

krankheiten) liegt vor, wenn der nicht als Arzt in Deutschland approbierte Heilbehandler die Aufschrift seiner Heilanstalt (mit Papier) wiederholt überklebt hat. Die Verteidigung des Angeklagten, er habe die Heilbehandlung der Geschlechtskranken den in seinem Institut angestellten Ärzten überlassen, ist hinfällig, weil er die durch sein Schild angelockten Kranken vorbereitend untersucht habe, was als Behandlung im weiteren Sinne anzusehen ist.

Heller (Charlottenburg).).

● **Herz, Heinz: Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und Aufgaben des Arztes nach dem Reichsgesetz vom 18. Februar 1927. (Der Arzt in Recht u. Gesellschaft. Von Lutz Richter. Beitrag 3.)** Leipzig: Robert Noske 1930. X, 203 S. RM. 10.—.

Umfassende, kritisch beurteilende, auf zahlreiche Quellen gestützte Betrachtung des RGBG., unter besonderer Berücksichtigung der sozialhygienischen Tendenz dieses Gesetzes; diese Betrachtung erfolgt vom Standpunkt der Öffentlichkeit und des Rechtes sowie der Rechte und Pflichten der beteiligten öffentlichen Körperschaften und Berufsgruppen unter besonderer Würdigung der Aufgaben des Arztes aus dem RGBG. Der Staat allein ist in seiner hoheitlichen Verwaltung zur Wahrung der Volksgesundheit um ihrer selbst willen berufen. Der Staat überweist dem Arzt im besonderen Maße aus dem RGBG. Aufgaben, die aus der individuellen Fürsorge und aus freiwilligen Leistungen hinüberführen in rechtlich gebundene, der Gesamtheit dienende Pflichten. Derartige Pflichten waren allerdings schon vorher vom Berufsbewußtsein als sittliche Pflicht anerkannt. Der Staat beruft den Arzt zum allein staatlich autorisierten Krankenbehandler, er setzt den nicht approbierten Heilbehandler sowie den Handel mit antivenerischen Mitteln und unlauteres Vorgehen unter Strafe; des weiteren wird das RGBG. in seiner Tendenz als strafrechtliches Nebengesetz nach dem Verwaltungsrecht und dem Sozialversicherungsrecht hin charakterisiert. Die Behandlung des Stoffes erfolgt unter Berücksichtigung der einschlägigen medizinischen, sozialen, ethischen und gesellschaftlichen Fragen.

Georg Loewenstein (Berlin).

### Versicherungsrechtliche Medizin.

**Grabe, E. v.: Beitrag zur Frage der Begutachtung Kopfverletzter.** Z. Neur. 128, 615—628 (1930).

Verf. bringt seine Erfahrungen von 56 Unfallgutachten der Friedenspraxis. Die mangelhafte Anamnese sowohl hinsichtlich der Vorunfallzeit wie des Unfallvorgangs wird mit Recht hervorgehoben. Das Röntgenbild des Schädels kann auch ohne Encephalographie in manchen Fällen wichtig sein, Fissuren, callöse Bildungen, Vertiefung der Venenzeichnung, wie Albrecht zeigte, aufweisen (freilich ist es Ref. doch fraglich, ob die in einem Fall hervorgehobene Erweiterung der Lambdanaht als Unfallfolge anerkannt werden darf, da man die breiten Nähte auch sonst finden kann). Nicht selten werden akzidentelle Erkrankungen, welche die Beschwerden in Wirklichkeit bedingen, wie Lues, Diabetes, Polycythämie übersehen. Die unzweckmäßige Beeinflussung des Zustandes durch mangelhafte ärztliche Atteste wird hervorgehoben; jeder Gutachter wird dem beistimmen müssen. Die Notwendigkeit psychologischer Experimentalprüfungen wird betont. Verf. schließt: Mit wachsender Erfahrung wird die Gutachtertätigkeit in Unfallsachen nicht leichter, sondern durch die vertiefte Erkenntnis der großen Kompliziertheit eher schwerer. F. Stern (Kassel).

**Isserlin, A.: Zum Thema Hirnsteckschüsse.** Dtsch. Z. Nervenheilk. 114, 305 bis 310 (1930).

Bei einem 1914 an der Stirn Verwundeten, der mit 10% Rente abgefunden und dessen Antrag auf Wiederberentung abgewiesen war, wurde bei der ersten Röntgenuntersuchung, die Verf. vornehmen ließ, ein Schrapnellgeschoss im Stirnhirn festgestellt. Verf. kennt keinen Fall, in dem nach so extrem langer Zeit ein Hirnsteckschuss entdeckt wurde (Ref. kennt aber mindestens einen eigenen, analog liegenden Fall: Infanteriesteckgeschoss). Die Ursache der Verkennung lag zum Teil in den anfangs geringen Beschwerden und dem Fehlen objektiver Störungen; Stirnhirnsymptome waren nicht vorhanden, vielleicht darum, weil das Geschoss sehr oberflächlich im Hirn saß. Bei der Schwere der Verletzung und den Gefahren, die dem Verletzten namentlich bei schwererer Arbeit drohen, wurde Patient als Schwerkriegsbeschädigter angesehen.

F. Stern (Kassel).

**Dammer, Max: Unfall und Hirngeschwulst.** (Augenklin. u. Path. Inst., Städt. Krankenanst., Essen.) Med. Klin. 1930 II, 1286—1289.

Fall 1: Commotio mit 5 Minuten langer Bewußtlosigkeit, dann weiter gearbeitet. Nach 14 Tagen treten cerebrale Beschwerden auf, die 3 Monate nach dem Unfall zum Tode führen. Sektion ergibt kleinapfelgroßes teleangiektatisches Gliom mit ausgedehnter Nekrose im

linken Schläfelappen, ausgedehnte Verwachsungen mit der Dura. Angesichts der Größe des Tumors  $\frac{1}{4}$  Jahr nach dem Unfall und dem Einsetzen der Beschwerden schon 14 Tage nach diesem wird ein ursächlicher Zusammenhang abgelehnt. — Fall 2: Daumengliedgroßes psammöses Endotheliom des Halsmarks bei Autopsie 3 Monate nach dem Unfall. Beginn der Beschwerden (Schmerzen in linker Schulter und linkem Arm) 1 Tag nach dem Unfall (angebliche Zerrung des linken Armes bei Heben). Ein weiterer Unfall (Knacken im Schultergelenk beim Koksreißen) etwa 14 Tage nach Einsetzen der Beschwerden. Ablehnung des ursächlichen Zusammenhangs. — Fall 3: Sarkom des rechten Schläfelappens. Unfall: Sturz beim Turnen mit Anschlagen des Kopfes ohne Commotionserscheinungen. Beginn von Sehstörungen (Stauungspapille) und Kopfschmerzen 2 Monate nach dem Unfall. Ablehnung des ursächlichen Zusammenhangs. Allgemein wird besonders auf die Rolle des zeitlichen Abstands zwischen Unfall und Beginn der Symptome Wert gelegt. *Strauss* (Frankfurt).<sup>o</sup>

**Trendel: Der traumatische Hydrocephalus in der Unfallmedizin.** Zbl. Gewerbehyg., N. F. 7, 139—142 (1930).

Der traumatische Hydrocephalus hat in der letzten Zeit erhöhte Beachtung gefunden. Verf. stellt zusammen, was die neuere Forschung und Erfahrung ergeben hat. Besondere Berücksichtigung findet die gerichtsärztliche Begutachtung. Diese stößt immer auf größere Schwierigkeiten, weil es kaum sichere Beweismittel gibt, daß die geäußerten Beschwerden bzw. die organischen pathologischen Befunde wirklich im Zusammenhange mit dem Trauma stehen. Die nachgewiesenen Veränderungen des Encephalogrammes haben für die rechtliche Beurteilung des traumatischen Hydrocephalus nur wenig Positives erbracht. Bei einem Teil der Fälle erwiesen sich später die vorgebrachten Beschwerden als funktionelle. Größte Vorsicht und sorgfältigste Untersuchung ist in allen Fällen angezeigt. *Henneberg* (Berlin).<sup>o</sup>

**Didsbury: Diagnostie de la migraine considérée au point de vue médico-légal.** (Diagnostik der Migräne, betrachtet vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 7. VII. 1930.*) Ann. Méd. lég. etc. 10, 594 bis 598 (1930).

