

Dämpfe und giftige Gase dar. Bei jeder Operation besteht ein doppeltes Risiko, die Gefahr, daß durch den Eingriff keine Heilung bewirkt wird, sowie die Todesgefahr. Sie sind teils voraussehbar, teils nicht vorauszusehen. Die ersteren beruhen in der chirurgischen Technik, die letzteren in der Natur der Krankheit und des operierten Individuums, die Verantwortlichkeit teilt sich daher zwischen dem Operateur und dem Operierten. Beide Teile sollten sich gegen etwaige Folgen versichern.

Schönberg (Basel).

**Schmidt, Eberhard: Operation ohne Einwilligung.** Ärztl. Sachverst.ztg 36, 193 bis 196 (1930).

Schmidt bespricht ein Urteil, nach dem ein Frauenarzt wegen gefährlicher Körperverletzung zu 1000 RM. Geldstrafe verurteilt worden war, weil er gelegentlich eines Bauchschnittes auch den Wurmfortsatz der Kranken entfernt hatte, ohne zuvor die Einwilligung der Kranken zu dessen Entfernung eingeholt zu haben. Der Sachverständige hatte diese Operation zwar für „angezeigt, aber nicht für „notwendig“ gehalten, während der Staatsanwalt den ohne Einwilligung vorgenommenen Eingriff als rechtswidrig bezeichnet hatte.

1. Der Tatbestand der §§ 223, 223a ist nicht gegeben, da die Entfernung des Wurmfortsatzes weder als Gesundheitsschädigung noch als körperliche Mißhandlung bezeichnet werden könne.
2. Bei dem Versuch, den Arzt für seine Handlung zu rechtfertigen, hat das Gericht zu ausschließlich auf den Gesichtspunkt der Einwilligung abgestellt. Selbst für den Fall, daß jeder Eingriff an sich eine tatbestandsmäßige Körperverletzung darstellt, hat das RG. in der E. vom 31. V. 1894 zugegeben, daß es Fälle gibt, wo in rechtmäßiger Weise ohne Einwilligung operiert werden darf (z. B. bei Bewußtlosigkeit) und hat zur Erklärung die tatsächliche Vermutung der Einwilligung herangezogen. Damit ist aber dem Kranken unterstellt, daß er das Vernünftige, Angemessene wolle, also ein objektiv-normativer Maßstab für die Frage der Angemessenheit einer Operation herangezogen. Das Gericht hätte demnach prüfen müssen, ob — angesichts der Bewußtlosigkeit der Kranken im Augenblick, wo der Arzt den Entschluß zur Entfernung des Wurmfortsatzes faßte — nicht einer der Fälle vorliegt, wo sich die Angemessenheit des Eingriffs auch ohne die Einwilligung der Kranken begründen läßt.
3. Selbst unter Annahme objektiv-rechtswidrigen Verhaltens gegen § 223a ist die Verurteilung nicht genügend begründet, da der Arzt vorsätzlich gehandelt haben muß. Darunter versteht Sch. im Gegensatz zur herrschenden „Vorsatz“-lehre, daß der Täter sich bewußt über das Recht hinwegsetzt und etwas Sozialschädliches tut, was man von diesem Arzt zweifellos nicht sagen kann.
4. Schließlich wird die unbegreifliche Höhe des Strafmaßes bemängelt.

Der Fall erweist wieder die Notwendigkeit, die Beurteilung ärztlicher Eingriffe aus dem Banne reichsgerichtlicher Rechtsprechung endlich zu befreien. Giese (Jena).

**Heller: Ist die Unterlassung der Frühbehandlung der Syphilis wirklich ein die Schadenersatzpflicht des Arztes bedingender Kunstfehler?** R.G.E. 18. Januar 1929 III 257/24. (Berlin. Dermatol. Ges., Sitzg. v. 11. VI. 1929.) Dermat. Z. 56, 432—433 (1929).

Das R.G. hatte den Beklagten verurteilt mit der Begründung, daß bei Frühbehandlung auf Grundlage eines positiven Spirochätenbefundes der Kranke in 6—8 Wochen wieder geheilt worden wäre, während er jetzt jahrelang Kuren durchmachen müßte. Der Arzt sei wegen unerlaubter Handlung und wegen vertragswidriger Vernachlässigung der Sorgfaltspflicht für den dem Kranken erwachsenen Schaden haftpflichtig. Heller bestreitet, daß der Tatbestand der Haftpflichtparagraphen erfüllt sei, da nicht erwiesen sei, daß dem Kranken ein Schaden erwachsen sei, sondern nur die Ansicht bestehe, daß ein Schaden entstehen könne. Er weist mit Recht darauf hin, daß gar nicht sicher sei, daß eine Frühbehandlung die Heilung der Lues in 6—8 Wochen in 100% herbeiführe. Die bedauerliche Folgerung sei, daß die Ärzte danach gezwungen wären, jede Methode der Schulmedizin, die gerade modern sei, anzunehmen.

Giese (Jena).

### Versicherungsrechtliche Medizin.

**Strassmann, Georg: Der Begriff „Krankheit“ in der Rechtsprechung der ordentlichen Gerichte und sozialen Behörden.** (Gerichtsärztl.-Inst., Univ. Breslau.) Dtsch. med. Wschr. 1930 I, 1054—1057.

