

Versicherungsrechtliche Medizin.

**Kissinger, Philipp:** Arteriosklerose der Gehirngefäße und Schädeltrauma. Ärztl. Sachverst.ztg 36, 150—154 (1930).

Mitteilung eines Falles — 50½ Jahre alter Mann —, der bei bestehender Arteriosklerose ein schweres Schädeltrauma mit Gehirnerschütterung und 2tägiger Bewußtlosigkeit, aber ohne erkennbare Schädelknochenverletzung erlitten hatte. Das RVA. hat sich in diesem Fall — wie es auch der Verf. getan hatte — auf folgenden Standpunkt gestellt: „Es besteht daher nicht bloß eine Möglichkeit, sondern eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für den ursächlichen Zusammenhang des Unfalls mit dem Tode.“ „Ausschlaggebend erscheint nach der Ansicht des Rekursgerichtes die Tatsache, daß K. nach dem Unfall alle Anzeichen einer schweren Gehirnerschütterung aufgewiesen hat.“ Es wird angenommen, daß eine schwere Gehirnerschütterung eine Arteriosklerose verschlimmern und den Tod beschleunigen kann.

Hiller (München).°

**Bellussi, A.:** Sulle emorragie endocraniche traumatiche. — A proposito di una sentenza della commissione arbitrale per gli infortuni agricoli. (Über die traumatischen Blutergüsse innerhalb des Schädels. Bezüglich eines Urteiles des Schiedsaussschusses für die landwirtschaftlichen Unfälle.) (Soc. di Med. Leg., Roma, 19. V. 1929.) Zacchia 8, 94—96 (1929).

Kasuistische Mitteilung eines tödlichen Unfalles, wo die Todesursache ein Bluterguß innerhalb des Schädels war. Kritik des Urteiles und Erörterung der Frage, ob der Bluterguß die Ursache oder die Folge des Unfalles war.

Romanese (Parma).

**Rosenhagen, H.:** Beitrag zur Frage der posttraumatischen Spätapoplexie. (IV. Med. Abt., Allg. Krankenh., Hamburg-Barmbeck u. Anat. Laborat., Staatskrankenanst., Hamburg-Friedrichsberg.) Klin. Wschr. 1930 I, 601—604.

28jähriger Mann. Fall aus einem Zug, nicht bewußtlos, aber verwirrt, äußere Verletzungen am Kopf, außer Kopfschmerzen keine cerebralen Symptome. Arbeitete wieder. 8 Wochen nach dem Unfall linksseitige Lähmung, Exitus nach 1 Tag. Frische, apfelgroße Blutung in der rechten Großhirnhemisphäre, weiter im Bereich des ganzen Gehirns ausgedehnter chronischer Abbauprozess als Ausdruck einer offenbar diffusen Schädigung. Es handelt sich um einen zweifellosen Fall von traumatischer Spätapoplexie. Beachtenswert, daß es sich um ein nicht schweres Trauma gehandelt hat, und daß schwere Zeichen primärer Hirnschädigung fehlten. Verf. hält eine primäre Läsion des Parenchyms für möglich. Im übrigen bereitet aber die theoretische Erklärung, ob die Schädigung oder die Gefäßwandnekrose die Ursache der posttraumatischen Spätapoplexie darstellt, noch immer erhebliche Schwierigkeiten. Die in Verf. Fall nachgewiesenen Gewebsveränderungen weisen auf die Möglichkeit der Deutung subjektiver Störungen als Zeichen organischer Schädigung hin und zeigen eine unanfechtbare anatomische Grundlage für die traumatische Hirnschädigung.

K. Löwenstein (Berlin).°

**Schröder, Paul:** Schlaganfall. Folge des Unfalls oder der Arteriosklerose? Auf Grund einer Akte der westfälischen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft. Rekursentscheidung des RVA. vom 4. Juni 1929. Ia 1083/28. Mschr. Unfallheilk. 37, 72—78 (1930).

53jähriger Kesselschmied. Oktober 1926 schlug er mit Hinterkopf gegen eine Richtplatte. Kleine Wunde, nicht bewußtlos. Naht. Sofortige Wiederaufnahme der Arbeit. Etwa 3 Wochen später plötzlich bewußtlos aufgefunden, dann Fortsetzung der Arbeit. Etwa 3 weitere Wochen später fiel Patient infolge Bruches des Griffes eines Handwagens stark aufs Gesäß; dadurch starke Kopferschütterung. Keine Arbeitsunterbrechung. Allmählich zunehmende Kopfbeschwerden, Schwindelanfälle, Unsicherheit in den Beinen, Lähmungsgefühl der linken Seite. Verf. meint, daß sich auf der Grundlage einer Arteriosklerose eine Verstopfung einer Hirnarterie an der inneren Kapsel eingestellt hat; allmählich trat eine Erweichung des durch die Verstopfung betroffenen Bezirks ein (Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, Halbseitenlähmung). Der Unfall war ursächlich nicht verantwortlich zu machen.

Kurt Mendel (Berlin).°

**Caló, Aldo:** Un caso di emorragia cerebrale traumatica. (Ein Fall von traumatischer Hirnblutung.) (Istit. di Med. Leg., Univ., Roma.) Zacchia 8, 54—58 (1929).