Didsbury hat festgestellt, daß bei der Migräne die sensiblen Nerven, die subcutan verlaufen, deutlich als schmerzhafte Stränge fühlbar sind und daß häufig auch im Verlauf dieser Nerven sich kleine Anschwellungen finden, auf deren Druck Schmerzen geäußert werden. Bei der Palpation hat man den Eindruck, Stränge von der Dicke des Catguts Nr. 2, selbst Nr. 3 zu fühlen, während die Stirnnerven sich anfühlen wie Catgut Nr. 1. Verf. weist in längeren Ausführungen darauf hin, daß die Untersuchungsmethode es endlich auch in Fällen, wo der Verdacht auf Aggravation vorliegt, ermöglicht zu entscheiden, ob eine Migräne tatsächlich existiert, welche Seite betroffen ist und ob sie zeitlich früher als ein Eingriff oder ein Unfall bestanden hat, auf den evtl. vom Patienten seine Beschwerden zurückgeführt werden. Die gefundenen Symptome finden sich sonst nur zuweilen bei der Meningo- und Tuberkulose, die jedoch durch andere begleitende Symptome gut differentialdiagnostisch abzugrenzen ist. *Mylius.*<sup>o</sup>

**Brandis, W.: Epilepsie oder Hysterie oder Starkstromschädigung?** Med. Klin. 1930 I, 936—937.

Schwere Starkstromverletzung mit Bewußtlosigkeit und Krämpfen. Als Brückensymptome gelegentliche Schwindelanfälle. Im 5. Monat nach der Verletzung erster epileptischer Anfall; im gleichen Jahre noch mehrere, später ein Wutanfall von hysterischer Färbung nach Streit. Oberversicherungsarzt: Zweifellos Epileptiker, 50 proz. Unfallrente. Heilanstalt für Epileptiker: Keine Epilepsie, traumatische Hysterie, Unfallfolge, Erwerbsbeschränkung 25%. Universitätsklinik: Erster Anfall Unfallfolge, letzter nicht. Erwerbsbeschränkung 20%. Dementsprechende Entscheidung. Wichtig die Meinung der Klinik, daß Folgeerscheinungen nach Stromverletzung noch nicht so genügend bekannt seien, daß man bei organischer Färbung der Anfälle ohne weiteres Hysterie annehmen könne. Der ursächliche Zusammenhang mit dem Unfall könne nicht abgelehnt werden. *E. Braun* (Kiel).<sup>o</sup>

**Reichardt, M.: Epilepsie und Kriegsdienstbeschädigung. Epilepsie und Trauma.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Würzburg.*) Münch. med. Wschr. 1930 I, 602—603.

Zu den Ausführungen Wolff Eisners (vgl. diese Z. 16, 189) weist Verf. nach, daß die Beweisgründe von W. E. für die Annahme von D.B. bei Epilepsie nicht stichhaltig sind, insbesondere die Unrichtigkeit der Angaben W. E.'s, daß die Epilepsie nur

in 7% nach dem 20. Lebensjahre auftrete, daß sie im Kriege öfter als sonst aufgetreten sei, (die von W. E. angeführte Zahl besagt tatsächlich das Gegenteil), daß das Fehlen von Belastung gegen genuine Epilepsie spreche. Weiter führt er aus, daß W. E.'s Annahme, daß chronische Eiterungen eine Epilepsie bedingen, den ärztlichen und chirurgischen Erfahrungen in höchstem Maße widerspricht. Verf. warnt den medizinischen Sachverständigen, der Suggestion des *post hoc ergo propter hoc* zu verfallen und auf Grund zu allgemeiner oder sogar unrichtiger, *ad hoc* erst zurechtgemachter Beweisführung vorschnell zu einer Bejahung von Unfall- oder Kriegsfolgen zu gelangen. Der medizinische Sachverständige soll sein ganzes Wissen und Können einsetzen, um das Recht finden zu helfen. (Gegenüber den einseitigen, wirklich „*ad hoc* zurecht gemachten“ Beweisführungen W. E.'s sind diese Ausführungen wegen ihrer allgemeinen Bedeutung besonders wichtig. Ref.) *K. Löwenstein* (Berlin).<sup>o</sup>

**Herschmann, H.:** *Sind epileptische Anfälle nach der österreichischen Eisenbahn-dienstordnung als Gebrechen oder als Krankheit anzusehen? (Gerichtsärztliches Gutachten.)* Wien. klin. Wschr. 1930 II, 1199–1201.

Ein Verschieber, der kurz hintereinander 2 epileptische Anfälle erlitten hatte, wurde von der Bahnverwaltung nach 7 Monaten „wegen eines die Dienstfähigkeit aufhebenden Gebrechens“ in den Ruhestand versetzt. Der Angestellte klagte auf die vollen Bezüge für den Rest des Jahres, da eine Versetzung in den Ruhestand erst nach einjähriger Dienstunfähigkeit wegen Krankheit zulässig sei, die Epilepsie aber eine Krankheit sei.

Verf. schloß sich in seinem Gutachten dieser Auffassung an, weil die Epilepsie, besonders im vorliegenden Fall kein Dauerzustand, sondern ein in Entwicklung begriffener, dem Wandel unterworfer Prozeß sei, der ebensowohl heilen, wie sich verschlimmern und zum Tode führen könne. Die Dienstbestimmungen über Krankheiten der Angestellten sind hier ergänzungsbedürftig. Da die Bahn bei Krankheit die Dienstunfähigkeit zu beweisen hat, könnte dies bei einem, der bloß einmal einen epileptischen Anfall erlitten hat, ebenso wie nach einer Geistesstörung Schwierigkeiten ergeben, wenn Heilung behauptet wird. *Meixner* (Innsbruck).

**Ziegelroth, Lothar:** *Zur Frage: Schizophrenie und Kriegsdienstbeschädigung mit besonderer Berücksichtigung der Zwillingsforschung. (Landesheilanst., Nietleben b. Halle a. S.)* Arch. f. Psychiatr. 91, 107–161 (1930).

