

Kramer: Die Gallspach-Institute und wir. Z. Med. beamte 43, 305—307 (1930).

Auf Grund einer erfolgreichen Klage der Ärztekammer Hannover gegen ein dortiges Gallspach-Institut, die zur Verurteilung nach § 1 des Wettbewerbsgesetzes führte, empfiehlt Verf. in einschlägigen Fällen Beantragung einstweiliger Verfügung auf Grund des genannten Gesetzes. Von Interesse ist, daß das Gericht in der Urteilsbegründung vorausgesetzt hat, daß durch Anwendung der Gallspach-Methode irgendeine Heilwirkung zweifellos nicht zu erzielen ist.

Brieger (Sprottau).

Versicherungsrechtliche Medizin.

Robineau: Le risque opératoire. (Das Operationsrisiko.) (Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 10. XI. 1930.) Ann. Méd. lég. etc. 10, 705—709 (1930).

Robineau wendet sich gegen den von Brisard erhobenen Vorschlag, daß die zu Operierenden vor dem Eingriff eine Versicherung gegen das unvermeidliche (nicht durch Kunstfehler des Operateurs bedingte) Operationsrisiko eingehen sollen. Da die Versicherungsdauer natürlicherweise nur kurz wäre, müßten die Prämien hoch werden. Dies würde manchem Kranken den Entschluß zur Operation erschweren. Die unvermeidliche Diskussion des Risikos vor jedem Eingriff müßte den Patienten noch mehr ängstigen und verwirren. Dazu kämen die Fragen der Kontrolle des Operateurs durch die Versicherungsgesellschaften sowie die Sucht der Geschädigten, auch aus unvermeidlichen Operationsfolgen Kapital zu schlagen. Der beste Schutz der Patienten liegt in den Fortschritten der Chirurgie. Es ist mehr wert, den Schaden zu vermeiden, als eingetretene Schäden pekuniär zu kompensieren. (Vgl. Brisard, diese Z. 16, 184.) *W. Eisner.*

Wie ist die Begriffsbestimmung „erhebliche Erkrankung“ in der Zeit zwischen ärztlicher Untersuchung und Zahlung der ersten Prämie auszulegen? Münch. med. Wschr. 1930 II, 2093.

Ein Versicherter erkrankte im Zeitraum zwischen vertrauensärztlicher Untersuchung und Zahlung der ersten Prämie an Stirnfurunkel und starb 6 Tage nach telegraphischer Anweisung der Prämie an Hirnhautzündung. LG. und OLG. verurteilten die Gesellschaft zur Zahlung, das RG. hob das Urteil des OLG. auf und verwies die Sache an einen anderen Senat zurück. Die Beklagte hat sich durch die Versicherungsbedingung davor schützen wollen, daß, obgleich die ärztliche Untersuchung ein günstiges Ergebnis hatte, bereits zur Zeit der ersten Prämienzahlung beim Versicherten eine Krankheit eingetreten war, die in der Folgezeit zu seinem Tode führen würde, also eine „erhebliche“ Krankheit. Das RG. rügt, daß nicht geprüft worden sei, ob die Krankheit an sich zum Tode führen konnte, oder nur infolge unerwarteterweise von außen herantretenden Einwirkungen so schlimm geworden sei, daß sie zum Tode führte. Nur im ersten Falle liegt eine „erhebliche“ Erkrankung im Sinne der Versicherungsbedingung vor.

Giese (Jena).

● **Weizsäcker, Viktor v.: Soziale Krankheit und soziale Gesundung.** Berlin: Julius Springer 1930. 52 S. RM. 2.80.

Das Büchlein ist hervorgegangen aus einem Vortrag in der Berliner psychotherapeutischen Vereinigung. Behandelt wird zunächst der Begriff der Arbeitsfähigkeit mit dem Ergebnis, daß es heute nach Lage der Dinge kein zulägliches Verfahren zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gibt — ein Tatbestand, der von nachdenklichen Gutachtern in zunehmendem Maße als schmerzlich empfunden wird. Verf. entwickelt weiterhin die Situation des Patienten nach Abklingen der eigentlichen Krankheitsercheinungen, die er als 2. Krankheit, als Situationskrankheit bezeichnet; dieser wird die Situationstherapie gerecht, wie sie unter des Verf.s Leitung in seiner Heidelberger Behandlungsstation geübt wird. „Sie besteht darin, daß der Arzt von Anfang an durch Eröffnung einer Arbeitsgemeinschaft mit dem Kranken mit ihm sozusagen an den Tatort der Neurose geht, als ob er selbst in derselben Situation stünde und so, was die Erkenntnis- und Urteilsbildung anlangt, sich ihm hinsichtlich der Ebene gleichstellt. Dabei bleibt seine Autorität als Kenner der Krankheit und auch als evtl. besserer Kenner der tatsächlichen Rechtslage unangetastet.“ Im einzelnen dient dem Heilzwecke gemeinsames Leben in der Abteilung der Klinik zur Erzielung gewisser Gemeinschaftserlebnisse, die sich den Kranken auch für später stark einprägen, sodann die reichliche

Einbeziehung der Umwelt zur Herstellung therapeutisch günstiger Situation in Anwesenheit des Arztes, endlich eine möglichst vollständige Beeinflussung der Personen und Verhältnisse, mit und in denen lebend der Kranke seine Neurose gebildet hat. Auszüge aus Krankengeschichten behandelter Fälle illustrieren die Ausführung des Programms. In 78% aller Fälle war die Behandlung erfolgreich. Der eigentliche Zweck dieses Unternehmens ist, festzustellen, wo eigentlich die Reform in Sachen der Unfallneurose vom ärztlichen Standpunkte aus einsetzen muß. *A. Hoche* (Freiburg i. Br.).⁹

● **Serog, Max: Nervenärztliche Gutachtertätigkeit. Dargestellt für die praktizierenden Ärzte.** Leipzig: Georg Thieme 1931. 60 S. RM. 3.60.

Das Bedürfnis nach kurzen zusammenfassenden Darstellungen neurologisch-psychiatrischer Gutachtertätigkeit für den Praktiker kann gewiß bejaht werden, wenn man Gelegenheit hat tagtäglich Fehler, wo nicht gar Hilflosigkeit oder Leichtfertigkeit im Attestieren bei manchen Ärzten festzustellen. Man kann es deshalb nur begrüßen, wenn Serog im Beginn seiner kompendiösen Darstellung derartige Fehler geißelt. Das Büchlein enthält viele für den Praktiker nützliche Winke, wenn auch Ref. nicht mit allen Ansichten im neurologischen Teil übereinstimmt. Vor allem müßte der Unglücksausdruck traumatische Neurosen ganz ausgemerzt und das Kapitel der psychogenen Reaktionen nach Unfällen umgestaltet werden. Denn das müßte doch eins der wesentlichsten Ziele solcher Kompendien sein: dem praktischen Arzt immer von neuem eindringlich zu machen, welche Gefahren und Schäden diese vermeidbaren Versicherungsreaktionen mit sich bringen, und wie daneben die rein psychotraumatischen Reaktionen zurücktreten.

F. Stern (Kassel).

Moerchen, F.: Die ethische Seite des Neuroseproblems. Z. Neur. 129, 191—208 (1930).

Verf. hebt zunächst hervor, wie notwendig es ist, die Begriffe Krankheit, Schwäche und Leiden scharf voneinander zu trennen, und gibt ihre Definitionen. Dann betont er, daß für unser Handeln als Ärzte und Gutachter nur das entscheidend ist, daß jede Störung einer Organfunktion ein Leiden bedeutet. Fließende Übergänge zwischen Neurose und Simulation gibt es grundsätzlich nicht. Für das neurotische Geschehen als solches kommt eine Verantwortlichkeit der sittlichen Persönlichkeit nicht in Frage; sie beginnt aber da, wo es sich um das Verhalten des Menschen im Leiden handelt, da wo die Versuchung beginnt, aus dem Leiden Gewinn zu ziehen; hier entsteht der Kampf um die Bedeutung, die Anerkennung des Leidens durch die Umwelt. Aber diese zusätzliche Leidenssymptomatik ist scharf zu trennen von der Symptomatik, die ursprünglich, primär und schicksalsmäßig mit der Krankheit, der Schwäche, dem Leiden verbunden ist. Gerade für die Abwendung der aus der Sozialversicherung und sonstiger öffentlicher Fürsorge drohenden Schäden ist von größter praktischer Bedeutung die Erkenntnis, daß ein großer, oft der wesentlichste Teil der Leidenssymptomatik bei Krankheit und Schwäche wie bei der Neurose seine ursprüngliche Quelle in der ethischen Einstellung der Persönlichkeit zum Leiden hat. Als Arzt haben wir die Pflicht, dem Schwachen klar zu machen, daß Ansprüche an das Leben sich nur auf Leistungen gründen können. Und die Grenzen unseres Mitleides mit Kranken und Schwachen sind da gezogen, wo die berechtigten und lebenswichtigen Interessen der Gesamtheit und des einzelnen Mitmenschen verletzt zu werden drohen. Jene Erziehung des Kranken stellt neben der symptomatischen Therapie seiner Beschwerden die Aufgabe des Arztes dar, erst in letzter Linie auch die Begutachtung. Erst das Verhalten des Neurotikers in und nach der Behandlung entscheidet darüber, ob er als krank oder leidend anzusehen ist, ob er Anspruch auf eine Entschädigung erheben kann, welche Leistung an Arbeit in oder außerhalb des Berufes ihm zugemutet werden kann. Der „Hysterie“ muß durch die Behandlung ihre biologische Zweckmäßigkeit entzogen werden. *Haymann* (Badenweiler).

Menzel, Rudolf: Renten-Neurose im Anschluß an eine organische Erkrankung. Kasuistischer Beitrag zur Symptomatologie der mediastinalen und paratrachealen Lymphdrüsentuberkulose. Beitr. Klin. Tbk. 74, 672—676 (1930).