Sind Hirnblutungen bei Unversehrtheit von Schädel und Gefäßen schon äußerst selten, so rechnet Verf. folgenden Fall zu den überhaupt noch nicht beschriebenen Verläufen: 6 (an anderer Stelle heißt es 61) Stunden nach Sturz auf den Kopf Kopfschmerz, tonisch-klonische Krämpfe. Autopsie: Vorderteil des rechten Sehhügels zerstört; an seiner Stelle runde, von schwartigem Gerinnsel ausgefüllte Höhle von 4 cm Durchmesser; von dort erstreckt sich peripher bis zur weißen Substanz keilförmige Infiltration (vom Knie der inneren Kapsel bis zum hinteren Sehhügelrand), die Linsenkern und Stielhaube umfaßt, in Vierhügelhöhe nach

oben bis zum Trigeminus, nach unten bis 1 cm unter die graue Commissur reicht. Punktförmige Blutungen im medialsten Schühgelteil (Seitenkern). Schwellung des blutfreien 3. Ventrikels, die von der rechten Seitenwand der Sehhügelmitte gebildet wird. Seitenventrikel mit schwartigem Gerinnsel angefüllt. Die Blutung befindet sich in einem von den Aa. lenticuloopt., opt. inf., opt. post. int. und ext. versorgten Gebiet. Sie ist bei erhaltenem Schädelknochen, normalen Gefäßen und ungeschädigter Hirnrinde nur zu erklären durch die große Elastizität des jugendlichen Schädelknochens, den in der weißen Substanz gegenüber dem in der grauen erhöhten Druck und eine konstitutionelle Schwäche. *Kastan (Hamburg).*

**Grossoni, Alfredo:** *Contributo allo studio dei rapporti fra trauma e morbo di Parkinson.* (Beitrag zum Studium der Beziehungen zwischen Trauma und Parkinsonscher Krankheit.) (*Div. Neurol., Osp. Magg. e Istit. di Semeiotica d. Malatt. Nerv., Univ., Milano.*) *Cervello* 9, 85—94 (1930).

Die von vielen gelegnete Bedeutung des Traumas als Ursache der Parkinsonschen Krankheit soll untersucht werden. Unter 122 Fällen, unter denen allerdings viele Metencephalitiker sein dürften, fand Verf. 3, bei denen ein Trauma dem Beginn der Nervensymptome — 2mal mehrere Monate, 1mal einige Tage — voranging. Meist war die Ähnlichkeit mit echter Parkinsonscher Krankheit größer als mit Folgen der Enc. lethargica. War eine Extremität verletzt, so zeigte sich die Störung zuerst an dieser und breitete sich dann auf die Gliedmaßen der andern aus. Verf. weist peripheren Verletzungen eine mitverursachende Rolle für die Entstehung der Parkinsonschen Krankheit zu und glaubt, daß Schädel- und Gesichtsverletzungen Hirnläsionen nach sich ziehen, die zur Parkinsonschen Krankheit führen. *Kastan (Hamburg).*

**Mann, Ludwig:** *Ein ungewöhnlicher Fall von traumatischer Spätepilepsie mit sensibler neuralgiformer Aura encephalographisch nachgewiesen.* (*Nervenabt., St. Georgs-Krankenh., Breslau.*) *Klin. Wschr.* 1930 I, 218—220.

58jähriger Arbeiter. Schädeltrauma vor 22 Jahren, schwere epileptische Anfälle mit sensibler neuralgiformer Aura im rechten Trigeminusgebiet seit 6 Jahren. Im anfallsfreien Intervall relativ gutes Befinden, abgesehen von Kopfschmerzen, so daß die Arbeitsfähigkeit bis Anfang 1928 erhalten blieb. Jetzt objektiv nachweisbar: Babinski rechts und ganz geringe Parese des rechten Beines, encephalographisch deutliche Veränderungen an den Ventrikeln und der Hirnoberfläche, überwiegend links. Es stimmt also die im Röntgenbilde sichtbare überwiegende Schädigung der linken Hemisphäre durchaus überein mit den rechtsseitigen klinischen Symptomen. Die encephalographisch nachgewiesene organische Veränderung ist nach Verf.s Ansicht eine Folge des erlittenen Schädeltraumas (Sturz von einem Verladungssteg auf hartgefrorenes Pflaster). Auch die epileptischen Anfälle, die erstmalig 16 Jahre nach dem Unfall auftraten, werden mit dem Trauma in ursächlichen Zusammenhang gebracht. Diese Anfälle gingen mit einer sensiblen, neuralgiformen, im rechten Trigeminus lokalisierten Aura einher, der Schmerz war durch Rindenreizung ausgelöst. *Kurt Mendel (Berlin).*

**Hämäläinen, Martti:** *Die traumatische Epilepsie.* *Duodecim (Helsingfors)* 46, 1—11 (1930) [Finnisch].

Nach der Meinung des Verf. hat man bis jetzt zu einseitig nur die durch Unfall hervorgerufenen Verletzungen an der Oberfläche des Gehirns beachtet. Auf Grund der Literaturangaben und seines eigenen Materials hebt der Verf. hervor, daß die durch Unfall erzeugte Epilepsie vor allem als Folge solcher Traumenformen zu erwarten ist, wo die Geschwindigkeit des Schläges den Hauptfaktor ausmacht, wie beispielsweise bei Schußwunden. Danach formuliert der Verf. seine Endergebnisse in denjenigen Fällen, die wegen der fraglichen Krankheit während der Jahre 1900—1928 in der chirurgischen Universitätsklinik zu Helsinki operiert worden sind, und stellt fest, daß offenbar kein einziger Fall geheilt worden ist, nur in einigen ist Besserung eingetreten. Diese schlechten Operationsresultate stehen seines Erachtens im Einklang mit seiner Theorie von der Pathogenese der traumatischen Epilepsie, wonach die durch Unfall bewirkten Veränderungen sich so tief im Innern des Gehirns befinden, daß „das Messer des Chirurgen sie nicht erreicht“. *Autoreferat.*

**Melkersson, E.:** *Posttraumatische extrapyramidale Krankheitsbilder.* *Hygiea (Stockh.)* 92, 135—141 u. dtsch. Zusammenfassung 141 (1930) [Schwedisch].