Verf. geht zunächst auf die neuere Literatur über die Zwillingspathologie ein und nimmt zur Frage der Auslösung schizophrener Erkrankungen durch äußere Einflüsse Stellung. Mit Recht wird die aus der Hallenser Klinik hervorgegangene Arbeit von Engelmann einer kritischen Betrachtung unterzogen. Weniger einverstanden kann man damit sein, daß der Verf. ausgerechnet die noch höchst problematische Permeabilitätsprobe von Walter als Hauptargument dafür anführt, daß die Schizophrenie „als organische Hirnkrankheit mit stark hereditären Bindungen aufgefaßt werden muß“. Es wird dann ein männliches, offenbar einziges, schizophrenes Zwillingspaar beschrieben. (Auch hier wieder eine unzulässige Überbewertung der Permeabilitätsquotienten!) Bei beiden Zwillingen wird die aktuell gewesene Frage der K.D.B. erörtert und, da die Verhältnisse völlig klarliegen, abgelehnt. — Ein grettes Licht auf die praktische Handhabung der Begutachtung Schizophrener, welche am Kriege teilgenommen haben, wirft die Tatsache, daß von 241 Kriegsteilnehmern, die schizophren geworden sind, nicht weniger als  $33 = 13,7\%$  eine Militärentreue auf Grund einer Schizophrenie erhalten! In welch unverantwortlich lacher Weise schnell fertig solche Zusammenhänge angenommen werden, belegt Verf. mit 5 drastischen Beispielen. — In einem letzten Teil endlich berücksichtigt Verf. die in den letzten Jahren über das strittige Problem entstandene Literatur und legt in weitgehender Anlehnung an diejenigen Forscher, welche sich für die schicksalsmäßige Entstehung der Schizophrenie ausgesprochen haben, die Richtlinien fest, nach denen der Zusammenhang von Schizophrenie und Kriegsdienst begutachtet werden sollte. *Kolle* (Kiel).<sup>o</sup>

**Kraft, Ph.:** *Zur Beurteilung der trophischen Störungen bei Syringomyelie. (Univ.-Hautklin., Heidelberg.)* Dermat. Wschr. 1930 I, 817–823.

Für die Beurteilung der trophischen Störungen bei Syringomyelie ergaben sich in vielen Fällen erhöhte Schwierigkeiten; ein möglichst klares Auseinanderhalten von Syringomyelie, Hysterie und Artefakt ist von besonderer Wichtigkeit. Fälle mit gemeinsamem Vorkommen von Syringomyelie und Hysterie wurden bereits wiederholt beschrieben (Bethmann, Neumeister, Neuberger u. a.).

Bei einem 38jährigen Melker handelt es sich um eine beginnende Syringomyelie (Sensi-

bilitätsstörungen, atrophische Parese des M. pectoralis major, nekrotische Hautveränderungen im sensibel-gestörten Gebiete. Skoliose); der auffallende Wechsel der Sensibilitätsstörungen spricht für die Mitwirkung einer neuropathischen Komponente, die stets gleiche Größe und kreisrunde Form der trophischen Ulcera, ihr handgerechter Sitz (an leicht zugänglichen Körperstellen, links bei einem Rechtshänder), ihr plötzliches Auftreten über Nacht für eine artefizielle Entstehung. Es handelt sich um einen weichlichen, arbeitsscheuen Menschen, bei dem die Sucht nach einer Rente und das Bestreben, sich vom Militärdienste zu befreien, als Motiv der Tat eine Rolle spielen können.

G. Stiefler (Linz).<sup>oo</sup>

**Runde: Renten neurose und Spruchverfahren.** Z. Neur. 126, 312—316 (1930).

Verständige Vorschläge von juristischer Seite zur Vereinfachung des Rentenverfahrens, durch die einerseits der Rentensucht der Boden mehr entzogen, andererseits aber auch den Wünschen der Versicherten durch Unabhängigmachung vom beauftragten Arzt Rechnung getragen werden soll.

Ewald (Erlangen).<sub>o</sub>

**Schanz, A.: Simulation? — Neurose? — Insufficientia vertebrae traumatica? Ein Gutachten, dem Reichsversicherungsamt erstattet.** Acta chir. scand. (Stockh.) 67, 706—716 (1930).

Gutachten. Ein negatives Röntgenbild schließt einen Wirbelschaden nicht aus. Es handelte sich im vorliegenden Falle nicht um Simulation oder um eine Begehrungsneurose, sondern um eine posttraumatische Wirbelerkrankung, und zwar um eine Insufficientia vertebrae traumatica. Diese Diagnose gründet sich nach Verf. auf die krankhafte Spannung der langen Rückenmuskeln, auf die Auslösung von Schmerz durch Beklopfen der Dornfortsätze, auf die Muskellähmung am rechten Bein, auf die subjektiven Beschwerden des Patienten und auf die Entstehungsgeschichte der Erkrankung. Behandlung: Rumpfgipsverband, dann Hüftbügelkorsett. 50% erwerbsunfähig.

Kurt Mendel (Berlin).<sub>o</sub>

**Zieler, Karl: Zur Entschädigungspflicht von Unfallneurosen.** (Klin. f. Hautkrankh., Univ. Würzburg.) Mschr. Unfallheilk. 37, 385—402 (1930).

Ausführliche Darstellung des über mehr als 12 Jahre währenden Rentenkampfes bei einem Fall von Neurodermitis. Diese wird von der Kranken in ursächlichen Zusammenhang mit einer tatsächlich ohne erwerbsmindernde Folgen abgeheilten Hautverbrennung gebracht. Die neurodermitischen Veränderungen haben „höchstens mittelbare Beziehungen zum Unfall, indem die Verletzte bewußt oder unbewußt alles getan hat, diese Veränderungen zu steigern bzw. zu erhalten und das Abheilen zu verhindern“. Die hierzu führende seelische Einstellung der Kranken stellt nach dem Urteil des R.V.A. vom 24. IX. 1926 (Ia 1609/25 und 1610/25) keine Unfallfolge dar. Somit sind auch die entsprechenden Hautveränderungen keine Unfallfolge.

Hans Strauß (Frankfurt a. M.).<sub>o</sub>

**Jossmann, P.: Renten neurose und Arbeitsfähigkeit.** (Psychiatr. u. Nervenkl., Charité, Univ. Berlin.) Nervenarzt 3, 474—481 (1930).

In einem auf Dienstunfähigkeit im Sinne von Ruhegeldbestimmungen gerichteten Gutachten führt Verf. aus, daß es sich um eine eindeutige hysterische Reaktion auf einen Unfall, der pathologische Veränderungen nicht hinterlassen hat, handelt, wobei bei den behaupteten Leistungsbehinderungen willkürliche Einstellungen die wesentliche Rolle spielen. Begünstigend für die Fixierung der psychogenen Reaktion war der von Haus aus vorliegende Mangel an Intelligenz. Eine Unfallsentschädigungspflicht wurde damit ausgeschlossen. Im Sinne der Entscheidung des R.V.A. vom 30. X. 1899 sei medizinisch eine Beeinträchtigung der Willensleistungen nur dann als krankhaft zu bezeichnen, wenn ihr eine organische Veränderung zugrunde liegt. Die Beeinträchtigung der Willensleistung bedarf einer eingehenden Analyse. Das Wesen der Willensäußerung läßt sich zweckmäßig an den Leistungen verdeutlichen, die den einzelnen Zuständen zugemutet werden können. Wenn die zur Krankheitsdemonstration nötigen Willenseinstellungen unbehindert eingenommen, die der Gesundung und Arbeitsleistung aber vermieden werden, wird man nicht schlechthin von Willenshemmung sprechen können. Die Zumutung der Arbeitsaufnahme kann sich auf die freie Willensbestimmung berufen, wie man derartigen Persönlichkeiten auch nicht den § 51 zuerkennen würde. Die Unverschriftheit der freien Willensbestimmungen bei psychogenen Reaktionen geht auch aus dem weiteren Verlauf, dem Abklingen entsprechend dem Erfolg der mit ihnen verfolgten