Bei einer im allgemeinen ruhenden Kriegstuberkulose tritt im Anschluß an einen Schub in die mediastinalen und paratrachealen Drüsen eine schwere Störung der Atemfunktion durch mechanische Behinderung der Atemwege auf. Bei Rückbildung dieser Erkrankung bis zur

Heilung werden die Krankheitssymptome von einer durch unterbewußten Rentenwunsch hervorgerufenen Organneurose in steigendem Maße ersetzt, ja sogar übertrieben. Durch hohe Renteneinschätzung und gleichzeitige zielbewußte Behandlung konnte der organische Krankheitsprozeß zur Abheilung gebracht werden. Der Neurose gegenüber erwies sich aber die klinische Therapie machtlos, da sie am passiven Widerstande des Patienten scheiterte. Brüské Herabsetzung der Invalidenrente nach Abheilung der organischen Erkrankung unter Berücksichtigung einer Schonfrist änderte zwar nichts an dem Krankheitsfall, macht aber Kriegsbeschädigte offenbar wieder arbeitsfähig. *Schellenberg* (Ruppertshain i. T.).^{oo}

Reichardt, M.: Inwieweit hat eine Partei, die für erwerbsbeschränkende Unfallfolgen zu zahlen hat, auch zu haften für Krankheiten oder seelische Vorgänge, die medizinisch keine Folge des Unfalles selbst sind? (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Würzburg.*) Ärztl. Sachverst.ztg 36, 179—184 (1930).

Eine erneute Darlegung der besonderen Reichardtschen Meinungen in Sachen der nervösen Unfallfolgen. *A. Hoche* (Freiburg i. Br.).^{oo}

Reichardt, M.: Über die nervösen Unfallfolgen. I. Schreck- und Shockwirkung. (*Psychiatr.- u. Nervenklin., Univ. Würzburg.*) Med. Klin. 1930 II, 1214—1216.

Reichardt, M.: Über die nervösen Unfallfolgen. II. Die übrigen nervösen Unfallreaktionen. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Würzburg.*) Med. Klin. 1930 II, 1359 bis 1363.

Die grundsätzliche Stellungnahme Reichardts in der Frage der nervösen Unfallsfolgen ist bekannt; in den vorliegenden Mitteilungen gibt er eine Zerlegung der vor kommenden Dinge von seinen speziellen Gesichtspunkten her. Er unterscheidet: I. Die seelisch-nervösen Unfallfolgen, II. die organischen Unfallfolgen, III. die sog. Unfallneurose bzw. die Gesamtheit der seelischen Entschädigungsreaktionen, IV. die Gesamtheit der vom Unfall und vom Entschädigungsverfahren unabhängigen Äußerungen der nervösen Anlage und der sonstigen fehlerhaften Konstitution, sowie das Heer der sog. komplizierenden Erkrankungen aller Art, die auch ihrerseits zu sekundären affektiven Reaktionen führen können. *A. Hoche* (Freiburg i. Br.).^{oo}

Bernocchi, Filippo: L'emotività costituzionale patologica e la nevrosi traumatica. (Die konstitutionelle pathologische Emotivität und die traumatische Neurose.) (*Clin. d. Malatt. Nerv. e Ment., Univ., Palermo.*) Ann. Clin. med. e Med. sper. 20, 33 bis 42 (1930).

Allgemein gehaltene Ausführungen über das Wesen und die Grundlagen der traumatischen Neurose. Nach Ansicht des Verf. entsteht sie bei Individuen, die eine entweder konstitutionell bedingte oder aber erworbene pathologische Emotivität haben. Diese drückt sich in einer anomalen Lebhaftigkeit und Dauer der Reaktionen auf die verschiedensten Reize aus. Auf dem Boden dieser pathologischen Emotivität entstehen infolge der zahlreichen individuellen Differenzen die verschiedensten Zustandsbilder. Die Unheilbarkeit mancher Fälle von traumatischer Neurose erklärt sich nach Verf. aus bleibenden Störungen der endokrinen Vorgänge, die durch die heftigen und lange anhaltenden Erregungen bedingt wurden. *Hans Strauss* (Frankfurt a. M.).^{oo}

Jossmann, P.: Über die Frage des ursächlichen Zusammenhangs eines neurotischen Zustandes mit einer angenommenen gewerblichen Berufserkrankung. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Berlin.*) Allg. Z. Psychiatr. 93, 264—280 (1930).

Es wird ein ausführliches Gutachten über die in der Überschrift genannte Frage mitgeteilt, das allerdings nur auf Grund des Aktenstudiums, nicht eigener Untersuchung erstattet worden ist. Von den Vorgutachtern war eine Neurose angenommen worden, die sich im Anschluß an eine im Verlauf des Verfahrens bereits anerkannte Bleivergiftung entwickelt haben sollte. Im mitgeteilten Gutachten wird wahrscheinlich gemacht, daß überhaupt nie eine Bleivergiftung vorgelegen habe, daß es sich vielmehr um eine Thyreotoxikose gehandelt habe, und daß jetzt wohl sehr viele Zutaten im Sinne der Rentenneurose hinzugekommen sein dürften. Verf. betont an der Hand des Falles die Wichtigkeit möglichst frühzeitiger und allseitiger Anwendung der einschlägigen Untersuchungsmethoden. Er hebt weiter hervor, wie unhaltbar in solchen Zusammenhängen Argumentationen sind, die ohne klinische Begründung, nur auf

dialektischem Wege vorgehen. Endlich weist er darauf hin, daß sogenannte psychische Traumen im Gefolge von gewerblichen Berufskrankheiten überhaupt nicht in Betracht kommen können.

Haymann (Badenweiler).^o

Šalabutov, K.: Zum Symptomenkomplex der traumatischen Neurosen. Vrač. Delo 12, 1212—1215 (1929) [Russisch].

Verf. beschreibt einen Fall von traumatischer Neurose nach einer Granatexplosion. Der vor der Erkrankung tätige und energische Mann trug ein völlig verändertes Wesen zur Schau: er wurde apathisch, willenlos und lehnte jede Tätigkeit ab. Auch nach Gewährung einer Rente blieb der Zustand unverändert, so daß der Kranke in ein Siechenhaus gebracht werden mußte. Im Anschluß an diesen Fall beschreibt Verf. einen ähnlichen Fall, bei dem aber kein Trauma vorhanden war. Verf. glaubt, daß im ersten Fall die Veränderung der Persönlichkeit durch destruktive Veränderungen im Zentralnervensystem infolge des Traumas bedingt war.

Wolpert (Berlin-Schlachtensee).^o

Giarrusso, Gesualdo: La neurastenia in medicina legale militare. (Die Neurasthenie in der militärischen gerichtlichen Medizin.) Arch. di Antrop. crimin. 50, 689—708 (1930).

Eine durch flotten Stil und übersichtliche Darstellungsweise ausgezeichnete Zusammenfassung der wichtigsten modernen Gesichtspunkte in der Semiotik und Differentialdiagnose der Neurasthenie und ihrer gerichtlich-medizinischen Beurteilung unter besonderer Berücksichtigung der militärischen Erfordernisse. *Imber* (Rom).^o

Engelhardt, L.: Ein hysterischer Unfallschwindler im Spiegel der ärztlichen Gutachten. Ärztl. Sachverst.ztg 37, 9—11 (1931).

Mitteilung eines alten, aber heute besonders bemerkenswerten Falles, eines Mannes, der von seinem 24. Lebensjahr an 6 Jahre lang, 1902—1908, eine Reihe von Versicherungsgesellschaften durch erfolgreich betriebene Betrügereien, vorgetäuschte Unfallschäden um insgesamt 20000 Mark ausgebeutet hat. Der Schwindler hat jedem Arzt genaueste Mitteilungen über einen neuen Unfall gemacht, die früher vorgetäuschten Unfälle verschwiegen, und es verstanden, zahlreiche Ärzte irrezuführen, die Beckenbruch, Bruch der Wirbelsäule, Quetschung des rechten Beinerven, Rückenmarksquetschung, Rückenmarksblutung, Lähmung der Blase, beider Beine und des linken Armes diagnostizierten, bis er schließlich entlarvt, als hysterischer Simulant erkannt wurde. Darauf Einleitung eines Strafverfahrens, Verurteilung wegen Betrugs in 4 Fällen zu 4 Jahren Gefängnis, 5 Jahren Ehrverlust.

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

Minkowski, M.: Klinisches und Pathologisch-anatomisches zur Frage der traumatischen Hirnschädigung und ihrer Folgezustände. (Nervenpoliklin. u. Hirnanat. Inst., Univ. Zürich.) Schweiz. med. Wschr. 1930 II, 701—710.

Auf Grund von 3 Fällen, 2 klinisch beobachteten und 1 Sektionsfall, erörtert Verf. vor allem die organische Komponente im Krankheitsbild der Schädelverletzten. Bei den beiden klinischen Fällen handelt es sich um ein Gemisch lokalisierter, zum Teil auch auf „Contrecoup“ beruhender, Ausfallserscheinungen, allgemeiner Hirnschädigung und psychogen bedingter Beschwerden. Im ganzen kommt Verf. zu dem Schluß, daß organische Schädigungen viel häufiger und ihre Folgen viel ernster und langdauernder sind, als im allgemeinen angenommen wird. Zu den erwähnten allgemeinen Störungen rechnet er Kopfschmerzen, die durch Ablenkung nicht, wohl aber durch Liegen und Ruhe günstig beeinflußt werden, Schwindel, cerebrales Erbrechen, Ermüdbarkeit, Kraftlosigkeit, Anfälle verschiedener Art, Intoleranz gegen Alkohol und andere Gifte, Hemmung des Affektlebens und anderseits Reizbarkeit, Gedächtnisschwäche und Erschwerung des Gedankenablaufs, Herabsetzung von Potenz und Libido. Der Verlauf all dieser Störungen ist zwar im allgemeinen ein regressiver, es gibt aber auch stabile und progrediente Fälle. Verf. betont die Ähnlichkeit dieser pseudoneurasthenischen Symptome mit denen der Spätfolgen von epidemischer Encephalitis. Um diesen organischen Kern als Krystallisationspunkt können sich dann funktionelle Störungen gruppieren. Einige von ihnen, die als „organisch-funktionell“ bezeichnet werden können, stehen in besonders nahen Beziehungen zu den organischen und werden von diesen ausgelöst und unterhalten, andere hängen nur in loserer Weise mit ihnen zusammen, so die zu Versicherungsmomenten in Beziehung stehenden. Die anatomischen Läsionen, die diesen Erscheinungen zugrunde liegen, bestehen — außer in den größeren

