletzung zurückgeführt werden mußten. Es gelang dem Patienten erst nach 3 Jahren, das Verfahren wieder aufzunehmen, da keine nennenswerte Verschlimmerung im anatomischen Sinne festgestellt werden konnte. — Die statische Insuffizienz der Wirbelsäule ist dann meist so fortgeschritten, daß sie der täglichen Beanspruchung nicht mehr genügt. Schmerzen vor allem bedingen Zwangsstellungen. Die rentenneurotische Komponente muß beachtet werden. Sie läßt sich aber in einem solchen Falle wohl meist ausschließen. Die Abschätzung der Unfallfolgen muß sich hier also nach den subjektiven Beschwerden des Patienten richten, soweit diese glaubhaft vorgebracht werden. Ist eine Verletzungsfolge eindeutig nachgewiesen, so wird man meist die Klagen als berechtigt annehmen und Entschädigung zuerkennen. Die Frage, ob eine Arthritis deformans rein traumatisch bedingt sein kann, wird in vielen Fällen in Zweifel gezogen werden müssen. Wenn aber in der Nähe einer einwandfreien Wirbelfraktur später eine Spondylitis deformans entsteht, ist diese auch nach Jahren als Unfallfolge anzuerkennen und zu entschädigen. Die anatomische Ausheilung einer Fraktur, besonders der funktionell sehr beanspruchten Wirbelsäule, ist noch keine Gewähr dafür, daß die entstandene

Störung der Statik nicht gelegentlich auch später, nach einem Intervall, noch erhebliche Beschwerden verursachen kann, die zur völligen Insuffizienz führen können. Man soll sich also in ähnlichen Fällen nicht verleiten lassen, die Verletzten für schwere Berufe tauglich anzusehen, da Arbeitsunfähigkeit in einigen Jahren möglich ist. Sie sollen anderen Berufen zugeführt werden. *Helmut Schmidt* (Hamburg-Eppendorf).^o

Rütz, A.: Beitrag zur Frakturenbehandlung unter besonderer Berücksichtigung der Rentenbegutachtung. (*Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.*) *Dtsch. Z. Chir.* **216**, 305—334 (1929).

Die ungewöhnlich interessante Arbeit ist das Ergebnis eines mühevollen Studiums von 1600 Unfallakten der Nordöstlichen Holzberufsgenossenschaft (Sektion Berlin), welches insgesamt 1000 Knochenbrüche auswerten konnte. Die Behandlung dieser Knochenbrüche ist nach der Art dieses Unfallmaterials auf dem Lande erfolgt und nur zu einem kleinen Teil in fachärztlich geleiteten Krankenhäusern. Erschreckend ungünstige Resultate kommen dabei zutage, wie sie vor dieser Zusammenstellung wohl kein Chirurg erwartet hätte. Die Ansicht, daß durch zu wohlwollende Beurteilung der begutachtenden Ärzte die hohen Dauerrenten zustande gekommen wären, wird zurückgewiesen mit dem Bemerken, daß bei uns in Deutschland ja die „Beurteilung von Unfallfolgen, die — dem praktischen Arzt oft nicht geläufig — meist von den Berufsgenossenschaften selbst oder von Schiedsrichtern ausgeübt wird. Die Judikatur kann demnach nicht der Grund sein für das schlechte Ausfallen unserer Statistik. Er ist einzig und allein in der Behandlungsform und in den unzulänglichen Behandlungsmethoden unserer Frakturen zu suchen.“ Einzelheiten aus der Arbeit wiederzugeben, ist unmöglich, sie muß im Original gelesen werden von allen, die sich für Knochenbruchbehandlung interessieren, und sollte als Mahnschrift unter den frei praktizierenden Ärzten weiteste Verbreitung finden, gerade deshalb, weil die Schlußsätze sehr konziliant sind: „Die Knochenbruchbehandlung soll und muß auch weiterhin eine Domäne des praktischen Arztes bleiben. Doch muß die Forderung aufgestellt werden, jeden Knochenbruch einem Spital zu überweisen, wenn der Praktiker erkannt hat, daß es sich um eine so schwere Fraktur handelt, daß er sie mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln und Einrichtungen nicht sachgemäß von Anfang bis zu Ende versorgen kann.“

Werner Block (Witten-Ruhr).^o

Einzig, Otto: Ureterveränderungen nach Trauma. (*Chir. Abt., Allerheiligen Hosp., Breslau.*) *Z. Urol.* **24**, 1—10 (1930).

Im Anschluß an mehrere frühe und ältere Fälle von Überfahrungen, Traumen, die Rücken oder Bauch betreffen, werden krankhafte Veränderungen am Ureter aufgezeigt. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, in allen Fällen, bei denen längere Zeit nach einem Unfall noch unklare Schmerzen bestehen, bei Fehlen aller sonstigen Ursachen, auf evtl. Veränderungen am Harntrakt zu fahnden, auch wenn der Urin keine pathologischen Veränderungen zeigen sollte. *Autoreferat.*

Die Geschlechtskrankheiten kein „unverschuldetes Unglück“ im Sinne von § 63 HGB. *Münch. med. Wschr.* **1929 I**, 1115.

Hauptsächlich durch die Bemühungen der Ärzte (insbesondere Blaschkos) war es gelungen, den Begriff der verschuldeten Krankheit bei der Beurteilung der Geschlechtskrankheiten auszuschalten. Das Reichsarbeitsgericht hat in einer die Ärzte-welt zunächst peinlich berührenden, bei ruhiger Überlegung aber besser verständlichen juristischen Konstruktion diesen Begriff wieder in der Rechtsprechung eingeführt.

Ein unverheirateter kaufmännischer Angestellter war durch eine Geschlechtskrankheit 4 Wochen lang dienstunfähig. Die Firma verweigerte für diese Zeit die Gehaltszahlung, da keine unverschuldeten Krankheit vorgelegen habe. Das Landarbeitsgericht und ebenso das Reichsarbeitsgericht wiesen die Klage ab.

Es komme nicht auf das sittliche, sondern auf das rechtliche Verschulden an. Letzteres falle dem Kläger zur Last, weil er es an der nötigen Sorgfalt und Vorsicht habe fehlen lassen. Bei der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten sei für den Einzelnen die größte Vorsicht beim außerehelichen Verkehr geboten. *Heller.*^o