Zwecke, der Abweisung wie der Anerkennung der Ansprüche hervor. Verf. lehnt in seinem Falle die Dienstunfähigkeit ab. Er erwägt aber weiter, ohne daß damit die erst-getroffene Entscheidung der grundsätzlichen Fragen betroffen wird, ob der zu Begutachtende für den Dienst geeignet wäre. Mit Rücksicht auf die düftige Intelligenz, die durch die Dauer der Angelegenheit und unzureichende Therapie eingetretene Fixierung, verneint er die Diensteignung. So wird der Arbeitsfähigkeit zur Charakterisierung von Zuständen, die bei ihrer Unversehrtheit eine Hemmung des Arbeitswillens zeigen, der Begriff der Arbeitseignung gegenübergestellt. Die Behandlungsfähigkeit renten-neurotischer Zustände beweist keineswegs Arbeitsunfähigkeit. Die Psychotherapie ist das Mittel der Wahl für die Beeinflussung der Arbeitseignung. Dienstunfähigkeit und Diensteignung sind also zu trennen. Die Anerkennung der einen schließt die der anderen nicht ein.

*K. Löwenstein (Berlin).*

**Desclaux, Louis, et René Gauducheau:** *Un cas d'accident du travail par coup de revolver dans le menton.* (Betriebsunfall durch Revolverschuß ins Kinn.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 10. III. 1930.*) Ann. Méd. lég. etc. **10**, 357—359 (1930).

Kupferschmiedelehrling schießt sich bei Reparatur eines geladenen Revolvers zufällig ins Kinn. Einschuß rechte Kinnseite. Röntgenaufnahme ergab: Kugel im Magen, nach 6 Tagen durch After ausgeschieden; starke Schwellung des Kinns und der rechten Halsseite, die schnell zurückging. Bereits nach 5 Tagen aus klinischer Behandlung entlassen. Heilung ohne Komplikationen; in 12 Tagen nur noch punktförmige Narbe am Kinn. Patient klagte bei Entlassung darüber, daß er den rechten Arm nicht heben könne. Befund: Rechter Deltoidmuskel tritt weniger hervor als links. 3 Wochen elektrische Behandlung. Patient klagt über verringerte Muskelkraft rechts. Rechter Oberarm 24, linker 25 cm. Armbewegungen normal, Sensibilität o. B. Kinnarbe nicht schmerhaft, oto-rhino-laryngologische Untersuchung völlig negativ. Nach der Darlegung des elektrischen Befundes „faradische Untererregbarkeit des m. Deltoid., galvanisch o. B., sogar lebhafte, blitzartige Zuckungen, aber von schwacher Ausdehnung, keine Entartungsreaktion“ muß es dem Ref. überhaupt fraglich erscheinen, ob eine organische Lähmung vorliegt. Die Mitteilung des Befundes hat eine solche in keiner Weise erwiesen. Vortäuschung einer Lähmung und Fehler in der Untersuchungstechnik sind nicht ausgeschlossen. Die Diagnose „Nervenerschütterung“ lenkt darauf hin, daß es sich vielleicht um eine hysterische Lähmung handelt und daß jetzt in Frankreich nach Einführung der Unfallversicherung dieselben Fehler begangen werden, wie seinerzeit in Deutschland.

*Buhtz (Heidelberg).*

**Steinthal: Thrombose, Thrombosebereitschaft und Embolie in der Unfallkunde.**  
Dtsch. Z. Chir. **227**, 454—462 (1930).

Es wird eine Reihe von Fällen mitgeteilt über Thrombose und Embolie und ob derartige Fälle ausschließlich Folgen eines Unfallen sind oder ob andere Faktoren mitgewirkt haben. Verf. kommt zu dem Schluß, daß in allen Fällen von Thrombose nach Verletzungen, sei sie rein lokal beschränkt oder eine sog. fortschreitende Fern-thrombose, die Thrombose als Unfallfolge voll anzuerkennen ist, wenn der Erststehungsort in dem Verletzungsgebiete liegt. Daran ändern gleichzeitig einwirkende andere Momente, wie Störungen innerhalb des Zirkulationsapparates (von seiten des Herzens) nichts, weil nicht angenommen werden muß, daß ohne den Unfall eine Thrombose sich sowieso herausgebildet hätte. In allen Fällen, in denen der Entstehungsort der Thrombose fern ab von der Verletzungsstelle liegt, ist eine sorgfältige Abwägung der begleitenden Umstände nötig. Schwere Herzfehler, konstitutionelle, toxische, infektiöse Erkrankungen, gleichzeitig oder kurz vorher dem Unfall vorangegangen, können zu einer Thrombosenbereitschaft führen, die entweder auch ohne den Unfall sich hätte auswirken können, oder so, daß der Unfall nur ein nebenschüchliches Moment darstellt. Dann heißt es eben, in Prozenten abzuschätzen, wie viel dem Unfall, wie viel den anderen Momenten zuzusprechen sind. Bestimmte Regeln können zur Zeit noch nicht aufgestellt werden.

*H. Stegemann (Dortmund).*

**Scheel, Hans:** *Simulation jahrelanger Hämoptysen.* (Beitrag zur Kasuistik.) (*Sophienheilst., Thüring. Landesversich.-Anst., Bad Berka [Ilm].*) Münch. med. Wschr. **1930 I**, 980.

Bericht über einen mit der größten Raffiniertheit vorgehenden 100%-Militärrentner, der es verstanden hatte, durch außerordentlich geschickt nachgemachte größere Hämoptysen

jahrelang die behandelnden Ärzte, Heilstätten und das zuständige Versorgungsamt über seinen Gesundheitszustand zu täuschen. Eine ihm im Jahre 1920 für ein im Felde entstandenes Lungenleiden gewährte Rente von 15% wußte er auf 100% heraufzudrücken. Der Simulant hatte bei Beginn der Kur Gesicht, Kleider und Taschentuch ausgiebig mit Tierblut benetzt, um eine Lungenblutung vorzutäuschen, um gleich von vornherein den Eindruck eines Schwerkranken zu erwecken. Er hatte niemals in Gegenwart eines Arztes, niemals in der Heilstätte, dagegen immer kurz zuvor, u. a. auf der Toilette usw., ohne Nennung von Zeugen eine Hämoptoe erlitten.

Es bleibt deshalb zu fordern, daß, ehe eine jahrelange Erwerbsminderung von 100% auf Grund dauernder Hämoptysen anerkannt wird, eine wiederholte fachärztliche Untersuchung oder noch besser eine kurze Beobachtung in einer geeigneten Anstalt erfolgt. *Schellenberg* (Ruppertshain i. Taunus).<sup>oo</sup>

**Schad, M.: Zur Frage der Bedeutung des einmaligen Traumas für die Entstehung des Krebses und den Verlauf des Leidens.** (*Samariterhaus, Heidelberg.*) Z. Krebsforschg 32, 43—52 (1930).