Kontusionen — in akuter Volumsvergrößerung mit Hirnschwellung und intracellularem Ödem, andererseits in Entquellung mit Auspressung von Blut und Liquor aus dem Gehirn, in mechanischen Verschiebungen der Gewebelemente, die sich besonders an den Grenzflächen der verschiedenen so heterogenen Gewebe des Hirns geltend machen und zu einer Lockerung der Beziehungen zwischen diesen führen. Es kommt zu kleinen Blutungen, Rarefikationen und Erweichungen, Ablösungen der Gefäße aus dem umgebenden Gewebe, Erweiterungen und Deformationen der perivaskulären Räume, wobei besonders die Grenzflächen zwischen Ektoderm und Mesoderm gefährdet sind. Die mechanischen Verhältnisse sind oft besonders ungünstig gerade in den Fällen, in denen die Schädelknochen unversehrt geblieben sind, während durch eine Fraktur 1. ein erheblicher Teil der kinetischen Energie des Traumas verbraucht wird und 2. ein Ventil geschaffen wird. Bei all den genannten Veränderungen sind vor allem die Bezirke um die Ventrikel bevorzugt. Das macht die Entstehung der Störungen von Seiten des vegetativen Nervensystems erklärlieh. Die Mannigfaltigkeit der Art und Lokalisation dieser Alterationen und ihre wechselnd starke Mischung mit „organisch-funktionellen“ und psychogenen Störungen macht eine individualisierende Beurteilung jedes Einzelfalls und eine Berücksichtigung der gesamten psycho-physischen Persönlichkeit erforderlich. Zum Schluß wird noch darauf hingewiesen, daß die pathologisch-anatomischen Befunde — vor allem durch die Schädigung der hämato-encephalen Barriere und die dadurch bedingte erhöhte Durchlässigkeit dieses Gebildes für Gifte usw. — auch die Entstehung organischer Nervenkrankheiten auf Grund dieser traumatischen Hirnschädigungen erklärlieh machen.

Fr. Wohlwill (Hamburg).

Meumann, Ernst: Eine ungewöhnlich große spättraumatische Cyste des Stirnhirns. (Offene Abt., Psychiatr. Univ.-Klin. u. Staatskrankenanst. Friedrichsberg, Hamburg.) Dtsch. Z. Nervenheilk. 115, 1—8 (1930).

45-jähriger Mann erlitt 1915 eine leichte Minensplitterverletzung am Hinterkopf, seit 1928 bot Patient das Bild eines organischen Hirnleidens mit symptomatisch-epileptischen Zuständen. Das Encephalogramm zeigte eine starke Verschiebung beider Ventrikel nach links. Bei der Operation fand sich im Bereich des rechten Stirnhirnes eine große, prallgefüllte Cyste. Diese lag auf den stark abgeplatteten Windungen des Stirnhirnes. Verf. nimmt an, daß sich die Flüssigkeitsansammlung im Laufe von Jahren ganz allmählich entwickelt hat. Es hat sich anscheinend zunächst um eine kleine traumatische Blutung gehandelt, die zu entzündlichen Reaktionen in den Häuten führte. Später bildete der Druck der Flüssigkeit einen neuen Reiz mit entzündlicher Reaktion auf die Wandung. Das Gehirn wurde durch die Cyste nach hinten und links verdrängt und zwar ohne gewebliche Zerstörung. Infolge der Druckveränderungen traten nach der Operation vorübergehend psychische Störungen im Sinne des Korsakow-Syndroms auf.

Henneberg (Berlin).

Hanow: Betriebsunfall und Paralyse. (RG vom 2. Juli 1930. VI. 17/1930.) Z. Bahnärzte 25, 256—257 (1930).

Ein Eisenbahnbeamter verunglückte angeblich 1912 dadurch, daß er durch ein Eisenbahnvorkommnis erschreckt mit dem Kopf gegen den Tender schlug. 3 Jahre darauf völlige Dienstunfähigkeit, 100% Rente, auf dem Klagewege wurde Ersatz aller Unfallschäden und 4800 M. Rente pro Jahr erzielt. 1923 stellte die Eisenbahn die Zahlung ein. Der Verletzte erhielt aus § 323 R.C.P. Klage auf Neufestsetzung seiner Bezüge. Die ersten beiden Instanzen entschieden entsprechend. Das R.G. 2. VII., 30. VI. 17/1930 stellte fest, daß der zuerst behandelnde Arzt eine in der Entwicklung begriffene syphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems irrtümlich für Unfallfolgen erklärt habe. Es sei aber eine Unterbrechung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Unfall und Erwerbsunfähigkeit durch die jetzt erkannte, damals nicht erkannte oder nicht erkennbare Krankheitsursache eingetreten. Selbst wenn die Syphilis damals erkennbar gewesen wäre, mußte gefragt werden, ob damals eine Entwicklung der Krankheit vorauszusehen war, die die jetzt zutage getretenen Folgen haben oder ob wenigstens mit irgendwelcher Sicherheit solche Folgen voraussehbar waren. Das R.G. hob das Urteil des K.G. auf.

Heller (Charlottenburg).

Baumm, Hans: Über nichttraumatische Epilepsie bei Schädelverletzten. (Nervenstat., Versorgungsärztl. Untersuchungsstelle, Königsberg.) Psychiatr.-neur. Wschr. 1930 II, 523—525.

Bericht über 6 Fälle. Selbst schwere Schädelverletzungen bleiben auf Entwicklung und Verlauf einer vorher schon bestehenden nichttraumatischen Epilepsie in der

Regel ohne Wirkung. Eine traumatische Beeinflussung einer schon bestehenden Epilepsie sei nur dann anzunehmen, wenn das Gehirn direkt verletzt worden ist. Auch bei erstmaligem Auftreten epileptischer Anfälle nach dem Kopftrauma ist der ursächliche Zusammenhang nicht ohne weiteres zu bejahen. Verf. teilt 3 Fälle mit, bei denen mehrere Jahre nach einem Kopftrauma der erste epileptische Anfall auftrat und für die er einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Epilepsie ablehnt. Das gleiche tut er bei einem weiteren epileptisch belasteten Fall, der etwa 8 Tage nach einem Hufschlag gegen den Kopf zum ersten Male Anfälle zweifelhaften Charakters darbot. Verf. meint aber den Zusammenhang zwischen Trauma und Anfällen in diesem Falle auch dann ablehnen zu müssen, wenn es sich tatsächlich um epileptische Anfälle handelte. Leider fehlen alle exakten Angaben darüber, welche unmittelbaren cerebralen Folgen das Trauma in den dargestellten Fällen hatte. Unter 1200 Schädelverletzten im Bereich des Hauptversorgungsamts Ostpreußen findet sich kein Fall von Epilepsie nach reiner Commotio oder Basisbruch. Gerade diese Tatsache scheint Verf. die Ablehnung des Zusammenhangs im letzten Falle zu rechtfertigen.

Hans Strauss (Frankfurt a. M.).

Wolff-Eisner, A.: Über Epilepsie nach Malaria. Med. Klin. 1930 II, 1452—1454.

Der Verf. veröffentlicht ein Gutachten über Epilepsie nach Malaria in dem Bestreben, zu zeigen, daß die D. B.-Frage bei Epilepsie zu dogmatisch gehandhabt wird, und daß es auch eine Entstehung der Epilepsie durch Encephalitis, Intoxikationen und allergische Zustände gibt. Zur Unterstützung seiner Ansicht berichtet er über einen Epileptiker, der in Marokko an Malaria litt, 1916 ausgetauscht wurde und seit Oktober 1925 an wahrscheinlich epileptischen Anfällen litt. D. B. war bisher abgelehnt worden, weil es sich um eine genuine Epilepsie handele; hiergegen nimmt der Verf. Stellung. (Es mag dahingestellt bleiben, wieweit Verf. im vorliegenden Fall Recht hat; soweit der Publikation zu entnehmen ist, ist bisher weder erwiesen, daß der Kranke an Encephalitis nach Malaria gelitten hat, noch daß es sich um tropische Malaria handelte; wenigstens steht davon nichts in dem Artikel. Immerhin gibt Ref. zu, daß Epilepsie durch Malariaencephalitis, die uns ja bei tropischer Malaria eingehendst klinisch und anatomisch bekannt ist, hervorgerufen werden kann; aber wer leugnet das denn ernsthaft? Es wirkt nicht klarend, wenn Verf. diese allseits anerkannten „epileptogenen“ Faktoren dazu benutzt, um gegen die bekannten Ausführungen von Bratz, der überhaupt nur die genuine oder kryptogenetische Epilepsie behandelt, Stellung zu nehmen. Wenn Verf. behauptet, daß nach Ansicht der Versorgungsärzte Malaria keine Folgeerscheinungen hinterlasse, so möge er zeigen, wo angegeben ist, daß auch die Folgeerscheinungen der Malariaencephalitis, die wir allerdings einwandfrei nur von der Tropica her kennen, verschwinden müssen. Ref. glaubt nicht, daß der mitgeteilte Fall geeignet ist, die bisherigen Anschauungen über D. B. bei Epilepsie prinzipiell zu modifizieren.)

F. Stern (Kassel).

Feuchtwanger, E.: Anfallsäquivalente und psychische Dauerveränderungen bei der Epilepsie nach Hirnverletzung. (Heckscher Nervenheil- u. Forschungsanst., München.) Nervenarzt 3, 577—591 (1930).