6 Fälle mit extrapyramidalen Krankheitserscheinungen werden mitgeteilt, die nach Traumen eintraten, und zwar teils direkten Kopfverletzungen, teils nach peripheren mit Commotio cerebri. Die Verwechslung mit traumatischer Neurose, Hysterie, Simulation muß ausgeschaltet werden, ebenso wie andere ätiologische Faktoren oder organische Krankheiten wie epidemische Encephalitis, Lues. Die extrapyramidalen Symptome nach Traumen sind im großen ganzen sehr selten; sie können einige Stunden

bis Monate nach dem Trauma auftreten; sie sind anfangs progredient, dann meist stationär oder auch rückgängig; sie bestehen in Rigidität, Tremor, Schmerzen von der Natur der Thalamusschmerzen, Sensibilitätserscheinungen, psychischen Veränderungen, Parkinsonsymptomen, paradoxen Reflexen und der nicht seltenen myodystonischen Reaktion, die sich in verschiedenen Muskelgebieten, besonders auch im Gesicht findet. Der Liquor cerebrospinalis ist dabei meist normal, nur in einem Falle fand sich 3 Wochen nach dem Trauma Zellvermehrung, Pyramidensymptome fehlen dabei. Namentlich ist die Verwechslung mit traumatischen funktionellen Störungen zu verhüten wegen der evtl. Entschädigungsansprüche des Kranken.

*S. Kalischer (Charlottenburg).*

**Leibbrand, Werner: Trauma und Paralyse.** (*Frauenklin. u. Entbindungsanst. Cecilienhaus, Berlin.*) Dtsch. med. Wschr. 1930 I, 222—223.

Bei einer 47jährigen Frau trat 10 Tage nach der Entfernung einer Ovarialcyste in Äther-Pernokton-Narkose das Bild einer akuten Verwirrung und rapiden Verfalles auf, und unter Ausscheidung von 6,1% Zucker erfolgte 2 Tage später der Tod im Koma. Die Sektion ergab das Bild einer Paralyse mit reichlicher zelliger Infiltration der Hirnhäute und Gefäße. Man darf der Narkose eine auslösende Wirkung für die Verschlimmerung einer bis dahin symptomlos verlaufenden Paralyse zuschreiben.

*Michael (Berlin).*

**Gehuhten, P. van, et de Gheldere: Un cas de myélite ascendante posttraumatique.** (Ein Fall von posttraumatischer aufsteigender Myelitis.) J. de Neur. 30, 214—216 (1930).

42jähriger Mann stürzt aus 6 m Höhe auf den Rücken. Kurze Bewußtlosigkeit. Dann völlige schlaffe Paraplegie der unteren Extremitäten mit fehlenden Knie-, Achilles-, Plantar- und Bauchreflexen, totaler Anästhesie bis zum Nabel, Retentio urinae et alvi. Starke Rückenschmerzen. Röntgenbild: Zerquetschung des 2. Dorsalwirbels. Laminektomie. Anästhesie steigt bis zu C<sub>6</sub>, die kleinen Handmuskeln werden beiderseits paretisch. Dann wird die Atmung mühsam. Exitus. Also aufsteigende Myelitis vom Typus der Landry'schen Paralyse nach Trauma. Autopsie ergibt starke infiltrative, degenerative und nekrotische myelitische Herde. Das Trauma hatte eine schwere Läsion des Rückenmarks in Höhe der Intumescencia lumbaris verursacht. Die Lumbalpunktion am Tage nach dem Trauma hatte keine entzündliche Meningealreaktion ergeben; auch die Operation zeigte normale Meningen und normalen Liquor. Hingegen ergibt die Autopsie 8 Tage später die starke Kongestion der Meningen und Eiter im Rückenmarkskanal bis zum Cervicalmark hinauf.

*Kurt Mendel (Berlin).*

**Brandis: Entstehung der multiplen Sklerose.** Med. Klin. 1930 I, 60—61.

Mitteilung eines Falles, in welchem die multiple Sklerose nicht als Unfallfolge gelten konnte. Rentenansprüche wurden daher abgewiesen.

*Kurt Mendel (Berlin).*

**Böttlich: Grundsätzliches zur Beurteilung von Bleilähmungen.** Zbl. Gewerbehyg., N. F. 7, 93—94 (1930).

Die Ausführungen wenden sich gegen den Vorschlag Telekys, jeden Fall von Bleilähmung zunächst als vollständig arbeitsunfähig zu betrachten und ihm ein Jahr hindurch eine Vollrente, im zweiten Jahre eine hohe Rente, verbunden mit einer Übergangsrente, und dann noch ein halbes Jahr eine Rente von 33 $\frac{1}{3}$ % zu gewähren. Verf. befürchtet, der Erkrankte könnte durch die Befolgung dieser Vorschläge ein minderwertiger Mensch werden; auch bestünde die Möglichkeit, daß sich in den untätigen Beugern Verkürzungen ausbilden. Verf. rät, den Erkrankten möglichst bald wieder zu beschäftigen, natürlich in einem bleifreien Betriebe. Grundsätzlich sollte der Betrieb, in dem der Arbeiter sich die Lähmung zugezogen hat, ihm wieder Arbeit zu verschaffen haben. Als Gradmesser für die Höhe der Rente sollte die Differenz des Arbeitslohnes zwischen dem derzeitigen und dem früher bezogenen Lohne herangezogen werden. Nach gänzlicher Wiederherstellung ist jeder Grund für eine Rente hinfällig.