Verf. macht auf die Schwierigkeit aufmerksam, den Begriff „Krankheit“ medizinisch zu definieren und bemängelt die kürzlich von Rink gegebene Definition, die er für den Juristen als zu kompliziert, für den Laien zu wenig verständlich ansieht, um in der Rechtsprechung verwertet zu werden. Es werden die im StGB und im BGB vorkommenden Begriffe besprochen, die juristisch als Krankheit aufzufassen sind, so

der Begriff der Geisteskrankheit strafrechtlich, die Geisteskrankheit und Geisteschwäche zivilrechtlich, der Begriff der krankhaften Störung der Geistestätigkeit im Zivilrecht, die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit, der Verfall in Geisteskrankheit im Strafverfahren, ferner der Begriff der körperlichen Krankheit bei Vernehmung als Zeuge oder Sachverständiger, bei der Strafvollstreckung, bei den Folgen von Körperverletzungen. Weiter wird der Begriff der Krankheit in der Reichsversicherungsordnung — Krankenversicherung und Unfallversicherung —, in der Angestelltenversicherung, im Reichsvorsorgungsgesetz, in den Reichshaftpflichtgesetzen und in der privaten Krankenversicherung erörtert und auf die Unterschiede hingewiesen. Zum Schluß geht Verf. noch auf die Frage der subjektiven Beschwerden, auf die psychopathischen Reaktionen und die traumatischen Neurosen ein. Er weist darauf hin, daß der Begriff „Krankheit“, möge es sich nun um Geisteskrankheit oder körperliche Krankheit handeln, in der Rechtsprechung viel schärfer umrissen ist als in der medizinischen Literatur. Der juristische Begriff verlangt das objektive Vorhandensein von Krankheitssymptomen, die irgendwie sichtbar in die Erscheinung treten müssen, sei es, daß sie bei geistigen Abnormitäten das Tun und Handeln des Betroffenen sichtlich beeinflussen, sei es, daß sie bei körperlichen Krankheiten dem Kranken zum Bewußtsein gekommen sind, seine Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen oder aufheben, ärztliche Hilfe oder Versorgung mit Arznei oder Heilmitteln erforderlich machen. Es wird empfohlen, sich bei Streitigkeiten im Gerichtsverfahren oder vor Versicherungsbehörden über die Auslegung des Krankheitsbegriffes nicht allein nach der medizinischen Auslegung des Begriffes zu richten, sondern die juristische Auslegung zu berücksichtigen.

Ziemke (Kiel).

● **Leitfaden der deutschen Sozialversicherung.** Bearb. v. Reichsversicherungsamt. Neubearb. 1930. Berlin: Julius Springer 1930. 63 S. RM. 1.20.

Der von Mitgliedern des Reichsversicherungsamtes bearbeitete Leitfaden der deutschen Sozialversicherung ist in neuer Bearbeitung erschienen, welche notwendig war, um die umfangreichen Gesetzesänderungen zu berücksichtigen, die seit dem ersten Erscheinen im Jahre 1924 erfolgt sind. Auch die Arbeitslosenversicherung wird behandelt, so daß die gesamte Sozialversicherung nach dem Stande der Gesetzgebung vom 15. III. 1930 berücksichtigt wird. Nach einer historischen Einleitung über die Entwicklung der Sozialversicherung werden in einzelnen Abschnitten die Krankenversicherung, die Unfallversicherung, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, die Angestelltenversicherung, das Verfahren und zum Schluß die Bedeutung der Sozialversicherung für die Allgemeinheit besprochen. Ein statistischer Anhang ist angefügt. — Der Leitfaden gibt in klarer Weise und kurzer Form das Wichtigste, was zur Orientierung über die Sozialversicherung wichtig ist, wieder und wird für alle, die in der Sozialversicherung, insbesondere auch für die auf diesem Gebiet tätigen Ärzte, ein guter Führer sein, der zur schnellen Information geeignet ist.

Ziemke (Kiel).

**Desrochers, G.: Etudes de quelques cas de psychoses traumatiques.** (Studien an einigen Fällen von traumatischer Psychose.) Canad. med. Assoc. J. 22, 658—660 (1930).

Als Zeichen erfolgter Gewalteinwirkung finden sich im Liquor unmittelbar nach dem Unfall Druckveränderungen, Erythrocyten, Lymphocyten und Eiweißvermehrung; von diesen Symptomen verschwinden bald die Erythrocyten und die Lymphocyten, während Druckveränderungen und Eiweißvermehrung noch nach Monaten nachweisbar sein können. Die Druckveränderung kann sowohl eine Drucksteigerung wie eine Druckabnahme sein oder auch in einer Neigung zu Druckschwankungen bestehen, wie letztere von Claude als ein bei Epileptikern und Psychopathen häufiges Verhalten nachgewiesen wurde. An 3 Fällen von Commotionszuständen untersuchte Verf. den Liquor und fand im 1. Fall 3 Wochen nach dem Trauma keine Drucksteigerung, 8 Lymphocyten im cmm und einen Eiweißgehalt von 0,45<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, im 2. Fall 1 Monat nach dem Trauma keine Hypertension, 3 Lymphocyten und 0,65<sup>0</sup>/<sub>100</sub> Eiweißgehalt, 4 Monate nach dem Trauma 1 Lymphocyt und 0,32<sup>0</sup>/<sub>100</sub> Albumen, und im 3. Fall nach Abklingen der klinischen Erscheinungen keine Drucksteigerung, 4 Lymphocyten und 0,25<sup>0</sup>/<sub>100</sub> Eiweißgehalt. Mit diesen Befunden glaubt Verf. die Differentialdiagnose zwischen organischer Hirnchwäche und traumatischer Neurose auf eine sichere Basis stellen zu können.