Die praktisch außerordentlich wichtige Frage nach dem Zusammenhang epileptischer Erscheinungen mit Hirnverletzungen wird an einem Material von 1500 Fällen nachgeprüft. Wichtig ist vor allem die Bestätigung der Tatsache, daß auch bei traumatischer Epilepsie epileptische Äquivalente ohne Vorkommen von Krampfanfällen auftreten können. Für die Fälle mit Dämmerzuständen, Delirien und Absencen ließ sich der Zusammenhang mit einer bestimmten Lokalisation nicht aufzeigen. Dagegen handelte es sich bei den Charakterveränderungen relativ häufig um Stirnhirnverletzte. Während sich für das Verhalten der Äquivalente keine symptomatologischen Unterschiede gegenüber der genuinen Epilepsie ergaben, zeigten sich bei den Charakterveränderungen der Traumatiker überwiegend die stumpf erregbaren, sowie die verlangsamten, zähflüssigen, schwer anzusprechenden Formen, während die Erscheinungen

von weicher Sentimentalität, Überreligiosität mit Unaufrichtigkeit usw. nicht so häufig waren. Nicht bei allen Hirnverletzten mit Äquivalenten oder Charakterveränderungen ließen sich erbliche Beziehungen zur Epilepsie oder psychopathische Züge der prämorbidien Persönlichkeit nachweisen. Die posttraumatischen epileptischen Erscheinungen gestatten also keinen Rückschluß auf „epileptische Veranlagung“. Daher muß jedes epileptische Symptom eines Hirnverletzten solange auf die Verletzung bezogen werden, wie sich nicht positiv der Nachweis einer anderen Ursache führen läßt. Auch der Nachweis einer Belastung mit Epilepsie oder sonstigen degenerativen Faktoren (Alkoholismus, Psychosen, Suicid usw.) berechtigt nicht, etwa nach dem Trauma auftretende Äquivalente oder psychische Dauerveränderungen ohne weiteres auf die Belastung zu beziehen. Ebensowenig berechtigt hierzu der Nachweis psychopathischer Züge bei einem Menschen, der erstmals nach dem Hirntrauma epileptische Erscheinungen bot. Auch die Verschlimmerung einer schon vorher bestehenden Epilepsie durch ein Hirntrauma im Sinne des nunmehrigen Auftretens von Äquivalenten und seelischen Dauerveränderungen ist möglich. Die Lektüre der Originalarbeit muß dringend jedem empfohlen werden, der sich als Gutachter bei entsprechenden Fällen betätigt.

Hans Strauss (Frankfurt a. M.).

Salinger, Fritz: Pachymeningitis nach Kopfverletzung. Ärztl. Sachverst.ztg 36, 117—119 (1930).

Verf. bringt einen bemerkenswerten Beitrag zur Frage traumatischer Späterscheinungen: 49jähriger Schiffsführer wird zu Boden geschlagen, ist bewußtlos, blutet aus Nase und Mund, später auch starke Schwellung der blutunterlaufenen Lider. Klagen über Kopfschmerzen bestehen gleich, doch versieht Patient seinen Dienst 2 Monate lang weiter, ohne aufzufallen. Dann Verwirrtheitszustand, in dem der Verletzte unherirrend aufgefunden wird. Benommenheit, Desorientierung, Taumeln, Druckempfindlichkeit lk. Schläfenseite, angedeutet eine seitige Py-Reflexe, Liquor o. B. (Druck?), Exitus. Ausgedehnte Blutgerinnsel im Subduralraum, kleine Blutungen im Mark. Schädeldecke o. B. (Sprünge in der Basis?). Alkoholmissbrauch wurde von der Ehefrau negiert. Bemerkenswert war, daß der Verletzte noch 2 Monate mit der Pachymeningitis seinen Dienst tun konnte. *F. Stern (Kassel).*

Pinéas, Hermann: Organische Störungen des Nervensystems nach Traumen. Z. ärztl. Fortbildg 27, 585—589 (1930).

1. Verletzungen der peripheren Nerven durch Unfall. Differentialdiagnose gegen funktionelle Störungen. 2. Läsionen des Rückenmarks und Gehirns. Es kommt die Meningitis serosa spinalis nach Trauma vor. Bei Hirntumoren ist der Unfall nicht selten Teilursache. Diagnostischen Wert haben die Encephalographie und die Prüfung der Liquorpassage mittels der Jodprobe, ferner — für Rückenmarks-läsionen — der Schwitzversuch nach V. Minor. Nach Trauma können entstehen: eine Komotionspsychose, die traumatischen Demenz- und die traumatischen Dämmerzustände. Die nervösen Folgeerscheinungen nach Starkstromverletzungen hängen ab von der Stromstärke und der Dauer der Durchströmung sowie dem Widerstand der Haut.

Kurt Mendel (Berlin).

Laignel-Lavastine et A. Miget: Syringomyélie et traumatisme. (Syringomyelie und Trauma.) (Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 8. XII. 1930). Ann. Méd. lég. etc. 11, 42—48 (1931).

Ein Mechaniker kommt am 8. XI. 1915 zwischen 2 Wagenpuffer und wird gegen eine kleine Mauer gestoßen; es kommt zu schwerer Quetschung der Beckengegend und Hirnerschütterung ohne Bewußtlosigkeit, nach der der Kranke zunächst weder sprechen noch Arm oder Bein bewegen kann. Nach bemerkenswerter Besserung im Laufe von etwa 80 Tagen wird er unter üblicher Behandlung 10 Monate nach dem Unfall wieder fähig, seinen Beruf auszuüben. Gelegentlich treten noch leichte Wirbelschmerzen und Ermüdbarkeit in den oberen Gliedmaßen auf, bis sich schließlich 1927 schwerere Störungen bemerkbar machen. Es entwickelt sich das typische Bild einer Syringomyelie von vorwiegend cervico-dorsalem Typ mit einer Sensibilitätsstörung in der linken Beckengegend, wo seinerzeit der Unfall ein starkes Hämatom verursacht hatte. Schon Minor hat 1897 auf das Vorkommen von Syringomylien nach Hämatomylien hingewiesen, die manchmal scheinbar ausheilen, um schließlich nach 2, 3 oder 10 Jahren deutlich zu werden. Den Zusammenhang mit Geburtstraumen haben Schultze, Friedleben, Parrot und Redlich beleuchtet. — Crouzon betont in der Aussprache, daß die Lokalisation der Syringomyelie in der Cervicodorsalgegend für

eine traumatische Ursache spreche, da ja gerade diese Gegend der Wirbelsäule besonders häufig Verletzungen ausgesetzt sei. — Duvoir fragt nach dem Zusammenhang der Dupuytrenschen Kontraktur, für die Laignel-Lavastine aber mehr eine sympathische Ursache annimmt, die sich vielleicht gelegentlich an einen syringomyelischen Prozeß anschließen kann. Er hat aber auch diese Kontraktur direkt im Anschluß an eine Läsion des Nervus ulnaris in ihrer Entwicklung beobachten können. — Mauclaire findet das Intervall zwischen Unfall und Syringomyelie im vorliegenden Falle sehr lang. Für die Dupuytrensche Kontraktur verfüge er über einige Fälle mit medullärer oder nervöser Schädigung; meist sehe man sie jedoch im Anschluß an chronischen Rheumatismus, Gicht, Bleivergiftung und vielleicht auch Syphilis. Das Trauma kann gelegentlich eine unterstützende Rolle spielen, etwa bei Kutschern, bei denen es sich aber mehr um einen Berufsunfall handle.

Adolf Friedemann (Berlin-Buch).

Minkowski, M.: Gutachten über einen Fall von amyotrophischer Lateralasklerose nach Erkältungsstrauma bei einem Diabetiker. (*Neurol. Poliklin. u. Hirnanat. Inst., Univ. Zürich.*) Nervenarzt 3, 538—545 (1930).

Ein in mittlerem Alter stehender Feuerwehrmann erkrankte nach Durchnässung und Erkältung an typischer amyotrophischer Lateralasklerose. Patient litt bereits seit längerer Zeit an einem leichten Diabetes. Verf. kommt in dem sehr ausführlich mitgeteilten Gutachten zu folgendem Ergebnis: Die Ursache der amyotrophischen Lateralasklerose ist nicht bekannt. Ein konstitutionelles Moment in Form einer Anfälligkeit gewisser Bahnen spielt eine Rolle. Die Krankheit kann spontan auftreten, entwickelt sich aber auch im Anschluß an exogene Schädlichkeiten. Die Frage, ob das Leiden des Patienten durch die Erkältung allein bedingt ist, muß verneint werden. Die Noxe war aber sehr erheblich und geeignet, beim Ausbruch des Leidens eine wesentliche Rolle zu spielen. Eine Kombination von Diabetes mit amyotrophischer Lateralasklerose ist anscheinend bisher nicht beobachtet worden. In einem von Nonne beschriebenen Fall lag anatomisch ein typischer Befund nicht vor. Wahrscheinlich hat im vorliegenden Falle der Diabetes beim Zustandekommen der Erkrankung eine Rolle gespielt. Die durch Diabetes bedingte allgemeine Schwäche hätte an sich aber nicht genügt, die amyotrophische Lateralasklerose zu verursachen. Als nur auslösendes Moment kann die Erkältung nicht bezeichnet werden, sie ist vielmehr als ein wesentlich mitwirkendes Moment einzuschätzen. Der Anteil, den der Diabetes bei der Entstehung des Leidens hatte, ist höchstens auf $\frac{1}{3}$ zu bewerten. Es liegen keine Anhaltspunkte vor, daß das Leiden schon vor dem Unfall bestand. Die Entscheidung der Behörde wird nicht mitgeteilt.

Henneberg (Berlin).).

Kehrer, Ferdinand: Der Ursachenkreis des Parkinsonismus (Erblichkeit, Trauma, Syphilis). (*Psychiatr. u. Nervenkl., Univ. Münster i. W.*) Arch. f. Psychiatr. 91, 187—268 (1930).