*Meggendorfer (Hamburg).*

**Nyssen, R.: Les signes objectifs de la douleur: Vérification expérimentale du signe de Mannkopf-Rumpf.** (Die objektiven Zeichen des Schmerzes: Experimentelle Bestätigung des Mannkopf-Rumpfschen Zeichens.) (*Soc. de Méd. Lég. de Belgique, 12. IV. 1930.*) Le Scalpel 1930 I, 522—523.

Vorläufig nur kurze Mitteilung, wonach Verf. einen Apparat konstruiert hat, der Schmerz durch Fingerkompression erzeugt. Gleichzeitig werden die Veränderungen des Blutdrucks studiert.

*F. Stern (Kassel).*

**Thies, Oskar:** Eine wenig bekannte, aber sehr zweckmäßige Simulantenfalle. Graefes Arch. 123, 691—693 (1930).

Thies beschreibt einen Apparat zur Entdeckung der Simulanten einseitiger Schwachsichtigkeit oder Blindheit. Dieser Apparat, vom holländischen Militärarzt Gratama angegeben, von Koster (Leiden) verbessert, besteht aus 2 vor die Augen zu haltenden Röhren, welche durch schlitzzartige Öffnung die Betrachtung einer in geeignetem Abstand angebrachten Sehprobetafel gestatten. Dabei sieht das rechte Auge die auf der linken Seite, das linke Auge die auf der rechten Seite der Tafel stehenden Zeichen. Hersteller Optiker Buers, Dessau. Jendralski (Gleiwitz).

**Alajmo, B.: L'indagine biomicroscopica nei traumatismi oculari. (Con riguardo al giudizio medico-legale.)** (Biomikroskopische Erforschung der Verletzungen des Auges. Unter Berücksichtigung der gerichtsärztlichen Beurteilung.) (*Clin. Oculist., Univ., Palermo.*) Boll. Ocul. 8, 1—26, 103—150 u. 358—421 (1929).

Alajmo berichtet in seiner Arbeit ausführlich über die Ergebnisse seiner Untersuchungen von Unfallfolgen an den der direkten Beobachtung mit Spaltlampe und Hornhautmikroskop zugänglichen Teilen des Auges. Die Verletzungsfolgen an den verschiedenen Teilen des Auges (Bindehaut, Hornhaut, vordere Kammer, Regenbogenhaut, Linse, Glaskörper) werden gesondert besprochen. Der Beschreibung des Krankhaften wird die Darstellung des Spaltlampenbildes des entsprechenden gesunden Gewebes vorangestellt. Das letzte Kapitel ist den interessanten Symptomen der Siderosis, Cuprosis und der sympathischen Ophthalmie gewidmet. Die typischen Unfallfolgen sind besonders herausgearbeitet. Die Wichtigkeit der Spaltlampenuntersuchung für die Sicherung der Diagnose, die Feststellung der Zusammenhänge und die unfallgesetzliche Beurteilung wird immer wieder aufgezeigt. Nicht nur die Ergebnisse eigener Untersuchungen an großem Material sind berücksichtigt, sondern auch die Mitteilungen anderer Autoren werden gebührend hervorgehoben. Jendralski.

**Ohm, J.: Augenzittern der Bergleute als Gegenstand der Gesetzgebung.** Z. Augenheilk. 71, 226—235 (1930).

Das Wesen dieser Krankheit machen folgende Zeichen aus: zuerst Augenzittern charakteristischer Form, später bei einem Teil der Fälle Lidzucken, Kopfzittern. Sonstige neurotische Symptome gehören nicht zum Wesen der Krankheit. Bei der Diagnose ist daher vom Augenzittern auszugehen, da es das wichtigste Zeichen darstellt und nicht simuliert werden kann. Augenzittern anderer Ursache muß der Gutachter ausschließen können, ebenso Simulation und Dissimulation. Leute mit Bergmannystagmus sind als kranke Menschen anzusehen (Scheinbewegung, Beeinträchtigung der Sehschärfe). Leute mit Augenzittern, schon beim Blick geradeaus, sind unfähig zu den hauptsächlichsten bergmännischen Arbeiten, noch mehr solche mit Augenzittern bei allen Blickrichtungen, weniger solche, bei denen das Zittern erst bei Blickrichtungen oberhalb der Horizontalen auftritt. Rente sollten die Bergleute erhalten, welche im Tageslicht und aufrechter Haltung schon bei geradeaus gerichtetem Blick Augenzittern bekommen und deren Sehvermögen dadurch meßbar beeinträchtigt wird. Zu fordern wäre für solche Rentenempfänger, daß sie die Arbeit unter Tage aufgeben müssen, weil nur dadurch Heilung zu erwarten ist. Der Gesetzgeber sollte sich über die Höhe der Rente zunächst für die ungünstigsten Fälle klar werden (höchstgradigstes Zittern, S: 1/40—1/60). Für leichtere Fälle könnte dann die Rente ohne Schwierigkeit abgestuft werden. Jendralski (Gleiwitz).