Es werden 2 Krankengeschichten beigebracht, aus denen hervorgeht, daß ein Schleimhautcarcinom und ein Epithelcarcinom der Haut sich innerhalb weniger Monate nach Schußverletzungen entwickelt haben. Man dachte in beiden Fällen zuerst an Keloide. Die Diagnose wurde aber jedesmal mikroskopisch gesichert. Nicht ganz auszuschließen ist, daß an den hier vom Schußkanal berührten Stellen eine Keimversprengung oder eine sonstige lokale Veränderung als disponierendes Moment vorhanden war. Auf experimentellem Wege kann man willkürlich eine Disposition zum Krebs erzeugen und dieselbe so weit steigern, daß ein einmaliges Trauma zur Auslösung der bösartigen Neubildung genügt. In der Literatur über die Unfallbegutachtung ist von erfahrenen Ärzten eine ganze Anzahl einschlägiger Fälle berichtet. Die kurzen Latenzzeiten prävalierten nach den Traumen gegen die Magengegend, nach den Verletzungen der Zunge und der äußeren Genitalien. Bei den mehr als 50jährigen überwog eine unter 1 Jahre liegende Latenzzeit. Auffallend ist dabei die unverhältnismäßig große Zahl jüngerer Personen, und daß bei älteren die Latenzzeit überwiegend kürzer ist als bei diesen. Oft entwickelt sich die Neubildung in unmittelbarem Anschluß aus offenen, nicht glatt heilenden Wunden oder Narben. Für die Anerkennung eines einmaligen Traumas als auslösende Ursache der Krebsentwicklung ist der Nachweis eines präcancerösen Zustandes oder von Brückensymptomen zu fordern, die eine dauernde Veränderung des betreffenden Organs beweisen. Nicht die Stärke des Traumas, sondern die Höhe und Dauer der Reaktion des Organs sind zu berücksichtigen. Ferner muß das betreffende Organ entweder direkt vom Trauma getroffen werden oder mindestens indirekt in nachweisbarem Grade mitverändert erscheinen.

*Bruno Sklarek* (Charlottenburg).<sup>oo</sup>

**Holfelder, Hans: Über Begutachtung von Wirbelschäden.** Röntgenprax. 2, 865 bis 875 (1930).

Nächst den Unfallneurosen dürften die Erkrankungen und posttraumatischen Veränderungen der Wirbelsäule zur Zeit das umstrittenste Gebiet in der Unfallbegutachtung sein. In allen Fällen ist die Ergänzung der sagittalen Aufnahme durch die seitliche unerlässlich. Die Frage, ob und wo Abweichungen von der Norm vorhanden sind, muß in jedem Fall restlos geklärt werden. Die Beantwortung der Frage, ob die gefundenen Veränderungen Folgen eines vorausgegangenen Traumas sind, läßt sich bei dem heutigen Stand unserer Kenntnisse hingegen nicht immer befriedigend beantworten. Verschiedene Ursachen können zu den gleichen Formveränderungen führen. Die Unterlassung einwandfreier Röntgenaufnahmen unmittelbar nach dem Unfall ist ein Fehler, der sich nicht wieder gutmachen läßt. — Frische, ausgesprochene Wirbelkörperbrüche sind im allgemeinen leicht zu erkennen. Schwieriger ist die Diagnose der Querfortsatzbrüche. Hier muß der Nachweis einer Dislokation gefordert werden. Veraltete Querfortsatzbrüche mit pseudarthrotisch aneinanderliegenden Fragmenten können zur Verwechslung mit Lendenrippen Anlaß geben. Leicht ist die Entscheidung, wenn ein sofort nach dem Unfall angefertigtes Bild zum Ver-

gleich vorliegt, das im Falle einer Fraktur scharfe Bruchkanten aufweist. Wirbelbogenfrakturen sind im allgemeinen erst dann erkennbar, wenn sich sekundäre Knochendeformitäten gebildet haben, während der Befund auf der sofort nach dem Unfall angefertigten Aufnahme negativ sein kann. Eine Spondylolisthesis infolge Wirbelbogenbruch erkennt man daran, daß sich die vordere und die hintere Kontur des Wirbelkörpers treppenförmig absetzt. Auf die hintere Kontur ist besonders zu achten, da der vordere stufenförmige Absatz mit Eintritt der Verknöcherung des Längsbandes oft verschwindet. (Auf die Anschauung, daß der Spondylolisthesis eine angeborene Anomalie, eine Spaltbildung, zugrunde liegt, so daß Traumen des täglichen Lebens zu ihrer Entstehung ausreichen dürften, geht Verf. nicht ein. Ref.) Die feineren Verletzungen der Wirbelkörper, die sog. Stauchungsbrüche, können sich primär völlig dem Nachweis entziehen. Sie können aber später zur Entwicklung Schmorlscher Knorpelknötchen Anlaß geben. Doch sind die Knorpelknötchen kein Beweis für ein Trauma, auch machen sie in der Regel nur geringe Beschwerden. Eine generalisierte Spondylitis deformans wird man nicht mit einem Unfall in Zusammenhang bringen, dagegen wird man sich bei einer circumscripten Spondylitis deformans im Zweifelsfall zugunsten des Verletzten entscheiden. Gering sind unsere Kenntnisse über die Entstehung der Spondylitis ankylopoetica. Es werden in neuerer Zeit immer mehr Fälle bekannt, wo sich eine circumscripte Spondylitis ankylopoetica an der Stelle einer Gewalteinwirkung entwickelte. Während bei der kongenitalen Synostose zweier Wirbelkörper der Wirbelblock nichts an seiner Höhe einbüßt, geht die Zerstörung einer Zwischenwirbelscheibe durch Fraktur immer mit einem Substanzverlust des Knochens einher. Die ein- oder doppelseitige Sakralisation des 5. Lendenwirbels darf nie als Unfallfolge bewertet werden. Fast alle Arten von Tumoren und Infektionskrankheiten können einen einzelnen Wirbel befallen. Führt eine derartige Erkrankung zum Zusammenbruch eines Wirbels, so geschieht dies auf Grund eines Verlustes an Knochensubstanz, während bei der Fraktur eines zuvor gesunden Knochens der zertrümmerte Knochen irgendwie zur Seite ausweichen muß. — Die lehrreiche Abhandlung enthält 19 Abbildungen. *Campbell* (Dresden).<sup>oo</sup>

**Jáki, Julius:** Beiträge zur Lehre von den Wirbelsäuleverletzungen. (Chir. Klin., Univ. Debreczen.) Arch. orthop. Chir. 28, 640—679 (1930).

Fälle mit totaler Rückenmarksquerläsion gehen fast alle in den ersten Wochen und Monaten zugrunde. In solchen Fällen sind auch Frühoperationen ganz aussichtslos. Bei der Begutachtung von Wirbelverletzungen muß darauf hingewiesen werden, daß selbst Kompressions- und Luxationsfrakturen mit Rückenmarkbeteiligung wieder vollkommen arbeitsfähig werden können, erst recht Fortsatz- und Bogenbrüche.

*F. Stern* (Kassel).<sub>o</sub>

**Schuberth, K., und Vilma Mayr-Weber:** Besteht ein Zusammenhang zwischen Trauma und Knochentuberkulose? (Steiermärk. Landes-Sonnenheilstätten, a. d. Stolzalpe.) Beitr. Klin. Tbk. 74, 668—671 (1930).