Kehrer kommt auf Grund seiner eingehenden Untersuchungen zu dem Wahrscheinlichkeitsschluß, daß es sich bei dem Par. agitans um eine dominante Vererbung handle. Es ist zu erwarten, daß sich bei Mitgliedern von Familien mit erblicher Anlage zur Parkinsonschen Krankheit auch rudimentäre Formen finden, so daß bei einzelnen Personen nur Zittern, Abweichungen der Körperhaltung, Schwerbeweglichkeit u. dgl. vorhanden sind. Unter welchen Bedingungen exogene Faktoren einen isolierten chronischen Parkinsonismus zu erzeugen vermögen, ist noch nicht mit Sicherheit zu entscheiden. Insbesondere leugnet K. die Verursachung durch irgendein Trauma. Dagegen gibt er die Möglichkeit einer Erzeugung durch syphilitische Hirnprozesse zu. K. weist ferner auf gewisse genealogische Beziehungen zwischen Parkinsonismus und Huntingtonscher Krankheit hin: In Sippen mit Huntingtonscher Chorea tritt gelegentlich bei einer Generation an Stelle des choreatisch-hypotonischen Bildes ein akinetisch-hypertonisches auf. In die Gruppe der letzteren Fälle gehören einige in der Literatur beschriebene Fälle von jugendlicher Paralysis agitans. Das Huntington-Mycel kann sich somit in den verschiedensten nicht-choreatischen extrapyramidalen Dystonien und Dyskinesien auswirken. In dem Kapitel, welches sich mit den Beziehungen des Traumas zur Paralysis agitans beschäftigt, weist Verf. auf die besondere Unfallneigung der Parkinsonkranken hin, welche sich auch dann schon geltend macht, wenn die Patienten ihre gewohnte Arbeit noch verrichten. Dieser Umstand legt allein schon den Verdacht nahe, daß nicht der Parkinsonismus auf den Unfall, sondern der Unfall auf den Parkinsonismus zurückzuführen sei. In jedem Fall, in welchem es sich um die Feststellung der Entstehungsursachen des Parkinsonismus handelt, sind genealogische Nachforschungen unentbehrlich.

Paul Schuster (Berlin).).

Bing, Robert: Über traumatische Erythromelalgie und Erythropsopalgie. Nervenarzt 3, 506—512 (1930).

Eingehende Mitteilung eines Falles, der sich über $6\frac{1}{2}$ Jahre hinzieht, von 14 Ärzten — sehr verschiedentlich — begutachtet worden ist, in $2\frac{1}{2}$ kg Akten seinen Niederschlag gefunden hat und nun durch Bing als Oberbegutachter mit der ihm eigenen Gründlichkeit und Kritikfähigkeit behandelt wird. Der Fall gehört der zweiten Form der an sich seltenen Erythromelalgie (Weir Mitchell) an, die nach Cassirer durch Schmerz, Rötung, Schwellung, Temperaturdifferenz, evtl. auch Sensibilitätsanomalien und Hyperidrosis bei Beschränkung auf ein bestimmtes Innervationsgebiet charakterisiert ist, ohne daß jedoch sichere Kennzeichen einer Neuritis vorzuliegen brauchen, während die Druckempfindlichkeit der entsprechenden Nerven, ähnlich wie bei Neuralgien, sehr häufig festgestellt wird. Der Zusammenhang mit dem Betriebsunfall, der mit einer Plexusschädigung einherging (Schulterdistorsion, Luxationsfraktur des 6. Halswirbels?), wird mit größter Wahrscheinlichkeit als gegeben erachtet. Das nachträgliche Auftreten der übrigens zuerst von B. geschilderten Erythropsopalgie, d. h. das Übergreifen des sonst als vasodilatatorische Extremitätenneurose definierten Symptomenkomplexes auf die vom rechtsseitigen Halssympathicus versorgten Teile des Gesichtes spricht zugunsten der Annahme einer erlittenen Zerrung im Gebiete der letzten Cervical- und der zwei obersten Thorakalwurzeln, und zwar im Wurzelabschnitt vor Abgang der Rami communicantes; sie wird weiterhin bekräftigt durch das bei dem Kranken festgestellte oculopupilläre Horner-Claude-Bernardsche Syndrom, das zugleich mit einer starken conjunctivalen Hyperämie die erythropsopalgischen Anfälle begleitet. Die aus der Plexuswurzelzerrung hervorgegangene hartnäckige Neuralgie stellte die Einleitung des gegenwärtigen Krankheitsbildes dar, dessen vasomotorische Komponente erstmals am Ende des zweiten Jahres nach dem Anfalle als vorübergehende deutliche Schwellung und Rötung der rechten Hand beobachtet wurde.

G. Stiefler (Linz).^{oo}

Weger, A. M.: Veränderungen des Nervensystems bei Arbeitern des Quecksilberbetriebes. (Nervenabt., Allukrain. Staatl. Inst. f. Arbeitspath. u. Arbeitshyg., Charkov.) Arch. Gewerbepath. 1, 522—538 (1930).

Ergebnisse der Untersuchungen von 138 unmittelbar mit der Produktion in Berührung kommenden Arbeitern eines Quecksilberwerkes. In 69% Störungen des Nervensystems infolge einer Hg-Intoxikation. Organische Störungen des Nervensystems: Tremor, Sensibilitätsstörungen, Parästhesien, Krämpfe, Störungen des Geschmacks, Geruchs, Urinierens und Neuralgien. Funktionelle Störungen: Kopfschmerz, Dermographismus, Hyperidrosis, psychische Depression, vasomotorische Störungen, Schlafsucht. Besonders gefährdet sind Rußschaber, Wäscherinnen und Gießer. Die Nervenstörungen traten durchschnittlich nach 3monatiger Beschäftigung im Hg-Betrieb auf. Der Hg-Tremor hat Intentionscharakter und gehört zur „intensiv-vibratorischen“ Form.

Krambach (Berlin).^{oo}

Schröder, Paul: Zusammenhang von Ischias mit Unfall abgelehnt. Mschr. Unfallheilk. 37, 227—231 (1930).

Es handelte sich um einen wahrscheinlich ganz leichten Unfall, nach dem einige Tage Schmerzen bestanden, die dann wieder sich besserten; erst später Entwicklung einer Ischias, die dann allmählich durch psychogene Erscheinungen ersetzt wurde. Eine Klinik hatte falschlich einen Zusammenhang anerkannt, obwohl der Unfall nicht erheblich war und die Erscheinungen der Ischias sich nicht kurz nach dem Unfall zeigten. (Zweckmäßig wäre es, Sprachentgleisungen wie die öfters zu bemerkende Bezeichnung „Ischiasnerv“, die sich auch in einem der hier mitgeteilten Gutachten findet, zu vermeiden. Ref.) F. Stern (Kassel).^{oo}

Jaensch, P. A.: Die Erwerbsbeschränkung der Feuerarbeiter, besonders der Glasbläser, bei beruflichen Linsentrübungen und Linsenlosigkeit. (Univ.-Augenklin., Breslau.) Arch. Gewerbepath. 1, 594—610 (1930).

Feuerarbeiter, welche an beruflicher Linsentrübung erkrankt sind, wird man eine Rente zubilligen müssen. Die Höhe derselben hat sich nach dem Grade der durch den Berufsstar verursachten Sehstörung zu richten. Zu einer Operation kann der betreffende Kranke nicht gezwungen werden. Einseitige Linsenlosigkeit beeinträchtigt die Erwerbsfähigkeit eines Feuerarbeiters um etwa 20%, wenn das andere Auge gute Sehschärfe (wenigstens 0,5) hat. Doppelseitige Linsenlosigkeit bei guter Sehschärfe nach Korrektion durch Starbrille wäre mit 30% zu entschädigen. Auch Feuerarbeiter können durchaus mit Brille arbeiten, wenn diese auch manchmal lästig empfunden wird

(Beschlagen, Verschmutzen). Die einschlägige Literatur und die Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes werden in vorliegender Arbeit weitgehend berücksichtigt. *Jendralski* (Gleiwitz).

Gregorio, Stellario: *Le infiammazioni congiuntivali dal punto di vista medico-legale.* (Die Bindehautentzündung vom Standpunkte der medizinischen Unfallgesetzgebung.) (*Cassa Naz. Infortuni, Messina.*) (*Budapest, 2.—8. IX. 1928.*) Contrib. dell'Italia al V. Congr. internaz. med. per gli infortuni del lavoro ecc. **2**, 507—511 (1929).

Verf. weist auf die Ähnlichkeit hin, welche das klinische Bild vieler Bindehautverletzungen (insbesondere durch Kalkverätzung oder chemische Verätzungen) mit dem bakterieller Bindehautentzündungen (Koch-Weeks) haben kann. Von der Möglichkeit solcher diagnostischer Verwechslung seien auch die Arbeiter oft unterrichtet und vermögen unter Umständen durch falsche Angaben den Arzt zu täuschen. Gregorio hält es für unbedingt erforderlich, daß gesetzlich verlangt wird, bei allen beruflichen Unfällen der Augen (vor allem bei Verätzungen) muß sofort ein Facharzt befragt werden.

Peppmüller (Zittau).

Lindberg, J. G.: *Zwei Simulationstafeln.* Finska Läk. sällsk. Hdl. **72**, 840—842 u. dtsch. Zusammenfassung 842 (1930) [Schwedisch].

Entsprechen Roths Verwechslungstafeln (Graefe - Saemisch Handbuch: Untersuchungsmethoden Bd. **3**, S. 577). Als Grundlage sind jedoch die in Finnland allgemein gebrauchten Lesetafeln verwendet. *Chr. Lottrup-Andersen* (Kopenhagen).

Engelking, Ernst: *Rapport sur l'unification des prescriptions visuelles pour les aviateurs, les chauffeurs, les employés de chemin de fer, et les marins. Die Prüfung des Farbensinnes.* (Bericht über Vereinheitlichung der Vorschriften bezüglich Gesichtssinn für Flieger, Chauffeure, Eisenbahnpersonal und Seeleute.) (*Amsterdam u. Den Haag, Sitzg. v. 5.—13. IX. 1929.*) Verh. 13. internat. Kongr. Ophthalm. **4**, 55—73 (1930).