Geelwink (Frankfurt a. M.).

**Neustadt, R.: Zur Beurteilung psychischer Störungen bei Hirnverletzten.** (*Prov.-Heil- u. Pflegeanst. u. Psychiatr. Klin., Med. Akad., Düsseldorf.*) *Nervenarzt* **3**, 141—147 (1930).

Der Blick des Gutachters sei häufig zu sehr auf neurotische Symptome eingestellt, so daß manches, was durch die Kriegserfahrungen als organisches Symptom gesichert schien, wieder in Vergessenheit geraten sei oder vernachlässigt werde. Es gebe dabei typische Fehlerquellen, die mehr beachtet werden müßten. 1. Das Nichterkennen eines organischen Zustandes infolge nicht ausreichender Untersuchung. Es könne bei Fällen, in denen die Frage der organischen Hirnschädigung zu klären sei, nicht auf Liquordruckmessung, Röntgenaufnahme, Encephalographie, Gleichgewichtsprüfungen, calorische und Drehreize, experimentell psychologische Untersuchungen (natürlich je nach Lage des Falles) verzichtet werden. 2. Das Nichterkennen eines organischen Zustandes infolge mangelnder Kenntnis seines Vorkommens und seiner Symptome. Verf. verweist insbesondere auf Restzustände von Herdsymptomen, extrapyramidale und vasomotorische Störungen. Auch die symptomatischen Psychosen würden oft im Beginn verkannt und als „Schreckneurose“ oder *Dementia praecox* diagnostiziert. Weitere Fehler seien das diagnostische Vorurteil und die klassifikatorische Tendenz der Gutachter. Nur der „positive Hysterienachweis“ könne in Begutachtungsfällen anerkannt werden. Die Befunderhebung habe vor allem das Syndrom der organischen Hirnschädigung zu berücksichtigen, das sich in Spätstadien vorwiegend geltend mache in Form von Verlust des psychischen Tempos, Störungen der Wahrnehmung von Verlangsamung der Auffassung bis zu Merkfähigkeitsstörung, Veränderung der Affektansprechbarkeit. Das organische Syndrom des Hirntraumatikers sei ferner charakterisiert durch Wechsel in der Intensität der Erscheinungen, Abhängigkeit von der Gesamteinstellung des Patienten, vorübergehende suggestive Beeinflussung. Es sei zweckmäßig, diese organischen Zustände mit O. Schwab als „*Encephalopathia post-traumatica*“ zu bezeichnen.

Panse (Berlin).

**Osnato, Michael: The rôle of trauma in various neuropsychiatric conditions.** (Die Rolle des Traumas bei verschiedenen neuropsychiatrischen Zuständen.) (*Dep. of Neurol., New York Post-Graduate Med. School a. Hosp., New York.*) *Amer. J. Psychiatry* **9**, 643—660 (1930).

Als posttraumatische Neurose bezeichnet Verf. Zustände, welche direkt im Anschluß an ein Trauma entstehen und bei denen keine Anzeichen einer organischen Gehirnläsion vorhanden sind. Es handelt sich dabei um unmittelbare emotionelle Reaktionen, die durch den Schreck ausgelöst werden. Bei Personen mit normalem seelischen Gleichgewicht gehen diese Zustände meist rasch wieder vorüber, in anderen Fällen kann durch Angst vor Wiederkehr eine Neurose von längerer Dauer hervorgerufen werden, so daß ein Wechsel des Berufes notwendig werden kann, um Heilung herbeizuführen. Zu unterscheiden davon ist die traumatische Hysterie. Hier handelt es sich um von Haus aus pathologische Persönlichkeiten, für die das Trauma nur ein äußerer Anlaß ist, um einer ihnen nicht zusagenden Situation aus dem Wege zu gehen. Eine 3. Gruppe bilden die Neurosen nach Gehirnerschütterung. Die Gehirnerschütterung kann nicht länger als ein nur vorübergehender Zustand betrachtet werden. Sie ist häufig mit organischen Gehirnläsionen verbunden, die dauernde Veränderungen zur Folge haben können. Es ist deshalb zweckmäßiger in solchen Fällen, deren Zahl allerdings nur relativ klein ist, von einer traumatischen Encephalopathie zu reden. Die Unterscheidung organischer und funktioneller Störungen ist bei diesen Fällen nicht leicht. Die Schwere der Gehirnerschütterung selbst ist für die Beurteilung oft ausschlaggebend. Schwierig zu beurteilen sind auch die Fälle, wo bei Lues latens sich im Anschluß an ein Schädeltrauma eine Lues cerebri entwickelt. Verf. ist der Ansicht, daß durch Gefäßläsionen im Gehirn das Einwandern von Spirochäten in das Gehirn erleichtert werden kann. Eine traumatische Geistesstörung ist anzunehmen, wenn auf ein schweres Schädeltrauma ein Zustand von Bewußtlosigkeit

oder Delirium folgt, nach dessen Abklingen ein geistiger Defektzustand mit Charakterveränderung, Reizbarkeit, Alkoholintoleranz zurückbleibt. *Campbell* (Dresden).

**Slater, B. J.: Traumatic neurosis from the industrial point of view.** (Die traumatische Neurose vom Standpunkt der Industrie aus gesehen.) *N. Y. State J. Med.* **30**, 205—210 (1930).