Die angegebenen Prozentzahlen schwanken in sehr großen Grenzen von 0,7—47%. Jeder Einzelfall bedarf sehr einer individuellen Auffassung. Verf. berichtet an Hand von 300 Fällen aller Altersklassen vom 2. bis zum 66. Lebensjahr, daß eine gewisse Regelmäßigkeit unter all den Fällen bestünde. Er teilt die Bedingungen, unter denen sich eine Knochentuberkulose entwickeln kann, in 3 Gruppen ein: 1. Ein bereits latent vorhandener Knochenherd wird durch ein Trauma manifest, das Trauma spielt keine andere Rolle als der Merker bei den Meistersingern. 2. Ein Trauma führt zu einer Gewebsschädigung, die ein Locus minoris resistentiae wird, in dem sich eine hämatogene tuberkulöse Metastase bildet. Das Trauma ist zur Erklärung der Entstehung einer Knochentuberkulose überflüssig. 3. Eine offene Wunde wird von außen her tuberkulös infiltriert. Solche Fälle sind dem Verf. nur vom Hören sagen bekannt. Ein größerer Teil der Krankheitsfälle wußte nichts von einem vorausgegangenen Trauma.

*Schellenberg* (Ruppertshain i. T.).<sup>oo</sup>

**Boysen, Otto: Aktinomykose als Spätfolge von Kriegsverletzungen.** Zbl. Chir. 1930, 1532—1534.

Verf. veröffentlicht im Anschluß an 2 von ihm veröffentlichte Fälle von Strahlenpilzerkrankung der Beckengegend, die lange nach der Kriegsverwundung klinisch als Aktinomykose in Erscheinung traten, jetzt einen dritten Fall. Betroffen ist ein 45-jähriger Landmann L. O., der als Pferdepfleger bei der Artillerie August 1917 einen Beckengranatschuß erhielt. Operation und mehrfache Nachoperationen, ohne daß die Fistel sich je schloß. 1929 gelang durch Excochleation der Fistel der *Aktinomyces-Nachweis*. In den früheren Fällen ist der Zusammenhang der Strahlenpilzerkrankung mit der Kriegsverletzung anerkannt, im letzten Falle ist ein Zusammenhang vom obersten Versorgungsgericht abgelehnt (Autoritäten-gutachten). Verf. betont, daß das Gerichtsurteil in diesem Falle noch kein Beweis für die Richtigkeit der Auffassung wäre, es liegt ihm daran (siehe 59. Vers. der Naturforscher und Ärzte 1886 v. Bergmann), darauf aufmerksam zu machen, wie langsam eine Strahlenpilzerkrankung verlaufen kann. (Vgl. diese Z. 13, 66.) *E. Glass* (Hamburg).<sup>o</sup>

**Kissinger, Philipp: Bauchfelltuberkulose und Trauma.** Ärztl. Sachverst.ztg 36, 228—231 (1930).

Gelegentlich eines Gutachtens über die Zusammenhangsfrage: Bauchfelltuberkulose und Trauma bei einem 36-jährigen Bergmann, der 3 Monate nach einer fieberhaften tuberkulösen Erkrankung der Lunge an Bauchfell- und Bauchdrüsentuberkulose verstarb, äußert sich Verf. dahin, daß ein Zusammenhang von folgenden Bedingungen abhängig gemacht werden kann: 1. Fehlen von Unterleibsbeschwerden und zugleich volle Arbeitsfähigkeit bis zum Unfall. 2. Nachweis der Erheblichkeit des Bauchtraumas, der Körpererschütterung oder der Schwächung des allgemeinen Kräftezustandes. 3. Enge zeitliche Beziehung zwischen Unfall und Beginn der Erkrankung. 4. Annahme einer Verschlimmerung nur dann möglich, wenn im unmittelbaren Anschluß an ein Trauma eine plötzliche Wendung zur Verschlimmerung eintritt. 5. Die Ehefrau behauptete nach der Beerdigung, daß ihr verstorbener Mann kurz vor der Lungenerkrankung 4 Unfälle erlitten habe, 2 Zeugen bestätigten diese Angaben, konnten aber ein bestimmtes Datum nicht angeben. Die Unfallansprüche wurden abgelehnt. Beim Berufungsverfahren konnte Verf. sich nicht dazu bekennen, daß die von den Hinterbliebenen angegebenen Vorfälle den Tod des Bergmanns wesentlich beschleunigt hätten. *Schellenberg* (Ruppertshain i. T.).<sup>o</sup>

**Zumbusch, Leo v.: Gutachten über Furunkulose als Dienstbeschädigung.** Dtsch. med. Wschr. 1930 II, 1354—1356.

Zumbusch führt die Furunkulose auf eine zeitlich individuelle Disposition zurück, die auf bekannte (z. B. Diabetes) oder unbekannte Allgemeinstörung bzw. auf Herabsetzung des Ernährungszustandes beruht. Die zweite Voraussetzung ist eine lokale Infektion mit Eitererreger, die außer durch allgemeine Ursachen auch durch lokale Einwirkungen (Stoß, Verletzung) begünstigt werden kann. Das Zusammentreffen aller prädisponierender Faktoren verbunden mit der mangelhaften Sauberkeit bewirkte die Furunkulose-epidemie in der Kriegs- und Nachkriegszeit. Mit dem Schwinden der Voraussetzungen ist auch diese Kriegsfurunkulose geschwunden. Es ist somit ausgeschlossen, daß eine noch Jahre nach Kriegsende vorhandene Furunkulose ursächlich mit dem Militärdienst zusammenhängt und als Dienstbeschädigung anzusehen ist. *Heller* (Charlottenburg).<sup>o</sup>

**Rawkin, J. G.: Psychopathologie der gewerblichen Massenvergiftungen.** (Psychiatr. Abt., Obuch-Inst., Moskau.) Z. Neur. 127, 407—414 (1930).

Verf. führt aus, daß der eigenartige Charakter der neuropsychischen Reaktionen bei gewerblicher Massenvergiftung durch das Zusammentreffen von 3 wesentlichen Momenten bedingt sei, 1. des psychogenen, 2. des exogenen im engeren Sinne (des toxischen) und 3. des kollektiv-massenhaften. Das klinische Bild habe 3 Etappen oder Perioden: 1. die prodromale, vorbereitende, die Periode der beginnenden allgemeinen Erregung; 2. die zentrale wesentliche der akuten Reaktion, die nach dem Typus des Kurzschlusses, in Form einer Explosion auftrete, und 3. die des Abklingens der Reaktion und Wiederherstellung des normalen Zustandes. Den neuropsychischen Reaktionen bei Massenvergiftungen liege trotz einer Reihe hysterischer psychogener Überlagerungen eine toxische Schädigung des zentralen Nervensystems zugrunde, diese werde verstärkt und sensibilisieren den Organismus a) durch den Einfluß des schlechten

Geruches, der das erste alarmierende Signal darstelle, welches eine Reaktion der gespannten Aufmerksamkeit hervorrufe, die allgemeine Erregbarkeit steigere, und zur allgemein gespannten Atmosphäre führe; b) durch die verschiedenartigen emotional-negativen Erlebnisse oder katastrophalen Momente; c) durch die Kollektivität, die den emotionalen Zustand stark steigere und zu einer so großen Erregung der Hirnrinde führe, daß der geringfügigste Reiz schon hinreiche, um zur Explosion zu führen; d) die angespannte Arbeit und e) die vorangehende langdauernde chronische Vergiftung. Es scheine deshalb begründet, einen besonderen Typus einer exogen-kollektiven Reaktion abzugrenzen.