Abgelehnt wird die Untersuchung mit sog. „Laternen“, da einzelne Farbentüchtige (spez. sog. anomale Trichomaten) mit dieser Methode nicht entlarvt werden; ebenso unzuverlässig ist die Holmgren'sche Wollprobe, besonders in der Hand des nicht spezialistisch vorgebildeten Arztes. Die pseudoisochromatischen Tafeln von Stilling sind unentbehrlich für die Praxis der Farbensinnprüfung. Da aber jede Untersuchung mit mindestens 2 Proben vorgenommen werden soll, werden neben Stilling die „Tests for colour blindness“ von Ishihara empfohlen. Bei Beurteilung von Kandidaten für Berufe hoher Verantwortung ist ebenso wie für Untersuchte, welche bei den ersten Proben mit Fehlern bestanden haben, eine gründliche Prüfung mit spektralen Lichtern notwendig. In dieser Hinsicht hat sich das Nagelsche Anomaloskop praktisch bewährt, welches eine quantitative Differentialdiagnose ermöglicht; seine Verwendung als Testinstrument wird auseinandersetzt. Farbenblinde Ärzte sollen zu verantwortlichen Farbensinnprüfungen nicht zugelassen werden.

[*Tschermak*] *Schubert* (Prag).

Huarte-Mendicoa, J.: *Gehörschädigungen bei Telephonisten.* Rev. españ. y amer. Laring. etc. **21**, 311—314 (1930) [Spanisch].

Im Anschluß an die Beschreibung eines Falles erörtert Verf. die verschiedenen Möglichkeiten einer Schädigung des Gehörorganes bei Telephonisten.

Im vorliegenden Falle handelte es sich um eine Mittelohrschwerhörigkeit, die sich im Laufe von $1\frac{1}{2}$ Jahren bei einer Betätigung des Patienten in der „Nationalen Telephongesellschaft“ entwickelt hat. Subjektiv waren weder Schwindel noch Ohrgeräusche vorhanden. Nach dem Gesagten könnte es sich um eine Überanstrengung des *Musculus tensor tympani* handeln und eine Schwäche der Akkommodation dieses Muskels für leise Schalleinwirkungen.

Es wäre zu wünschen, wenn auf diesem praktisch und sozial wichtigen Gebiete weitere Beobachtungen systematisch vorgenommen würden. *Kreidewolf* (Berlin).

Pirie, A. Howard: *The value of X-ray diagnosis in medico-legal cases.* (Der Wert der Röntgendiagnose in gerichtlich-medizinischen Fällen.) (*Roy. Victoria Hosp., Montreal.*) Brit. med. J. Nr **3643**, 722—724 (1930).

An einer Reihe von Beispielen, die nicht einzeln wiedergegeben werden können,

wird gezeigt, daß an Hand von Röntgenaufnahmen eine Katanamnese von Unfällen ermöglicht ist und neue Gesichtspunkte für die Beurteilung auftauchen. Der Gutachter muß Fehldiagnosen, anatomische Variationen der Knochen und die Grenzen des Normalen und Pathologischen im Röntgenbild beherrschen. Röntgendiagnose und klinischer Befund müssen sich jedoch ergänzen. *Giegler* (Halberstadt).^o

Lenzi, Lamberto Vaseo: *Su di alcuni particolari dell'automatismo del cammino dal punto di vista medico-legale.* (Über einige Details im Automatismus des Gehaktes vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Siena.*) (*Budapest, 2.—8. IX. 1928.*) Contrib. dell'Italia al V. Congr. internaz. med. per gli infortuni del lavoro ecc. **2**, 537—544 (1929).

Vorläufige Mitteilung über Beobachtungen, die Veränderungen im Automatismus des Gehaktes betreffend, die beim Steigensteigen und beim Gehen auf unebenem Terrain eintreten, falls die eine der unteren Extremitäten schmerzt oder verkürzt ist. *v. Neureiter* (Riga).

Brandis, W.: *Sturz auf Rücken, nach 6wöchiger Arbeit Tod.* Med. Klin. **1930 II**, 1717—1718.

36jähriger Arbeiter war mit dem rechten Rücken hart auf die Treppe gefallen; 3—4 Monate vorher hatte er eine behandelte Furunkulose am rechten Unterarm gehabt. Nach dem Fall hatte er über Schmerzen geklagt, $\frac{1}{2}$ Stunde die Arbeit unterbrochen, dann aber wieder aufgenommen. In der Folgezeit wurde öfter über Schmerzen geklagt, ein Arzt aber nicht zugezogen. Etwa 6 Wochen nach dem Fall erkrankte der Verunglückte mit Schüttelfrost und starken Schmerzen an der rechten Brustseite und rechtem Arm. Der Arzt fand eine septische Fieberkurve und legte den Mann am 5. Tag wegen cerebraler Störungen ins Krankenhaus, wo Fieber über 40° bestand und allgemeine Blutvergiftung angenommen wurde; nach 2 Tagen trat der Tod ein. Die Obduktion ergab als einzige organische Veränderung ausgebreitete Eiterung der rechten tiefen Rückenmuskeln; sie waren von zahlreichen Abscessen durchsetzt.

In einem Obergutachten für das RVA. setzte ein angesehener pathologischer Anatoman auseinander, daß die Vorgutachter eigentlich nur darüber einig seien, daß die Schultereiterung als tödliche Erkrankung anzusehen sei, über die Entstehung der Eiterung und ihre Beziehung zum Unfall gingen sie weit auseinander. Der von 2 Gutachtern angenommene vom Unfall herrührende Bluterguß sei ziemlich unsicher. Ebenso aber sei die Ansicht der Gegengutachter wenig gestützt, daß die gefundenen anaerogenen Streptokokken unmittelbar vor dem Ausbruch in den Körper eingedrungen sein müßten, was aus dem rapiden Verlauf der Eiterung zu schließen sei, zu einem Zeitpunkt, wo eine durch den Unfall verursachte Schädigung unmöglich zurückgeblieben sein konnte. Der Obergutachter hob als Kernpunkt der Begutachtung die Frage hervor, aus welcher Veranlassung sich die Streptokokken an der ganz ungewöhnlichen Stelle, der tiefen Rückenmuskulatur und Schultermuskulatur angesiedelt hätten. Der Infektionsweg sei verhältnismäßig gleichgültig. Nach ihm ist der Schluß unabweislich, daß der locus minoris resistentiae in der Schultermuskulatur gesessen haben muß, und daß er in Ermangelung jeder anderen Möglichkeit mit dem Unfall irgendwie in Verbindung gestanden haben muß. Man könne sich daher der Folgerung nicht entziehen, daß die Anerkennung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Unfall und Tod nicht nur wahrscheinlich, sondern sogar notwendig sei. Diesem Obergutachten hat sich das RVA. angeschlossen. *Ziemke* (Kiel).

Büchert: *Arthritis deformans der Wirbelsäule als Unfall- bzw. D.B.-Folge.* (*Orthop. Versorgungsstelle, Königsberg i. Pr.*) Z. Med. beamte **43**, 559—561 (1930).

Verf. weist darauf hin, daß nicht nur die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Unfall und Arthritis deformans dunkel ist, sondern auch eine auffallende Diskrepanz zwischen Klagen und objektivem Befund besteht. Nicht selten sind die Klagen stark, der Befund gering oder negativ; man findet manchmal aber auch z. B. im Röntgenbilde schwer spondylarthritische Veränderungen, ohne daß der davon Betroffene irgendwelche Beschwerden hat. Je mehr man sich in das Gebiet vertieft, um so zurückhaltender wird man in seinem Urteil. *F. Stern* (Kassel).^o

Blaine, Edward S.: Spondylitis traumatica tarda (Kümmell's disease). (Spondylitis traumatica tarda [Kümmellsche Krankheit].) (Northwestern Univ. Med. School, Chicago.) Radiology 15, 551—563 (1930).

Beschreibung von 10 Fällen Kümmellscher Krankheit, mit Beifügung von Röntgenbildern, die zum Teil leider keine objektive Stellungnahme gestatten. Es wird von einer Kümmellschen Krankheit gesprochen, wenn das Trauma jahrelang zurücklag, ein symptomenfreier Zeitraum nachgewiesen wurde und das Röntgenbild außer einer Kompression und geringer Gibbusbildung bzw. Bildung eines runden Rückens keinerlei röntgenologische Veränderungen darbot, insbesondere keine Callusbildung oder lokale arthritische Veränderungen. Dem Verf. erscheint es äußerst wahrscheinlich, daß es sich stets um eine Kompressionsfraktur handelt, die aber im Anfang röntgenologisch nicht sichtbar wird.

In der Aussprache wird darauf hingewiesen, daß sicherlich gewisse Wirbel weniger widerstandsfähig sind als die übrigen und daß eine gewisse Begünstigung einzelner Wirbel für die Kümmellsche Krankheit besteht wie überhaupt für Frakturen. In den Anamnesen der einzelnen Fälle handelt es sich fast durchweg um plötzliche, sehr kurz dauernde Stauchungen der Wirbelsäule, z. B. nach plötzlichem Anhalten schnellfahrender Autos, nach Eisenbahnwagenzusammenstoß.

Reisner (Frankfurt a. M.).

Oesterlen: Wirbelsäulenabnormität und „Unfall“. Z. Med. beamte 44, 12—18 (1931).

Der veröffentlichte Fall ist in mehrfacher Beziehung lehrreich. Eine angeborene Verbildung des 5. Lendenwirbels (Verschmelzung mit dem 1. Kreuzbeinwirbel, sog. Sakralisation des 5. Lendenwirbels) wurde vom Gerichtsarzt des Versorgungsgerichts auf Grund des Röntgenbefundes für eine Spondylitis traumatica erklärt, Simulation ausgeschlossen, zunächst volle, dann 50% E.M. angenommen und die Krankheit als D.B. erklärt bei einem Manne, der wegen Nierenleidens und Lendenquetschung Versorgungsantrag gestellt hatte und der nachweislich nur während der militärischen Dienstzeit 1913 wegen akuter Nierenentzündung ärztlich behandelt worden und erst 5½ Jahre nach seiner Entlassung 1919 wegen seiner späteren Beschwerden in ärztliche Behandlung gegangen war. Das Versorgungsgericht schloß sich dem apodiktischen Gutachten des Gerichtsarztes (Krankenhausarzt) trotz des Gutachtens einer chirurgischen Universitätsklinik an. Erst im Rekursverfahren, wo das eingeforderte Obergutachten einer anderen chirurgischen Universitätsklinik zu dem gleichen Ergebnis kam, wie die erste Klinik, nämlich daß eine angeborene Abweichung im Bau der unteren Lendenwirbelsäule vorliege, daß eine Verletzungsfolge mit Sicherheit auszuschließen sei und daß eine starke psychogene Überlagerung zweifellos dadurch hervorgerufen sei, daß dem Bewerber die Mitteilung einer schweren Veränderung seiner Wirbelsäule als Folge einer Verletzung dargestellt worden war, wurden die Ansprüche des Bewerbers vom RVG. abgewiesen.