Verf. ist ärztlicher Berater der Eastman Kodak Company und teilt Erfahrungen mit, die er in engem Zusammenhang mit der Fabrikleitung hinsichtlich der Beeinflussung der Unfallneurose machen konnte. Sorgfältige somatische und psychiatrische Untersuchung ergebe nicht selten, daß es sich bei vermeintlichen neurotischen Beschwerden tatsächlich um irgendwelche Organleiden oder um von einem Unfall unabhängige neurotische Reaktionen handele. So habe in einem Falle die Autopsie ein ausgedehntes Uteruscarcinom mit Befallensein einer Niere ergeben. (Der Beginn der Unfallneurose lag hier aber schon 14 Jahre zurück!) In einem anderen Falle mit psychogenen Anfällen nach Arbeit in heißer Kanalluft ergab die genauere psychiatrische Exploration, daß es sich in Wahrheit um eine Reaktion auf homosexuelle Erlebnisse handelte, nach deren Aufdeckung die Reaktion abklang. Die Unfallneurose sei ein Schutzmechanismus nicht etwa lediglich gegenüber der Arbeit als solcher, als vielmehr gegenüber unliebsamen Situationen überhaupt. Diesem Umstand müsse der Arzt mit großem Takt Rechnung tragen. Die Frage der Selbstverschuldung eines Unfalls oder des Verstoßes gegen die Betriebsordnung dürfe bei einem Unfallverletzten nicht aufgeworfen werden. Es sei Aufgabe des Arztes, seinen Patienten vor solchen Behelligungen zu bewahren. Ein sehr wichtiger Faktor sei die möglichst rasche Rückführung zur Arbeit, wenn nötig zu einer anderen Beschäftigung, was sich bei Zusammenarbeit mit der Werkleitung, die entsprechend ärztlich beraten werden müsse, meist bewerkstelligen lasse. Die richtige Plazierung an der Arbeitsstelle sei die Grundlage der weiteren Behandlung einer Unfallneurose. Auch solle man einem Unfallverletzten nicht die Rückkehr zur Arbeit diktieren, sondern ihn fragen, wann er sich wieder arbeitsfähig fühle, selbst auf die Gefahr hin, daß der Patient Vorteile daraus ziehe. Die Ergebnisse seien bei diesem Vorgehen besser, als wenn man die Rückkehr zur Arbeit erzwingen wolle, was nur Gegenvorstellungen hervorrufe. *Panse* (Berlin).

**Knoll: Unfallneurose und Reichsgericht.** *Mshr. Unfallheilk.* **37**, 105—107 (1930).

Die Auffassung, daß das Reichsgericht sich bezüglich der Rentenneurose auf einen anderen Standpunkt als das Reichsversicherungsamt und das Reichsversorgungsgesetz stellt, ist falsch. Auch das Reichsgericht hält die Behauptung, ohne den Unfall würde die Rentenneurose nicht bestehen, für rechtlich völlig unerheblich. Das Reichsgericht hebt aus den Bedingungen die als rechtlich erheblich aus, bei denen ein adäquater, ursächlicher Zusammenhang anerkannt wird. Neurosen, die lediglich auf Vorstellungen und Wünschen beruhen, lehnt es als Unfallfolgen ab. Ein ursächlicher Zusammenhang ist nicht mehr gegeben, wo nur ein äußerer Zusammenhang durch das Erleben des Unfalls und die Erinnerung an ihn besteht und das Rentenbegehren nachträglich durch einen Mangel an Widerstandskraft gegen die auftretenden Begehrungsvorstellungen zur Entfaltung gekommen ist. Auch die lediglich durch die Prozeßführung veranlaßte Neurose ist nicht Unfallfolge. Bei der völligen Übereinstimmung der rechtlich wesentlichen Fragen zwischen Reichsgericht und Reichsversicherungsamt zeigt sich doch ein Unterschied in der Anwendung der Grundsätze. Das Reichsgericht hält es für möglich, daß ein Unfall zunächst eine Körperschädigung oder wenigstens eine seelisch vermittelte Schädigung, (Schreck, Angst, Shock) wesentlich verursacht, und die Begehrungsneurose nur eine Verschlimmerung des Shocks darstellt, also mittelbar auch auf dem Unfall beruht. Weiter hält es das Reichsgericht für möglich, daß der Unfall die Willenskraft gebrochen hat, und infolgedessen der Verletzte den Begehrungsvorstellungen erlegen ist, denen er ohne diese Schwächung einen erfolgreichen Widerstand hätte entgegensetzen können. Verf. betont, daß das Reichsgericht diese Möglichkeiten für so selbstverständlich hält, daß es nicht für nötig hält, zu prüfen, ob ein derartiger

Zusammenhang nach den neuen Kenntnissen auf ärztlichem Gebiet überhaupt möglich ist. Es verwies daher eine Sache zur Prüfung der Frage, ob ein derartiger Zusammenhang gegeben ist, an das Oberlandesgericht zurück. Verf. betont aber, daß wohl kaum ein Fachmann die vom Reichsgericht angenommenen Möglichkeiten für gegeben erachten wird. Die abweichende Beurteilung einzelner Fälle durch das Reichsgericht beruhe auf mangelnder Kenntnis der ärztlichen Tatsachen und der herrschenden Lehrmeinung. Bei entsprechender medizinischer Aufklärung wird das Reichsgericht ebenso entscheiden müssen, wie das Reichsversicherungsamt. *K. Löwenstein (Berlin).*

**Maas, Otto:** Zur Beurteilung der nervösen Folgezustände nach Traumen. (*Hosp. Buch, Berlin.*) *Med. Klin.* 1930 I, 162—163.