**Benassi, G.: Aortite luetica e cuore da sforzo. (Ancora sulla concausalità in tema di morte-infortunio.)** (Aortitis luica und überanstrengtes Herz. [Über die Mitursache bei Todesfällen infolge von Unfall.]) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Cagliari.*) Giorn. Clin. med. 10, 1090—1107 (1929).

Während einer stürmischen Seefahrt stürzt ein 39jähriger, am Steuer gerade beschäftigter Matrose unter Aufschrei zusammen, wobei er auf die Herzgegend zeigend angab, es sei ihm innen etwas geborsten. In der Folge litt er an Atemnot und Schmerzen in der Herzgegend bei der geringsten Anstrengung, so daß er das Bett hüten mußte. Unter Zunahme der sub-

jektiven Beschwerden starb Patient 3 Wochen nach dem Zusammensturz. Da dieser Tod mit der Anstrengung bei der Arbeit in Zusammenhang gebracht wurde, veranlaßte die Versicherungsgesellschaft die Obduktion. Dieselbe ergab folgenden Befund: Hypertrophie und Dilatation des Herzmuskels bei intakten Klappen. Die Aorta ascendens wies eine gerunzelte Innenwand auf, entstanden durch zahllose kleine narbige Einziehungen. Diese Veränderungen waren besonders oberhalb der Einmündungsstelle der linken Arteria coronaria stark entwickelt, wo eine trichterförmige Einziehung der Aortenwand wahrnehmbar war. Das Orificium dieser Coronaria war verengt, wenn auch durchgängig; das Orificium der rechten Coronaria war normal. Auch die hintere Wand der Arteria thoracica wies die gleichen Veränderungen auf, nur im geringeren Grade. Mikroskopisch konnte man einwandfrei eine Aortitis luica diagnostizieren (typische miliare Gummen, besonders in der Media). In der Aortitis luica, verbunden mit der Stenose des Orificiums der linken Coronaria und der Hypertrophie und Dilatation des Herzens sieht Verf. die eigentliche Krankheits- und Todesursache.

Dementsprechend kommt der Autor zum Schlusse, daß vom Standpunkte der Unfallmedizin der anstrengenden Arbeit des Matrosen nicht nur keine ursächliche Rolle, sondern nicht einmal eine auslösende Rolle zuzusprechen ist. Es handelt sich nur um ein chronologisches Zusammentreffen der Ereignisse. *M. Friedmann* (Wien.).

**Ponzo, Mario:** *Pericolosità sul lavoro e profilassi sociale.* (Gefährdung durch Arbeit und soziale Prophylaxe.) *Arch. di Antrop. crimin.* 49, 329—343 (1929).

Das Verhalten des Individuums ist bedeutsam für das Zustandekommen von Berufsunfällen. Gefordert wird: Eignungsprüfung, besonders scharfe Sichtung der Transportführer durch geschulte Mediziner, ständiger Hinweis auf drohende Gefahrmöglichkeiten, Anlegung einer Karte für jeden gefährdeten Arbeiter mit genauer Notierung aller Zwischenfälle, um so noch unbekannten Mißständen auf die Spur zu kommen, Anzeigepflicht der Ärzte für Leute, die durch ihre Krankheit sozial gefährlich werden können (etwa geistesranke Autoführer), Schaffung sozialer Organisationen, die Berufsgefährdete in anderen Erwerbszweigen unterbringen könnten. *Friedemann.*

**Unger, R.:** *Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität und Berufsunfähigkeit bei Lungentuberkulose, vom Standpunkt der Verwaltung und Rechtsprechung.* (*Jahresvers. d. Dtsch. Zentralkomitees z. Bekämpfung d. Tbk., Bad Pyrmont, Sitzg. v. 23. V. 1929.*) *Z. Tbk.* 54, 547—555 u. 582—591 (1929).

**Zielke, W.:** *Der Begriff Erwerbsunfähigkeit nach der Unfallversicherung und der Reichsversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Lungentuberkulose.* (*Jahresvers. d. Dtsch. Zentralkomitees z. Bekämpfung d. Tbk., Bad Pyrmont, Sitzg. v. 23. V. 1929.*) *Z. Tbk.* 54, 556—561 u. 582—591 (1929).

**May, W.:** *Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität und Berufsunfähigkeit bei Lungentuberkulose, vom ärztlichen Standpunkt aus betrachtet.* (*Heilst., Buchwald i. Riesengeb.*) (*Jahresvers. d. Dtsch. Zentralkomitees z. Bekämpfung d. Tbk., Bad Pyrmont, Sitzg. v. 23. V. 1929.*) *Z. Tbk.* 54, 561—570 u. 582—591 (1929).

**Hochstetter, F.:** *Erwerbsunfähigkeit bei Lungentuberkulose mit Bezug auf die Unfallversicherung und das Reichsversorgungsgesetz.* (*Versorgungskrankenh., Weingarten i. W.*) (*Jahresvers. d. Dtsch. Zentralkomitees z. Bekämpfung d. Tbk., Bad Pyrmont, Sitzg. v. 23. V. 1929.*) *Z. Tbk.* 54, 571—591 (1929).