Verf. weist mit Recht darauf hin, daß an der so viel beklagten Krankheitszüchtung und Rentensucht nicht zum wenigsten die Ärzte schuld sind, die bedenkenlos psychopathisch Veranlagte durch übertriebene und unzutreffende Vorstellungen von schwerem Beschädigtsein, Demonstration von Röntgenbildern und durch unkritische Anerkennung der geklagten Beschwerden in ihrem Verhalten bestärken.

Ziemke (Kiel).

Fenkner: Seitliches Abgleiten der Wirbelsäule und Trauma. Arch. klin. Chir. 161, 475—485 (1930).

Verf. kommt an Hand eines Falles zu dem Ergebnis, daß das Abgleiten von Wirbeln, die Spondylolisthesis zwar immer eine verminderte Widerstandsfähigkeit des aus Knochen, Gelenken und Bändern bestehenden Traggerüstes zur Voraussetzung hat, aber durch Rückentraumen provoziert werden kann. Dies wird auch der Neurologe zu beachten haben, der so häufig Rückenschmerzen zu begutachten hat.

F. Stern.

Umfrage über die Begutachtung von Unfallschäden an der Wirbelsäule. Med. Klin. 1930 II, 1659—1662, 1698—1701 u. 1739—1740.

Gaugele gibt zunächst eine Einteilung der gut umgrenzten Krankheitsbilder nach Wirbelsäulentreumen: Verheben, Quetschung und Verstauchung, Wirbelbruch, Verrenkung (Spondylolisthesis), Verletzung der Bandscheiben. Zur Begutachtung ist genaue Beurteilung der subjektiven und objektiven Symptome und ganz besonders des in jedem Fall nötigen Röntgenbildes erforderlich. Ein direkter ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Arthritis deformans (die ja zu ihrer Ausbildung Jahre braucht, also wenn direkt nach einem Trauma beobachtet, keinesfalls auf dieses zurückzuführen ist), wird abgelehnt. Kontusionen und Distorsionen sind nach 8 Wochen rentenfrei. Die Verletzungen der Zwischenwirbelbandscheiben sind röntgenologisch, aber meist auch klinisch nicht zu erkennen. Kirschner betont die Wichtigkeit der rheumatischen Komponente bei negativem Röntgenbefund; wie

weit Unfallfolgen vorliegen, wie weit rheumatische Grundlage, ist nach der Schwere der sofortigen Unfallfolgen zu entscheiden. Zur röntgenologischen Untersuchung wird das Stereobild empfohlen. Die Rentenhöhe soll den objektiven Veränderungen entsprechen, ein festes Schema aufzustellen ist unmöglich, wesentlich bei der Beurteilung ist Höhe der Verletzung und Konstitution. Die Arthr. def. ist als Unfallfolge bei entsprechendem zeitlichen Verhältnis anzuerkennen; eine durch Unfall verursachte Verschlimmerung einer bestehenden Arthr. def. ist nach einigen Monaten abgeklungen. Schloffer meint, daß man bei fehlendem objektiven Befund in der Beurteilung auf „Wohlwollen“ angewiesen sei. Verschlimmerung einer Arthr. def. kann schon durch leichten Unfall eintreten. Gocht weist auf den Spannungszustand der Rückenmuskulatur hin, wenn im betreffenden Wirbelsäulenabschnitt ein Reizzustand besteht. Die Arthr. def. wird durch Unfall verschlimmert. Die Wichtigkeit sofortiger Röntgenbilder, evtl. stereoskopisch, wird besonders betont. Boeninghaus macht die Beurteilung abhängig von der Schwere des Unfalls bzw. von dem Zeitpunkt der Arbeitseinstellung. Bei starkem Gegensatz zwischen Beschwerden und objektivem Befund soll letzterer den Ausschlag geben. Röntgenbilder, am besten der ganzen Wirbelsäule, werden am besten in drei bis vier Ebenen ausgeführt, doch ist negativer Röntgenbefund nicht beweisend. Die Entschädigung ist nicht sicher festzulegen, im allgemeinen dürfte sie den Magnusschen Richtlinien entsprechen, etwa nach Abschluß der Behandlung 10—20%, nach 1—2 Jahren 0%. Eine allgemeine Arthr. def. kann nicht durch ein einmaliges Trauma verursacht sein, da sie eine Abnutzungserkrankung ist; dagegen kann auch ein leichter Unfall auslösend bzw. verschlimmern wirken. Wird eine bestehende latente Arthr. def. durch Unfall in ein schmerhaftes Stadium übergeführt, so ist dauernde Verschlimmerung anzunehmen. Behandlung frischer Verletzungen: nach 2—3 Wochen Kriechen, nach 8—10 Wochen Aufrichten. Burkhardt ist selbst bei übereinstimmendem anatomischen Befund für individuelle Beurteilung. Eine Wirbelsäule mit Arthr. def. ist leichter zu schädigen als eine normale, doch ist die Schädigung schwer festzustellen. Der Zusammenhang zwischen Unfall und Spondylolisthesis ist nicht geklärt, wird aber meistens abgelehnt. Röntgenbild der ganzen Wirbelsäule wird empfohlen. Magnus weist darauf hin, daß Lähmungen nach Wirbelsäulentraumen zurückgehen können, und zwar bis zu 1 Jahr Dauer nach dem Unfall. Wirbelbrüche sind nach 6 Wochen belastungsfähig ohne Korsett. Die Erwerbsbeschränkung ist nach durchschnittlich 17 Wochen im Mittel 45%, nach 1 Jahr 38,3%, nach 2 Jahren 29,7%. Nach längstens 10 Jahren ist die Mehrzahl der Verletzten rentenlos. Querfortsatzbrüche erhalten nach 6—10 Wochen 10 bis 20% für 6—12 Monate. Verheben führt nie zu Brüchen der Wirbel, höchstens der Querfortsätze, seine Folgen verschwinden nach wenigen Wochen; was evtl. länger zurückbleibt, ist nicht Folge des Verhebens, sondern der Konstitution. Der „Hexenschuß“ dauert nie länger als 8 Wochen. Ein Trauma kann die Arthr. def. nicht verursachen, wohl aber Anlaß zu ihrer Verschlimmerung sein. Druener hält die Steroröntgenaufnahmen in einer Ebene für wichtiger als einfache Aufnahmen in zwei Ebenen. Ferner weist er auf die Gefahr der Muskel- und Knochenatrophie bei zu langer Ruhigstellung nach Wirbelbruch hin und empfiehlt daher frühzeitige Massage, verbunden mit subjektiver psychischer Beeinflussung des Verletzten.

Fritz Dannheisser (Berlin).^{oo}

Blenke, August: Die Arthritis deformans in ihren Beziehungen zum Unfall.
Arch. orthop. Chir. 29, 26—66 (1930).

Die Arthritis deformans ist das fortgeschrittene bzw. Endstadium von mancherlei Gelenkerkrankungen; sie kann ferner als primäres Leiden auftreten, das dann meist polyartikulär sein wird, sie kann aber auch monartikulär nach allen möglichen Gelenkerkrankungen und -verletzungen auftreten. Eine traumatische Genese kann nur dann angenommen werden, wenn das von der Arthritis deformans befallene Gelenk direkt von dem Trauma betroffen wird; dieses muß so stark sein, daß es gewisse Verletzungen am Knorpel hervorrufen kann. Ein äußeres Geschehen, das keinen Unfallcharakter im Sinne des Gesetzes darstellt, kann niemals verantwortlich gemacht werden für die Entstehung oder Verschlimmerung des Leidens. Es ist unmöglich, eine Zeitspanne anzugeben, in welcher sich die ersten Anzeichen einer Arthritis deformans nach dem Unfall entwickelt haben müssen, wenn sie als Unfallfolge anerkannt werden sollen. Auch noch nach langen Jahren können sich derartige deformierende Veränderungen nach einem Unfall in den betreffenden Gelenken ausbilden, Brückensymptome sind nicht immer nötig. Ein ursächlicher Zusammenhang besteht in manchen Fällen dann, wenn durch das Trauma derartige Veränderungen an einer Extremität hervorgerufen sind, daß ihre Gesamtstatik stark beeinträchtigt wird. Selbst an durch den Unfall nicht betroffenen Stellen des Körpers kann die Arthritis deformans durch diesen hervorgerufen werden, wenn die Gesamtstatik des Körpers verändert ist. Auch infolge Über-

lastung eines sonst gesunden Gelenkes muß mitunter ein ursächlicher Zusammenhang anerkannt werden. Was die Verschlimmerung der Arthritis deformans durch ein Trauma anbelangt, so müssen hierbei auch leichtere Traumen für die Verschlimmerung anerkannt werden. Dabei sind nur die sog. akuten Stadien zu entschädigen. Sind diese vorüber, so ist auch der Einfluß des Traumas im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung vorbei. Alle späteren, neu auftretenden akuten Stadien fallen nicht dem Unfall zur Last. Keine steigenden Renten, wenn die Arthritis deformans nur schicksalsgemäß fortschreitet. Dauerrenten nicht immer notwendig, da trotz weiter bestehender Veränderungen Funktionsstörungen, Schmerzen und Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ausbleiben können. *S. Frey* (Königsberg i. Pr.).

Schmidt, H., und Herbert Goldberg: *Die Schwierigkeiten bei der Beurteilung von Gelenkverletzungen bei bestehender Arth. def.* (*Heilanst. f. Unfallkranke v. San.-Rat Dr. Georg Müller u. Röntgeninst. v. Dr. H. Schmidt, Berlin.*) *Mschr. Unfallheilk.* **37**, 570—578 (1930).