Verf. weist auf der einen Seite darauf hin, daß die statistischen Feststellungen zeigen, daß die Mehrzahl der posttraumatischen nervösen Beschwerden nach einiger Zeit die berufliche Tätigkeit nicht wesentlich beeinträchtigen. Im einzelnen Falle ist der Ausschluß organischer Schädigungen trotz negativen Untersuchungsausfalles schwierig. Es gibt keine Prüfung, die Kopfschmerzen bestimmt als nichtorganischen Ursprungs zu kennzeichnen gestattet. Die Unterscheidung organischer und neurotischer Beschwerden ist oft schwierig. Es ist aber auch oft unmöglich zu entscheiden, ob vorhandene organische Symptome die Ursache der Beschwerden sind. Den Hocheschen und v. Weizsäckerschen Auffassungen, besonders bezüglich der Rechtsneurose, schließt sich Verf. an. Im übrigen müßte nicht nur die Befundaufnahme, sondern auch die Behandlung bei Kopfverletzten von vornherein durch psychiatrisch-neurologische Sachverständige stattfinden. *K. Löwenstein (Berlin).*

**Kaldewey, W.:** Zur Frage der Frühepilepsie nach Unfall. (*Psychiatr.-Neurol. Univ.-Klin., Leipzig.*) *Mschr. Unfallheilk.* 37, 161—169 (1930).

Ein sorgsames und klares Gutachten. Der Betreffende verlangt Rente, weil er durch einen Fall von einem Maste Epilepsie bekommen habe. Der Gutachter kommt zu folgender Auffassung: Ein Zeuge hat einen Schrei gehört, als auch schon Patient am Fuße des Mastes auf dem Boden lag und Krämpfe oder krampfartige Zuckungen hatte. Das muß daran denken lassen, daß der von dem Patienten ausgestoßene Schrei der Beginn eines epileptischen Anfalles gewesen ist und der Sturz vom Mast erfolgte, weil der Patient einen epileptischen Unfall bekommen hat. Dieser Verdacht ist um so begründeter, als sich epileptische Anfälle sehr häufig mit einem Schrei einleiten und frühepileptische Anfälle bei unkomplizierten Schädeltraumen zum mindesten ganz ungewöhnlich selten sind. Ferner ist darauf zu achten, daß der Patient zum Zeitpunkt des Auftretens des ersten Anfalles 19 Jahre alt gewesen ist, sich also in einem Alter befand, in dem nicht selten eine sog. genuine, d. h. in der Anlage schlummernde Epilepsie zum Ausbruch kommt. Ob Patient eine Gehirnerschütterung erlitten hat, die unter Umständen zu einer Verschlimmerung der Anfälle Anlaß gegeben hat, muß offen gelassen werden. *Bratz (Berlin-Wittenau).*

**Wolff-Eisner, A.:** Epilepsie und Kriegsdienstbeschädigung. (*Epilepsie und Trauma.*) *Münch. med. Wschr.* 1930 I, 193—195.

Verf. nimmt Dienstbeschädigung für Epilepsie an, die 9 Jahre nach eiterndem Fistelprozeß nach Oberschenkelamputation aufgetreten ist, nachdem in der Zwischenzeit nur leichtere, als „Vorwehen“ bezeichnete, nicht näher charakterisierte Anfälle bestanden haben. Er setzt die Möglichkeit auseinander, daß die Epilepsie durch das Trauma hervorgerufen ist. Die vom Gesetz verlangte Wahrscheinlichkeit für diesen Zusammenhang sieht er darin, daß jede erbliche Belastung zu fehlen scheint, keinerlei Begleiterscheinungen einer minderwertigen Konstitution aufzufinden sind, weiter, weil die genuine Epilepsie nur in 7% nach dem 20. Lebensjahr auftritt, und bei den Kriegsteilnehmern auch sonst ein gehäuftes Auftreten von Epilepsie beobachtet worden ist. (!) Verf. benutzt diese Begutachtung zu Angriffen gegen eine sich seiner Meinung nach bemerkbar gemacht habende Strömung, durch Auslegung bestehender Gesetze die Ansprüche und die Kosten der sozialpolitischen Gesetzgebung herabzusetzen. (Nicht nur wegen der Einseitigkeit der herangezogenen Argumente, sondern wegen der prinzipiellen Bedeutung, die eine derartige Begutachtung hat, wird Referent an anderer Stelle ausführlich dazu Stellung nehmen.) *K. Löwenstein (Berlin-Charlottenburg).*

**Mendel, Kurt: Über Reflexepilepsie. Ein Gutachten.** Med. Klin. 1930 I, 596.

Junger, immer imbeciller Mann, vor dem Unfall krampffrei, erleidet durch Überfahren einen Mittelfußbruch.  $\frac{1}{2}$  Jahr später beginnen Krampfanfälle, die am verletzten Fuß beginnen, dann auf der gleichen Seite aufsteigen, schließlich Bewußtlosigkeit und generalisierte Anfälle, keine Inkontinenz, kein Zungenbiß. Dauer des Anfalls 4—5 Minuten, hinterher Mattigkeit und Schwäche im linken Bein. Körperlicher Befund o. B. Psychisch: Imbecillität. Ein Anfall vom Verf. nicht gesehen. Verf. nimmt an, daß es sich um eine durch den Unfall ausgelöste Reflexepilepsie handelt, wenn auch eine angeborene zentrale gesteigerte Erregbarkeit vorliegen dürfte, wofür die Imbecillität spricht. Gegen die Annahme einer Reflexepilepsie spricht nicht das Fehlen einer Hautnarbe, eines Knochensplitters oder einer Nervengeschwulst. Druck auf alte Frakturstelle löst keinen Anfall aus. E.M. 30 %. F. Stern (Kassel).