Unger und Zielke erörtern in knapper und klarer Weise die bei den verschiedenen Versicherungsträgern (einschließlich Reichsversorgung) verschiedenen gesetzlichen Verhältnisse, U. unter weit begrenzter Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere unter Berücksichtigung der Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt. Z. versucht unter Anführung konkreter Beispiele den im Gesetz nicht festgelegten Begriff der Erwerbsunfähigkeit zu definieren. Aus Mays Ausführungen geht die ganze Schwierigkeit der Beurteilung Tuberkulosekranker hinsichtlich ihrer Arbeitsunfähigkeit usw. hervor. Besondere Betonung findet die durch die ansteckende Natur offener Tuberkulose bedingte Beschränkung auf bestimmte Berufe. Die Beschaffung geeigneter Arbeitsmöglichkeiten für offen Tuberkulöse ist eine besondere Notwendigkeit; ein Weg ist vielleicht die Werkstättensiedlung. — Hochstetter weist auf die Notwendigkeit hin, die Frage der Erwerbsunfähigkeit (Beschränkung) von allen Gesichtspunkten

aus zu untersuchen, nicht nur vom rein ärztlichen. Dementsprechend sind neben dem Untersuchungsergebnis Aktenstudium, insbesondere die Ansicht der Hausärzte, Bescheinigungen der Krankenkassen usw., Kenntnis der Berufstätigkeit des Kranken von hoher Bedeutung. Die Einwirkung der verschiedenen Tuberkuloseformen auf die Arbeitsfähigkeit wird eingehend behandelt, die verschiedenen Arten der Rentengewährung werden angegeben. *Heinrich Brieger* (Sprottau).

**Roepke, O.: Gutachten über Ansprüche aus der auf Berufskrankheiten ausgedehnten Unfallversicherung: Kohlenoxyd-, Staublungen-Erkrankungen und Lungentuberkulose.** *Z. Bahnärzte* 25, 81—101 (1930).

Der Verf. bespricht die Auswirkungen der 1. und 2. Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten, welche darin bestehen, daß „1. die Versicherungsträger ihre vorbeugende Tätigkeit zugunsten der Gesundheitsverhältnisse der Versicherten erweitert haben; daß 2. die Arbeitgeber durch Besserung der Arbeitsverhältnisse einen besseren Schutz vor den Berufskrankheiten angestrebt und auch erreicht haben; daß 3. die Ärzte ihre Kenntnisse über die Berufskrankheiten in diagnostischer und prophylaktischer Hinsicht vertieften“. Zum besseren Verständnis der am Schlusse wiedergegebenen und erläuterten Gutachten, die Ansprüche wegen schädlicher Berufseinwirkungen durch Kohlenoxyd und Metallstaub in Reichsbahnbetrieben betreffen, werden zunächst die Krankheitsbilder der auf Grund der 2. Verordnung entschädigungspflichtigen Kohlenoxydvergiftung (Ziff. 9) und der schweren Staublungenenerkrankung (Silikose) (Ziff. 16) — gegebenenfalls zusammentreffend mit einer Lungentuberkulose — eingehend in ätiologischer, klinischer und versicherungsrechtlicher Hinsicht behandelt. Die beiden beschriebenen Gutachterfälle gingen von einer falschen Auslegung bzw. einem Mißverstehen der Verordnung aus, der Entschädigungsanspruch mußte daher auf Grund der betreffenden Gutachten des Verf. abgelehnt werden. *Engelhardt* (Berlin).

**Wells, H. Gideon, and Paul R. Cannon: Primary carcinoma of the lung following trauma.** (Primäres Lungencarcinom infolge Trauma.) (*Dep. of Path., Univ. of Chicago a. Otho S. A. Sprague Mem. Inst., Chicago.*) *Arch. of Path.* 9, 869—873 (1930).

Ein 50jähriger Mann zog sich bei einem Autounfall eine Quetschung der linken Lunge und Brustseite zu. Die 3., 4. und 5. Rippe waren links in der mittleren Axillarlinie gebrochen. Es bestand Hämoptoe und ausgedehntes Hautemphysem. Die sofort vorgenommene Lungen- durchleuchtung ergab keine Anzeichen für ein Neoplasma der Lunge. Etwa 1 Jahr nach dem Trauma konnte im Bereich des linken Oberlappens ein Tumor mit bereits vorhandenen Mediastinalmetastasen nachgewiesen werden. Nach einem weiteren Jahr kam der Pat. ad exitum. Die Obduktion ergab ein Carcinom (Mesotheliom) des linken Oberlappens. Die Verf. halten in diesem Falle den Kausalzusammenhang von Trauma und malignem Tumor für wahrscheinlich. Dafür sprechen das Fehlen von röntgenologisch erkennbaren Veränderungen an der Lunge gleich nach dem Trauma, die Wachstumsdauer des etwa in 2 Jahren zum Tode führenden Tumors und die Struktur des Carcinoms selbst. Denn es handelt sich um eine jener viel selteneren Lungen-Carcinomformen, die von platten Alveolarepithelien in der Lungenperipherie ihren Ausgang nehmen; und hier gerade von jener Stelle, wo das Trauma einwirkte, ihren Ausgang nahm. *A. Stapf* (Berlin).

**Oppenheimer, Edgar D.: Traumatic spondylitis.** (Traumatische Spondylitis.) *Amer. J. Surg.*, N. s. 8, 605—610 (1930).

Es werden diejenigen Fälle zusammengefaßt, bei denen nach Trauma im Bereich des Rückens Krankheitserscheinungen auftreten, ohne daß es durch klinische oder Röntgenuntersuchung möglich ist, eine ganz bestimmte Diagnose zu stellen. Besonders hervorzuheben sind die entzündlichen und psychischen Reaktionen.

*Kaerger* (Kiel).