Jacobi (Gießen).°

**Zangerer, Hr.: Erfahrungen über Quecksilbervergiftungen.** Arch. Gewerbepath. 1, 538—560 (1930).

Der Verf. berichtet über die verschiedenen Formen, Gelegenheiten und Ursachen der gewerblichen Quecksilbervergiftungen im Laufe der Entwicklung der Industrie sowie über experimentell wissenschaftliche Untersuchungen in verschiedenen Berufen (z. B. Quecksilbernachweis im Harn und in der Luft, besonders bei zahnärztlichem Hilfspersonal) und seine eigenen langjährigen Erfahrungen, die er an Hand von Fällen aus den verschiedensten Berufsgruppen (Herstellung physikalischer Apparate, Vakuumindustrie, Zahnärzte, Amalgamherstellung usw.) sammeln konnte. Die Fälle werden nach Symptomen gruppiert und gegenübergestellt, auf eigenartige Quecksilberwirkungen und besondere Vergiftungsgelegenheiten sowie familiäre Disposition, Hauserkrankungen und atypische Krankheitsbilder eingegangen. — Als beste Prophylaxe wird systematischer Arbeitswechsel empfohlen. Bei der Vielgestaltigkeit und Unregelmäßigkeit der Symptome gibt es für die Ausschaltung der Arbeiter außer schweren Krankheitsfällen noch kein entscheidendes Prinzip. Engelhardt (Berlin).°

**Chiri, Camillo: Avvelenamenti professionali da gas tossici. Intossicazione cronica da ossido di carbonio e da solfuro di carbonio.** (Berufliche Vergiftungen aus toxischen Gasen. Chronische Intoxikation aus CO und CS<sub>2</sub>.) (Clin.-Med. Gen., Univ., Pavia.) Boll. Soc. med.-chir. Pavia 44, 423—432 (1930).

Es wird berichtet über 2 Fälle von Vergiftungen. Im 1. Falle handelt es sich um einen bei einer Leuchtgasfabrik angestellten Arbeiter, der vor 10 Jahren wegen einer schweren und überraschenden Gaseinatmung lange Zeit krank lag. Die damaligen Symptome (Asthenie, starker Kopfschmerz, Erbrechen, Arbeitsunfähigkeit) waren schon 2 Monate nach dem Anfalle vorüber, aber große Schwäche, Zittern, das von kleinen, besonders an den Armen lokalisierten Erschütterungen begleitet war, wie auch eine empfindliche Anämie, sind noch vorhanden. Der 2. Fall ist von einem Mann, der 16 Monate nach seinem Eintritt in eine Fabrik für künstliche Seide von der folgenden Symptomatologie betroffen wurde: allgemeine Müdigkeit, Reizbarkeit, Kopfschmerzen, häufige Schweiße, Schlaflosigkeit, Hals- und Augenschmerzen, Zittern am rechten Arme, das nur in der Ruhe verschwindet, Konstipation, Harnschwierigkeit.

Als Vorbote einer Vergiftung von CS<sub>2</sub> sind vom Verf. folgende schon bekannte Symptome angegeben: Blutveränderungen (Abnahme des Hämoglobingehalts, Zunahme der mehrkernigen Zellen), Polyneuritis oder nur Bewegungs- und Sehvermögensstörungen. Diese Anzeichen sind nach Verf. genügend, um dem praktischen Arzt eine baldige Entfernung von der Arbeit des schon von der Vergiftung betroffenen Arbeiters anzuraten.

S. Segre (Turin).°

**Werther: Über die gewerblichen Chromsäureschädigungen.** (Stadtkrankenh., Dresden.) Dtsch. med. Wschr. 1930 I, 1098—1099.

Chromsäureschädigungen, die in Gerbereien, Färbereien, Tapetenfabriken, Holz- und Steinätzereien vorkommen, entstehen durch Lösungen oder chromhaltigen Staub bei direkter Einwirkung auf Haut und Schleimhäute; sie treten auf als Entzündungen mit Schwellungen und Gelbfärbung, als nässende, zum Teil eitrige Ekzeme oder als Geschwüre, letztere können auch tiefere Gewebe angreifen und in der Nase zu Septumperforationen führen. Prädisponierend wirken fettlösende Mittel (Benzol, Aceton, Alkohol) und Aufweichung der oberen Hautschichten durch Schweiß, Schnupfen, Kleister, Laugen, Säuren u. ä.; kleine Hautverletzungen sind die Vorstadien der Schädigung. Die Chromekzeme sind der Behandlung gut zugänglich, rezidivieren aber manch-

mal sofort nach Wiederaufnahme der Arbeit. An der Hand eines Gutachtens, das er kürzlich zu erstatten hatte, diskutiert Werther die Schwierigkeit, die sich bei der Diagnose der Chromekzeme bei den Lithographen dadurch ergibt, daß hier noch verschiedene andere Schädigungen ursächlich werden können. Man sollte daher die in diesem Gewebe auftretenden Ausschläge eher allgemein als Lithographenekzem bezeichnen. In der Reichsverordnung vom 11. II. 1929 fehlen auffallenderweise die Chromsäureschädigungen, ebenso wie die Polierkrätze und die Pikrinsäureschädigungen, obgleich sie den davon Betroffenen ebenso die weitere Ausübung seines erlernten Berufes unmöglich machen können, wie die chronisch rezidivierenden Hauterkrankungen der Galvaniseure und die durch Teer, Ruß oder exotische Holzarten verursachten Gewerbeberkrankheiten.

W. Fischer (Berlin).<sup>o</sup>

**Bonhoeffer, Karl:** Über die neurologischen und psychischen Folgeerscheinungen der Schwefelkohlenstoffvergiftung. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Berlin.*) Mschr. Psychiatr. 75, 195—206 (1930).

In den letzten 24 Jahren wurden 14 Krankheitsfälle zur Frage der CS<sub>2</sub>-Vergiftung des Nervensystems in der Berliner Psychiatrischen und Nervenklinik beobachtet. So schwere Fälle, wie sie in früherer Zeit geschildert wurden, waren unter ihnen nicht. Von den Untersuchten waren 8 Gummiarbeiter, 6 in Spinnstoff-Fabriken tätig. Die Dauer ihrer Beschäftigung lag zwischen 1 Woche und 20 Jahren. Von den vegetativen Organen war vor allem der Magen am Krankheitsbild beteiligt. Es wurden Magenbeschwerden verschiedener Art angegeben, ferner Speichelfluß, Appetitlosigkeit, Stuhlträgheit und gelblich belegte Zunge gefunden. Neuritische Erscheinungen waren in 9 Fällen deutlich, jedoch ohne größere motorische und sensible Funktionsstörungen. Abschwächung oder Verlust der Reflexe, in erster Linie der Achillesreflexe, wurde beobachtet. Diese Neuritis der Extremitätennerven zeigte günstigen Verlauf. Bei 3 Kranken wurde eine retrobulbäre Opticusneuritis gefunden. In 2 Fällen wurden Gehörstörungen von der Ohrenklinik als toxische Acusticusschädigung angesehen. Kopfschmerzen, Schwindel, Benommenheitsgefühl, nicht selten auch Erbrechen sind häufige Vergiftungsfolgen. Verbindung von innerer Aufgeregtheit mit Müdigkeit und Schlaflosigkeit bei Neigung zum Einschlafen während der Arbeit scheint eine charakteristische Klage zu sein. Ein Kranker berichtete über Rauscherscheinungen mit fröhlicher Stimmung, lautem Benehmen und großer Mitteilsamkeit bei sich und seinem Mitarbeiter. Dieser maniforme Symptomenkomplex mit Benommenheit, Taumeln, Müdigkeit und Schlafstörung scheint die typische Erscheinungsform der akuten CS<sub>2</sub>-Vergiftung zu sein. Psychische Dauerdefekte wurden nicht beobachtet. Ausführlich ist ein Krankheitsfall mitgeteilt, bei dem es unter sicherer CS<sub>2</sub>-Vergiftung zu einem schizophrenieverdächtigen Symptomenbild kam. Es wird die Frage gestellt, ob etwa CS<sub>2</sub>-Vergiftung bei vorhandener Anlage eine endogene Psychose in Gang bringen oder zu sog. schizophrenen Reaktionen führen kann. Seelert (Berlin-Buch).<sup>o</sup>

**Boidin, L., L. Rouquès et G. Albot:** Ictère grave toxique par le tétrachloréthane chez une ouvrière perlière. (Schwerer Ikterus durch Tetrachloräthan bei einer Perlarbeiterin.) Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, III. s. 46, 1305—1312 (1930).