**Hoffmann, Kurt: Anzeichen und Feststellung von Alkoholeinfluß bei Verkehrsunfällen.** Alkoholfrage 26, 73—80 (1930).

Der Führer eines Fahrzeuges gefährdet unter Alkoholeinwirkung stehend nicht nur sich, sondern auch die Fahrgäste und gegebenenfalls die Straßenpassanten. Der Verkehr wächst andauernd und gewaltig. In Berlin fährt jeder 46. Einwohner jetzt Auto. Häufig verschuldet Trunkenheit des Fahrers Unglücksfälle, öfters noch die der Fußgänger. Die Fälle von leichter Alkoholisierung sind die häufigsten, erscheinen aber kaum in der Statistik. Das Nerven- und Gehirngift Alkohol wirkt aber außerordentlich verhängnisvoll — oft schon in kleinen Gaben. Es beschränkt vor allem die Fähigkeit, auf einen Sinnesreiz mit einer raschen zielbewußten Bewegung zu antworten. Auf der anderen Seite fördert der Alkohol Tatendrang und Draufgängertum. Nicht zu vergessen ist, daß unter seinem Einflusse leicht auch Sehschärfe und Farbensinn leiden, auch Tastgefühl und Hörvermögen. In Dänemark wird der Fahrer nach einem Autounfall alsbald vom Polizeiarzt untersucht (Alkoholnachweis im Blut). Günstig haben u. a. die Verbote der Reichsbahn und Post gewirkt, wo im Dienst, teilweise auch vor Dienstantritt Alkoholgenuß untersagt wird. Im allgemeinen aber geht man darin im Auslande viel schärfer vor als bei uns. Jedoch bleibt die Aufklärung in der Beamten-schaft wie im ganzen Volk, besonders bei der Jugend, die Hauptsache. Flade.

**Sebastianini, G. Jannoni: Neurastenia, enterocolite mucoso-membranosa e causa di servizio. Perizia medico-legale in tema di pensione privilegiata.** (Neurasthenie, Enterocolitis membranacea und Dienstfolgen. Gerichtsärztliches Gutachten in Betreff einer außergewöhnlichen Rente.) *Istit. di Med. Leg., Univ., Roma.* Zacchia 8, 44—53 (1929).

Ein seit langen Jahren mit Arbeit und Verantwortlichkeit überbelasteter Polizeibeamter starb an einer an sich irrelevanten Coli-Infektion des Darmes, nachdem er seit 5 Jahren an Enterocolitis mucosa gelitten und wegen übertrieben strenger Dienstauffassung sich nicht hinreichend kuriert hatte, so daß ihn die Infektion entkräftet und widerstandslos antraf. Der Antrag der Witve auf Vorzugspension wurde zunächst durch mehrere Instanzen abgewiesen mit der Begründung, daß die vorliegende Enterocolitis Veränderungen der Darm-schleimhaut gesetzt habe, welche die Coli-Infektion begünstigten, und daß ein kausaler Zusammenhang zwischen der Überbürdung und dem Ableben nicht hinreichend erwiesen sei. Zu anderen Schlüssen kam jedoch das Gutachten des gerichtsarztlichen Instituts in Rom und zwar aus folgenden Gründen: 1. Das Übermaß der physischen und intellektuellen Arbeit des X. in seinem Dienst steht in ursächlichem Zusammenhang mit der Entwicklung einer Neurasthenie, die sich in seinem Verdauungsapparat in Form einer Enterocolitis membranacea manifestierte. 2. Diese Enterocolitis wurde, zum Teil auch durch die ihr folgende organische Entkräftung, Ausgangspunkt der Entwicklung einer Colienteritis, welche ihrerseits die Todesursache darstellt. 3. Das Ableben ist demnach als Dienstfolge zu betrachten. Im Anschluß an dieses Gutachten erfolgte die Bewilligung der Vorzugsrente. Liguori-Hohenauer (Illenau).

**Fischer, A. W.: Über die gutachtliche Beurteilung von Schäden der Wirbelsäule.** (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) Zbl. Chir. 1930, 1202—1208.