**Burekhardt, Hans: Zur Diagnostik der Wirbelsäulenerkrankungen mit besonderer Berücksichtigung des Traumas.** (*Chir. Univ.-Klin., Marburg.*) *Bruns' Beitr.* 149, 171—187 (1930).

Burekhardt greift aus dem großen Kapitel der Wirbelsäulenerkrankungen die direkten Formveränderungen durch Trauma, die Spondylitis deformans (Sp. def.), die Spondylitis ankylopoetica (Sp. ank.) und die Veränderungen bei Störungen der nor-

malen Entwicklung heraus. Bei den Frakturen wird als besonders bemerkenswert ein Fall von traumatischer Schädigung von 4 Wirbelkörpern mitgeteilt. Bei der Sp. def. werden vor allem die Schwierigkeiten der Deutung, ob eine Erniedrigung der vorderen Höhe des Wirbelkörpers auf die Krankheit oder auf einen „Quetschbruch“ zu beziehen ist und die Frage der Verschlimmerung einer Sp. def. durch eine bloße Stauchung der Wirbelsäule erörtert. Ein sicherer Fall, bei dem sich an eine örtlich beschränkte Fraktur eine allgemeine Spondylitis angeschlossen hätte, ist dem Verf. nicht bekannt geworden. Bei der Differentialdiagnose zwischen Sp. def. und Sp. ank. wird als charakteristisch für die Sp. def. deren große Häufigkeit (95—98%), die seitliche Zackenbildung und die Gestaltveränderung des Zwischenwirbelraumes und für die Sp. ank. die Seltenheit (2—5%), die Bandverknöcherung („Bambusstab“) und die Erhaltung des Zwischenwirbelraumes betont. Bei Störungen des Wachstums und bei regressiven Veränderungen wird mit Nachdruck darauf hingewiesen, daß speziell beim runden Rücken oft nur einer der Wirbel vorn besonders erniedrigt ist: „hat nun der Patient ein Trauma erlitten, so wird er Unfallfolgen behaupten“.

K. H. Bauer (Göttingen).

**Flossbach: Hallux rigidus und seine unfallchirurgische Bedeutung.** (*Chir. Univ.-Klin., Köln-Lindenberg.*) *Med. Klin.* 1930 I, 389—390.

Beschreibung des Krankheitsbildes eines Hallus flexus oder rigidus. Für die Unfallbegutachtung fügt Verf. u. a. noch hinzu, daß neben einwandfreiem Nachweis des Unfalles eine Kontrollaufnahme des entsprechenden Gelenkes am anderen Fuße erforderlich ist, und daß das Trauma erheblich sein und im Bereiche der kranken Stelle stattgefunden haben muß.

Haagen (Berlin-Dahlem).

**Driels, Adolf: Der Hallux valgus in der Gutachterfähigkeit.** (*Univ.-Klin. f. Orthop. Chir., Frankfurt a. M.*) *Mschr. Unfallheilk.* 37, 151—155 (1930).

Ein Schwerkriegsbeschädigter hatte u. a. auch einen (wahrscheinlich linksseitigen?) Wadenbeinbruch und eine „Verstauchung“ des linken Fußes seinerzeit erlitten, in deren Gefolge sich eine Abknickung der linken Großzehe (Hallux valgus) entwickelte. Es wurde deswegen 1918 von Ludloff die Osteotomie am Metatarsus I ausgeführt. 1926 traten Druckstellen und Zellgewebsentzündungen auf, die mehrere Einschnitte und schließlich die Amputation am Metatarsus I nötig machten. Da die bisher bewilligten orthopädischen Schuhe abgelehnt wurden, wurde die Entscheidung des Reichsversorgungsgerichtes eingeholt, ob der Hallux valgus auf D. B. beruhe. — Der Befund ergab, daß der linke Fuß kürzer als der rechte war, sich beim röntgenologischen Vergleich beider Füße Brüche des 3. bis 5. Mittelfußknochens mit ossärer Vereinigung und eine 0-förmige Verbiegung des 5. Metatarsus fanden. Der Verf. nimmt an, daß hier konstitutionelle Veranlagung keine Rolle gespielt hat, sondern vielmehr die Verkürzung des Fußes infolge der Metatarsalfrakturen auch zu einer Verkürzung des Musculus adductor und Störung des Muskelgleichgewichtes für die normale Heilung der Großzehe führte. Danach waren sowohl der Hallux valgus als auch die spätere Infektion und die Amputation als D. B. anzuerkennen. Eine rechtzeitige Vergleichsaufnahme beider Füße hätte schon in der ersten Instanz den Fall geklärt.

Joh. Volkmann (Halle a. d. S.).

**Alajouanine, Th., M. Gopeevitch et P. Meilland: Atrophie musculaire posttraumatique, à type myopathique, cliniquement progressive douze ans après le traumatisme.** (Posttraumatische Muskelatrophie von myopathischem Typ, 12 Jahre nach dem Trauma progredient.) (*Soc. de Neurol., Paris, 6. III. 1930.*) *Revue neur.* 37 I, 429—432 (1930).