Eine 23jährige Arbeiterin wurde unter Zeichen schwerster Gelbsucht, mit einem vesicopustulösen Exanthem am 15. I. 1930 in das Hospital eingeliefert und starb eine Stunde nach ihrer Einlieferung. Die nachträglich erhobene Anamnese ergab, daß sie seit 4—5 Monaten in einer Fabrik damit beschäftigt war, künstliche Perlen in einer Lösung von Weißfischschuppen in Tetrachloräthan einzutauchen. Bald nach ihrem Eintritte in die Fabrik zeigte sie Erbrechen, Kopfschmerzen, kalte Schweiße und Schwindelgefühle, gegen den 15. XII. hatte sie Nausea und begann gelb zu werden. Trotzdem arbeitete sie 8 Tage weiter, am 21. XII. unterbrach sie die Arbeit. Die Stühle wurden farblos, der Harn dunkel, es zeigte sich etwas blutiges Erbrechen. Am 14. I. verschlimmerte sich plötzlich der Zustand, gegen 5 Uhr abends wurde sie ängstlich, verlangte ins Spital gebracht zu werden, um 8 Uhr wurde sie sehr unruhig, biß sogar ihre Schwester, schließlich verfiel sie in Koma. Die Autopsie der Leber ergab im wesentlichen das Bild der akuten gelben Leberatrophie, dessen Einzelheiten mitgeteilt werden. Die chemische Untersuchung ergab — wie zu erwarten war — ein negatives Resultat.

Eine Nachschau in der betreffenden Fabrik ergab, daß die Arbeitsräume nicht entsprechend ventilirt waren, daß sich die Tetrachloräthandämpfe, weil dichter als Luft, zu Boden geschlagen hatten. 3 Arbeiterinnen waren an Ikterus erkrankt. 2 hatten die Arbeit bald verlassen, die dritte (die Patientin) hatte trotz des Ikterus weitergearbeitet. Das vesico-pustulöse Exanthem scheint ein terminales gewesen zu sein, wie es bei degenerativen Hepatitiden öfter vorkommt. *Kalmus* (Prag).

**Rosenthal-Deussen, Erika:** *Vergiftungen in einer Fliegenfängerfabrik durch ein Homologon des Anilins.* Arch. Gewerbeopath. 1, 380—396 (1930).

Verf. berichtet über Gesundheitsschädigungen, die bei den Arbeiterinnen einer Fliegenfängerfabrik dadurch hervorgerufen wurden, daß dem Fliegenleim, um ihn geschmeidig zu erhalten, ein gewisser Prozentsatz (etwa 1—1½%) einer Amidoverbindung der aromatischen Reihe zugesetzt worden war. Die Vergiftungerscheinungen zeigten ein spezifisches Bild, das einerseits durch die vom Anilin und Toluidin bekannten klinischen Symptome, andererseits durch ein charakteristisches, an Benzolvergiftung erinnerndes Blutbild gekennzeichnet war. *Weber* (Berlin).<sup>o</sup>

**Rohrschneider, W.:** *Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Auge.* (Univ.-Augenklin., Berlin.) Strahlenther. 38, 665—683 (1930).

Verf. gibt eine kurze, aber doch vollständige Übersicht über die Wirkungen der Röntgenstrahlen auf das Auge. Daß durch die Röntgenstrahlen, und zwar durch die härtere Strahlung eine Lichtempfindung im Auge erzeugt wird, kann als sicher gelten. Offen ist nur die Frage, ob diese Empfindung ausgelöst wird durch direkte Reizung der Stäbchen und Zapfen oder auf dem Umwege über eine Fluorescenz des Netzhautgewebes. Praktisch verwertbar für Blinde mit intaktem Sinnesepithel ist diese Röntgenwirkung jedoch nicht wegen des schädigenden Einflusses der Strahlen auf die verschiedenen Teile des Auges. Die Gewebe des Augapfels sind in recht verschiedenen Graden strahlenempfindlich. Am leichtesten geschädigt wird die Linse, die mit Trübungen, ähnlich denen bei Glasbläserstar, erkrankt. Die sonst in der Hauptsache beobachteten Strahlenschädigungen sind: an der Bindehaut Schlängelung und Ausweitung der Gefäße, an der Hornhaut Schädigungen des Epithels, seltener auch Trübungen der Substantia propria, an der Uvea Gefäßschädigung mit vermehrter Durchlässigkeit der Gefäßwandung, an der Netzhaut Veränderung der Ganglienzellen, Erkrankung des Sehnerven durch Röntgenstrahlen ist bisher nicht beobachtet worden. Alle diese Schäden kommen natürlich hauptsächlich bei direkter Bestrahlung des Augapfels zu stande, aber auch bei Bestrahlung der Umgebung, wenn der Augapfel nicht genügend geschützt wird. Daher muß soweit wie möglich ausreichender Augenschutz angebracht werden. Berufliche Augenschädigungen durch Röntgenstrahlen kommen bei Röntgenärzten selten vor und auch dann nur in Verbindung mit schweren Hautschäden. Häufiger sind berufliche Augenschädigungen bei Personen, die mit der Herstellung von Röntgenröhren beschäftigt sind (Ingenieure, Arbeiter). Sie erkranken hauptsächlich an Röntgenstar. *Jendralski* (Gleiwitz).

### Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

● **Kretschmer, Ernst:** *Medizinische Psychologie.* 4., verm. u. verb. Aufl. Leipzig: Georg Thieme 1930. 266 S. u. 24 Abb. RM. 16.—.

In einer Zeit, in welcher — wie gerade jüngst durch Forcierung einseitiger geisteswissenschaftlicher Richtungen in der Psychotherapie und Psychologie — die Erfahrungen der Naturwissenschaft geradezu vergewaltigt werden, wie es beispielsweise nach Ansicht des Ref. in dem neuesten Buch über Homosexualität von Alfred Adler geschieht, muß das längst allgemein anerkannte Werk des Verf. zur Orientierung für außermedizinische und außerpsychiatrische Kreise besonders empfohlen werden, zumal auch in der neuen Auflage das Gesamt-rüstzeug der naturwissenschaftlichen Erfahrungen auf biologischer Grundlage in objektivster Weise gemeinverständlich dargestellt ist. Die Betonung des psychophysischen Ablaufs unter Berücksichtigung der Hirnstammforschung, die berechtigte Neubebelung der Wernickeschen überwiegigen Idee, sowie die weise Auswahl der durch die Psychanalyse einigermaßen gesicherten psychischen Mechanismen einschließlich der soziologischen Erfahrungen macht diese Neu-