Objektives Symptom nur der Gibbus und eine bei den verschiedensten Bewegungen zu beobachtende Steifhaltung einzelner Wirbelsäulenabschnitte. Subjektiv und mit Vorsicht zu werten: Druckschmerzhaftigkeit, Beweglichkeitseinschränkung, Stauchungsschmerz. Evtl. Untersuchung in Narkose oder im Cocainrausch unter Zustimmung des zu Begutachtenden. In unklaren Fällen Zuziehung des Psychiaters zum Ausschließen der Hysterie. Die Röntgenuntersuchung erlaubt nur dem Erfahrenen die Vermeidung

von Verwechslungen. Fortlaufender Vergleich und Erfahrungen an Nichtversicherten wertvoll. Man muß stets an Begehrungsvorstellungen und Märtyrertum denken. Die ärztlichen Entscheidungen können nur Wahrscheinlichkeitsschlüsse sein, der ursächliche Zusammenhang muß wissenschaftlich überwiegende Wahrscheinlichkeit haben. „In dubio pro aegroto“ gibt es nicht. Pathologische Bedeutung der Schmorl'schen Knötchen als Substrat der Kümmeleischen Krankheit ist zu bezweifeln, selbst als Folge eines einmaligen Unfalls könnten sie kaum jahrelang Beschwerden machen. Zusammenhang zwischen Spondylitis def. und einmaligem Unfall lehnt Verf. ab, zumal man diese Erkrankung niemals im Anschluß an Wirbelbrüche der Jugendlichen sich entwickeln sieht. Verschlimmerung durch Trauma ist wohl möglich, da die spondylitische Wirbelsäule an Elastizität einbüßt und Schädigungen in erhöhtem Maße preisgegeben ist. Diese Schäden aber (Bandzerreißen, Knochenzackenbrüche) heilen in etwa 8—10 Wochen. Die durch die erzwungene Ruhigstellung verursachte Versteigerungszunahme wird in etwa 1 Jahre ausgeglichen sein. Insoweit besteht also ein Unfallzusammenhang mit Recht, wenn der Unfall nachgewiesen und Arbeitseinstellung unverzüglich danach erfolgt ist. Nachträgliche Konstruktion sehr häufig, weil die Kranken, durch Zufälligkeiten an ihr Leiden erinnert, zum Suchen nach einem Unfall veranlaßt werden. Viel weniger Schwierigkeiten macht die Begutachtung der Wirbelbrüche, wenngleich auch hier röntgenologisch Irrtümer oft vorkommen. Es sollten stets 2 zueinander senkrechte Bilder auch an der Wirbelsäule gemacht werden. Der Zusammenhang der Spondylolisthesis mit Unfall ist noch nicht geklärt. *Sievers.*

**Bleneke, August: Die Lunatumnekrose der Hand und ihre Beziehungen zum Unfall.** Acta chir. scand. (Stockh.) **67**, 91—133 (1930).

Die Lunatumnekrose ist in manchen Fällen eine isolierte Krankheit, die nicht mit einem Trauma in Zusammenhang gebracht werden kann. Sie kann auch durch wiederholte kleine Druckinsulte in gewissen Berufen verursacht sein. Dies ist die professionelle Form. Es gibt ferner rein traumatische Formen, wo ein bestimmtes Trauma die Ursache der Nekrose ist. Vom Versicherungsstandpunkte muß in diesen Fällen gefordert werden, daß das betreffende Individuum ein bestimmtes Trauma erlitten hat, welches die Handgelenksregion direkt getroffen hat, und daß es seiner Art und Stärke nach Fissuren oder Frakturen oder einen Schaden an den zuführenden Gefäßen verursachen konnte.

*Campbell* (Dresden).<sup>oo</sup>

**Weil, P.: Sekundenherztod und Überanstrengung.** Ärztl. Sachverst.ztg **36**, 214 bis 216 (1930).

Nach § 545a der RVO gilt auch der Weg nach und von der Arbeitsstätte als Beschäftigung im Betrieb.

Bericht über einen 48jährigen Mann, der an einem zeitweise dekompensierten kombinierten Mitralklappenfehler litt und bei raschem Lauf zu einem Kraftwagen einem Sekundenherztod verfiel. Im Erstgutachten, von anderer Seite ausgestellt, wurde „Betriebsunfall“ abgelehnt, da ein gesundes Herz einer derartigen einmaligen Anstrengung nicht erlegen wäre.

Verf. beantwortet die Frage, ob der Tod in ursächlichem Zusammenhang mit dem Gang zur Arbeitsstätte steht, bejahend, fügt jedoch hinzu, daß das rasche Gehen zwar von Bedeutung, nicht aber von wesentlicher Bedeutung bezüglich des Herzstillstandes gewesen ist. Für eine Privatunfallversicherung würde diese Entscheidung voraussichtlich andere Bedeutung haben, als für die öffentliche Unfallversicherung. *Breiger.*

**Wolff-Eisner, A.: Über den Zusammenhang zwischen Leuchtgasvergiftung und Lungentuberkulose.** Z. Tbk. **55**, 491—495 (1930).

Verf. veröffentlicht ein Gutachten, in dem für den vorliegenden Fall ein Zusammenhang abgelehnt wird. Einschlägige Literatur liegt nur in sehr geringem Umfange vor. *A. Freund.*

**Oesterlen, O.: Lungensyphilis als mittelbare D.B.-Folge.** Rechtsprechg u. Med. Gesetzgeb (Sonderbeil. z. Z. Med.beamte) **43**, 257—263 (1930).