Verf. unterscheidet 1. lokalisierte posttraumatische Reflexatrophien (z. B. nach Schultergelenkstrauma), 2. sekundäre spinale Muskelatrophien nach verborgenen Haematomyelien und 3. diffuse sich spät entwickelnde Atrophien ohne Paresen, Reflex- und Sensibilitätsstörungen mit elektrischen Reaktionen nicht vom Vorderhornstyp, sondern wie bei Myopathien, sie sind oft eine gewisse Zeit progredient, oft dann zur Rückbildung neigend. Verf. teilt 1 Fall der 3. Gruppe mit, bei dem sich nach einem heftigen Trauma des Halses und der oberen Extremitäten im Laufe der Jahre eine Atrophie der oberen Extremitäten, Brust- und Bauchmuskeln und schließlich auch der unteren Extremitäten einstellte ohne Reflex-, Sensibilitätsstörungen und ohne Entartungsreaktion mit dauernder Progression. Es handelt sich also um eine trauma-

tische Pseudomyopathie, die vom versicherungsrechtlichen Standpunkt von Wichtigkeit ist, gerade weil sich die nervösen Störungen nach einem Trauma entwickelten, das zuerst das Nervensystem nicht anzugreifen schien. *K. Löwenstein* (Berlin).

**Rosenfeld, Georg:** Über Simulation und Dissimulation bei Diabetes. *Med. Klin.* 1930 I, 9.

Kurzer Bericht über drei eigene Beobachtungen: 1 Fall von Täuschungsversuch durch Rohrzuckerzusatz. Kleine Beimengungen von Traubenzucker, die in den Fingernägeln oder im Präputialraum aufbewahrt wurden, erwiesen sich als bedeutungslos. Ferner ein Fall versuchter Diabetesdissimulation (bei Untersuchung für eine Lebensversicherungsgesellschaft) durch heimliches Einfüllen mitgebrachten Urins.

Verf. macht darauf aufmerksam, wie schwierig in der „Ära des Insulins und Synthalins“ die Betrugsentlarvung ist, ein für die Lebensversicherungsgesellschaften besonders unangenehmer Zustand, weil die Mortalität an Diabetes wieder ansteige.

*Brieger* (Sprottau).

**Barthélemy, R.:** *Sclérodémie généralisée et traumatisme.* (Generalisierte traumatische Sklerodermie.) *Arch. dermato-syphiligr. Hôp. St. Louis* 1, 617—626 (1929).

Der Patient hatte bei einem Auto-Eisenbahnzusammenstoß einen Unfall erlitten, der von einem Shock gefolgt war. Da er schon vorher krank war, wäre das Leiden wohl auch von selbst in Erscheinung getreten. Der Shock hat aber die Affektion aggraviert und ihr Erscheinen beschleunigt. Von der Sklerodermie waren ergriffen sämtliche Gliedmaßen, Rücken, Bauch und Gesicht. Der Kranke war dadurch arbeitsunfähig. Besprechung des Grades der Arbeitsunfähigkeit und der Chancen bei der noch ausstehenden gerichtlichen Entscheidung.

*Bruno Sklarek* (Charlottenburg).

**Brandis, W.:** Ist die Impotentia coeundi und die Incontinentia urinae et alvi organisch oder psychogen bedingt? *Med. Klin.* 1930 I, 670—671.

Gutachten über einen Fall. Patient fiel rückwärts auf eiserne Treppenstufen, zog sich hierbei schwere organische Verletzungen am unteren Teil der Wirbelsäule zu, die besonders zu Schädigungen der Cauda equina und somit zur Impotentia coeundi und Incontinentia urinae et alvi führten. 60—70% erwerbsunfähig.

*Kurt Mendel* (Berlin).

### **Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.**

**Andreae:** Das Bewahrungsgesetz vom Standpunkt der Trinkerfürsorge. *Alkoholfrage* 26, 13—22 (1930).

Von hervorragender Bedeutung ist die Frage, wie man den Alkoholkranken gegen seinen Willen in die Heilstätte bringen und dort behalten kann. Zur Zeit muß ein amtsärztliches Zeugnis vorliegen über die Notwendigkeit der Anstaltsversorgung. Die Entmündigung des Trinkers (§ 6 BGB.) ermöglicht für den Vormund die Unterbringung und Festhaltung in der Anstalt. Leider gehen die für Heilbehandlung gerade günstigsten Fälle verloren, da hier Entmündigung noch nicht eintreten kann. Es muß ein Weg gefunden werden, solche Frühfälle rechtzeitig und erfolgreich zu fassen. Schwierig bleibt immer die Kostenfrage. Ihre Erledigung durch eine Krankenkasse, durch die Landesversicherungsanstalt, durch das Wohlfahrtsamt u. a. m. ist oft nicht zu erreichen, namentlich da nicht, wo es noch am hinreichenden Verständnis für Trinkerheilung fehlt. So ist immer erneut eine allgemeine Regelung der Trinkerfürsorge in besonderem Gesetz zu fordern. Damit würde auch die Unterbringung der nicht mehr heilbaren Alkoholiker geordnet werden können, wie man überhaupt die Verwahrung asozialer Elemente alsbald gesetzlich zu regeln bestrebt ist. Schon im Jahre 1928 ist von der Reichsregierung der Entwurf zu einem Bewahrungsgesetz vorgelegt worden, aber nicht zur Erledigung gekommen. Hier ist eine geordnete Trinkerfürsorge mit festzulegen, solange keine Aussicht auf eine eigene gesetzliche Regelung dieses Gebietes zu erreichen ist.

*Flade* (Dresden).

**Luniewski, W.:** Über eine neue Redaktion der auf die Unzurechnungsfähigkeit, die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit und die Zurechnungsfähigkeit bei Rauschzuständen bezüglichen Artikel der polnischen *Lex ferenda*. *Roczn. psychjatr.* H. 13, 90—124 u. franz. Zusammenfassung 224 (1930) [Polnisch].

Luniewski bespricht die neue Fassung des künftigen polnischen Strafgesetzes