20jähriger Soldat wird 1915 durch den Splitter einer Fliegerbombe verwundet, der links von der Wirbelsäule in der Höhe der 4. Rippe eingedrungen war. Ein infizierter Bluterguß machte bereits nach wenigen Tagen eine Rippenresektion notwendig. Röntgenbild zeigt hinter dem linken Schlüsselbein haselnußgroßen Splitter. Die zunächst bestehende

Fistel zeigte sich 1917 geschlossen. Es blieb eine Abflachung der linken Brusthälfte zurück. Nur im Bereiche der Resektionsnarbe geringe Schallabschwächung, sonst kein objektiv krankhafter Befund. Aber es bestehen immer noch dumpfe Schmerzen in der linken Schulter. 1922 wurde eine Fistel, welche zu dem Splitter, der hinter der Clavicula lag, führte, gespalten und letzterer entfernt. Dennoch blieb die Fistel bestehen und mußte im nächsten Jahre nochmals wegen Eiterretention und Fiebers wieder gespalten werden. Im Jahre 1927 starke Beschwerden in linker Brustseite und Rücken. 1928: Narben von Schußverletzung reaktionslos. Jetzt stellte sich heraus, daß er Vater eines totgeborenen Kindes ist. WaR. bei Patienten und dessen Frau stark positiv. Auswurf zeitweise blutig, gelatinös. Tuberkelbacillen: negativ. Klinisch Verdichtungssymptome über der linken oberen Lunge. Neosalvarsan 3,45. Danach erhebliche Besserung, so daß Patient aus der Klinik in häusliche Behandlung entlassen werden kann. Das Versorgungsamt hielt erstens die Diagnose Lungensyphilis für gesichert und nahm ferner die Möglichkeit an, daß die Kriegsverletzung den Boden für diese Syphilislokalisation abgegeben habe.

Anton Lieven (Bad Aachen).<sup>o</sup>

**Heller, Julius: Geschlechtskrankheiten und Unfall.** Dermatologia (Budapest) 3, 73—81 u. dtsch. Zusammenfassung 98 (1929) [Ungarisch].

**Heller, Julius: Die Bedeutung des „Unfalls“ für die Geschlechtskrankheiten.** Z. ärztl. Fortbildg 26, 771—777 (1929).

**Heller, Julius: The significance of industrial accidents for persons suffering from diseases of the genito-urinary organs.** (Die Bedeutung des Unfalls für die an Geschlechtskrankheiten leidenden Personen.) Urologic Rev. 34, 153—159 (1930).

Verf. zeigt, daß nach einzelnen Richtungen der Zusammenhang zwischen Unfall und Geschlechtskrankheiten größer ist, als man früher annahm, im allgemeinen aber sehr stark eingeschränkt werden muß. Er gibt eine Definition des Begriffes Unfall nach den vorliegenden Entscheidungen der hohen und höchsten Gerichte. Die heut nachgewiesene Widerstandsfähigkeit der Gonokokken gegen äußere Einflüsse läßt es möglich erscheinen, manche Infektionen als nicht genitale, sondern als gelegentlich durch indirekte Übertragung hervorgerufene Ansteckungen anzusehen. Übertragung von Syphilis bei der Krankenpflege und bei der Laboratoriumsarbeit (Heller weist auf die Häufigkeit der Berufsinfektion der Ärzte hin) sind als Unfälle anzusehen. Bei der Regelung der Unfallansprüche ist die Unübersehbarkeit der Folgen zu berücksichtigen. Schwierig ist die Frage, wie weit ein Unfall vorliegt, wenn eine bei der Berufsarbeit erfolgte Verletzung infiziert wird. H. bespricht dann die Folgen des Unfalls für bereits bestehende Geschlechtskrankheiten. Die Kriegserfahrungen haben gezeigt, daß man früher diese Folgen stark überschätzt hat. H.s eigene und vieler anderer befugter Sachkenner Beobachtungen sprechen nicht für eine weitgehende Beeinflussung der Unfallschäden durch die Geschlechtskrankheiten und der Geschlechtskrankheiten durch die Unfallschäden. Es werden abgehandelt die syphilitischen Symptome der Haut, der Muskeln, der Knochen, der Augen, der Ohren, des Gefäßsystems und des Herzens, des Zentralnervensystems insbesondere der Paralyse der Irren und der Tabes dorsalis. Es wird gezeigt, daß z. B. die durch die Syphilis bedingte Brüchigkeit der Knochen bei einer Tätigkeit, die die Grenze der normalen Beanspruchung nicht überschreitet, zu einem Fall führe, der dann als Unfall betrachtet wird. Es wird darauf hingewiesen, daß sog. paralytische Anfälle zu Verletzungen führen, die dann als Ursache der Gehirnkrankheit angesehen werden. Die Kasuistik und die Gerichtsentscheidungen sind der Arbeit selbst zu entnehmen. Heller (Charlottenburg).<sup>o</sup>

**Lickint, Fritz: Über die Beziehungen der Versicherungs- und Unfallmedizin zur chronischen Nicotinvorgiftung, insbesondere über Selbstbeschädigungen durch Tabak.** (Stadtkrankenh. i. Küchwald, Chemnitz.) Mschr. Unfallheilk. 37, 352—359 (1930).

Tabakschädigungen sind bisher in der Versicherungsmedizin nicht ausreichend berücksichtigt. Viele Krankheiten werden nicht als Nicotinfolgen erkannt, sondern als nervöse Sekretionsstörungen bzw. Nachkrankheiten alter Infektionen aufgefaßt. Die Erkrankungen der Tabakarbeiter weisen auf schwere Schädigungen im Sinne gesteigerter Morbidität hin. Verf. bringt zum Kapitel der Selbstverstümmelung interessante Fälle von Kriegskombattanten, die Tabak in Form von Rauch oder Absud schluckten oder der Haut und Schleimhaut inkorporierten. Leibbrand (Berlin).