Eine bereits vorhandene Arthritis deformans kann durch einen Unfall ungünstig beeinflußt werden. Eine solche Verschlimmerung des Grundleidens durch ein Trauma gehört jedoch nicht zu den häufigen Ereignissen; wohl kann es im Anschluß an eine einmalige äußere Gewalteinwirkung zu jähnen Erscheinungen bei der bis dahin chronisch verlaufenden Entzündung kommen. Dieses akute, durch den Unfall ausgelöste Stadium ist als Unfallfolge anzusehen und entsprechend zu bewerten. Vielfach ist der Einfluß der Verletzung auf das an sich selbständige Gelenkleiden nur flüchtiger Natur. Der Krankheitsprozeß braucht keinen wesentlichen Fortschritt zu zeitigen. Für die Beurteilung einer Verschlimmerung alter chronisch-verbildender Gelenkprozesse durch ein Trauma ist der Vergleich fortlaufend angefertigter Röntgenbilder von besonderer Wichtigkeit.

A. Meyer (Köln).

Diez, Salvatore: *Le osteomieliti post-traumatiche negli infortuni sul lavoro.* (Die posttraumatischen Osteomyelitiden bei Unfallverletzten.) (*Serv. Sanit., Ferrovie d. Stato, Ministero d. Comunicazioni, Roma.*) (*Budapest*, 2.—8. IX. 1928.) *Contrib. del l'Italia al V. Congr. internaz. med. per gli infortuni del lavoro ecc.* **1**, 315—324 (1929).

Trotzdem von den Pathologen behauptet wird, daß das Trauma einer der häufigsten Faktoren in der Ätiologie der Osteomyelitis (O.) ist, welche Behauptung nicht in Zweifel gezogen wird, hat der Autor, der Tausende von traumatischen Knochenläsionen klinisch beobachtet hat, nur zwei solcher Fälle gesehen. In dem einen Falle hatte ein 42jähriger Arbeiter, der gleichzeitig an Furunkeln des Gesäßes litt, eine tiefe Quetschung des einen Schienbeins erlitten. Nach 15 Tagen entwickelte sich hier eine O., der der Kranke erlag. Im Tibiaeiter dieselben Kokken wie in den Furunkeln und im Blute. Im 2. Falle hatte ein 29jähriger Mann im Alter von 9 Jahren eine schwere O. des unteren Drittels des rechten Femurs mit nachfolgender Kniegelenksentzündung durchgemacht, 20 Jahre nachher erkrankte er nach einer Kontusion des Kniegelenkes an akuter O. des Femurs und septischer Kniegelenksentzündung. Amputation des Femurs. D. untersucht nun die Gründe dieses seltenen Vorkommens und schreibt sie folgenden Umständen zu: 1. Der geringen Empfänglichkeit des Knochengewebes des Erwachsenen für die ätiologischen Faktoren der O. gegenüber dem Knochengewebe im wachsenden Zustand. 2. Der Notwendigkeit eines gleichzeitigen Vorkommens einer septämischen Infektion, von welcher eine O. ausgehen könnte, und eines Traumas, das das Knochengewebe betrifft und eine Fixierung der im Blute befindlichen Keime hier möglich macht, was natürlich nur sehr selten vorkommt. 3. der Notwendigkeit, im Falle es sich um eine O. handelt, die von einem alten Herde ausgeht oder von einem chronischen Krankheitsprozesse, daß das Trauma das Gewebe betrifft, welches gerade der Sitz des latenten Mikrobiismus oder des chronischen Krankheitsprozesses ist, was ebenfalls sehr selten ist.

Haim (B. Budweis).

Ambühl, J.: *Beckenanomalien, Syphilis und Unfall. Ein Beitrag zum Kapitel: Krankheit und Unfall.* (*Chir. Abt., Kranken- u. Diakonissenanst. Neumünster, Zürich.*) *Schweiz. Z. Unfallmed.* **24**, 167—172 (1930).

Ein unbeträchtlicher Unfall (Ausgleiten auf der Treppe) hatte bei einem latent Syphilitischen (Primäraffekt 1921) mit einem alten Veränderungen zeigenden Beckenskelet Weichteilveränderungen hervorgerufen. Die Beckenanomalie hatte eine längere Heilungsdauer der Unfallsymptome verursacht. Übrig geblieben sind vor allem die auf Syphilis III beruhenden Symptome, die mit dem Unfall höchstens den Zusammenhang haben, daß das Trauma eine größere Beschleunigung des Krankheitsprozesses nach sich zog (irgendein Beweis für diese

Annahme gibt Verf. nicht). Die durch den Unfall hervorgerufenen Symptome schwanden; das noch bestehende Hinken ist größtenteils auf die alte Beckenkongruenz, zu kleinem Teil durch luisch-nervöse Störungen und evtl. durch Aggravation bedingt. Verf. erkennt keine Unfallfolgen an, die die Arbeitsfähigkeit beeinflussen. Nicht der Unfall, sondern der Primär-
affekt (durch die Syphilis) ist Ursache der noch vorhandenen Störungen. Verf. berichtet kurz noch über 2 andere ähnliche Fälle. Heller (Charlottenburg).^o

Mauclaire: Ostéosarcome développé sur un radius ayant été le siège d'une fracture quinze ans auparavant. (Osteosarkom nach Fraktur vor 15 Jahren.) (Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 10. XI. 1930.) Ann. Méd. lég. etc. 10, 710—711 (1930).

Etwa 15 Jahre nach Bruch des Radiusschaftes erscheint genau im Gebiet der Frakturstelle ein Tumor, der sich bei der Biopsie als Osteosarkom erweist. Trotz hoher Amputation Generalisation mit tödlichem Ausgang. Es wird ein indirekter Zusammenhang zwischen Trauma und Tumorentstehung angenommen, da die Neubildung deutlich im Gebiet des Callus lokalisiert ist. Eisner (Basel).

Leriche, René, et René Fontaine: Contribution à l'étude de l'angine de poitrine d'origine traumatique. (Beitrag zur Kenntnis der Angina pectoris traumatischen Ursprungs.) (Clin. Chir. A, Univ., Strasbourg.) Arch. Mal. Cœur 23, 689—703 (1930).

Ein 23-jähriger Mann, der in bezug auf sein Herz gesund war, erlitt im Kriege eine Granatsplitterverwundung in der Gegend des Scarpaschen Dreiecks mit Verletzung der Art. femoralis. Einige Tage später stellten sich Angina pectoris-Anfälle ein, die sehr häufig auftraten. Nach 12 Jahren (im Jahre 1929) wurde, da sich Zeichen einer linksseitigen Reizung des Halssympathicus zeigten (Exophthalmus, arterielle Spasmen usw.), links eine Sympathektomie vorgenommen (Halsganglion einschließlich des Ganglion stellatum). Der Erfolg ist bisher, 8 Monate lang, ein guter. Weniger befriedigend war der Erfolg im 2. Falle. Amputation des rechten Oberschenkels im Jahre 1918 wegen Kriegsverletzung mit Tetanus. Starke schmerzhafte Krisen im Amputationsstumpf, welche sich auf den ganzen Körper ausbreiteten und täglich 1—2 mal auftraten. Nach 11 Jahren, 1929, traten stenokardische Anfälle auf; dieselben besserten sich für einen Monat nach Operation eines Neuroms am Ischiadicus. Nach Exstirpation des Ganglion stellatum links trat auch nur eine vorübergehende Besserung für 6 Wochen ein; dann begannen die Anfälle wieder, aber von etwas anderem und milderem Charakter; sie bestanden vor allem in dem Gefühl der Engigkeit und Tachykardie. Magnus-Alsleben.^o

Sauteraud, Armand: Uleère du duodénum et traumatisme, ses rapports avec les accidents du travail et la loi du 9 avril 1898. (Duodenalgeschwür und Trauma, seine Beziehungen zum Betriebsunfall und zum Gesetz vom 9. IV. 1898.) (Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 8. XII. 1930.) Ann. Méd. leg. etc. 11, 53—55 (1931).

43-jähriger Mann, der seit 4 Jahren zeitweise Symptome von Hyperchlorhydrie, niemals aber Zeichen eines Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüres gezeigt hatte, erlitt am 24. X. eine Verletzung, indem er von einem Eisenblock, den ein Arbeiter unvorsichtig getragen hatte, gegen ein Brunnengeländer angepreßt wurde. Er verspürte sofort heftige Schmerzen, zeigte am nächsten Tage schwarze Stühle, Blut in den Faeces. Sauteraud schließt auf ein traumatisches Ulcus duodeni, schätzt die Arbeitsunfähigkeit auf 6 Wochen bis 2 Monate und die Erwerbseinbuße auf dauernd 30—40%. Letztere Schätzung dürfte wohl bei manchem Gutachter Widerspruch finden. Kalmus (Prag).

Wiesner: Beitrag zur Frage der traumatischen Entstehung der Magen- und Duodenalgeschwüre. Veröff. Heeressan.wes. H. 84, 139—154 (1930).

Nach eingehender Besprechung der Literatur werden 9 Fälle mitgeteilt, bei denen ein Trauma des Bauches zu Magenbeschwerden geführt hat. Bei 5 von diesen Fällen glaubt der Verf. an das Bestehen eines Ulcus. (Die Mitteilungen aus den Krankengeschichten, besonders die Röntgenbefunde, sind jedoch für diese Annahme wenig beweisend. Keiner von den 9 Fällen wurde operiert, so daß ein sicherer Beweis für ein Ulcus nicht erbracht ist.) W. König (Leipzig).^o

Grassheim, Kurt: Über den Zusammenhang zwischen Unfall, Erysipel und zentraler Fettsucht. (I. Med. Klin., Charité, Berlin.) Dtsch. med. Wschr. 1930 II, 1617—1618.

Nach einem Unterschenkelunfall, der von einem schweren hochfieberhaften Erysipel gefolgt war, hatte sich bei dem Patienten eine Fettsucht mit 105,8 kg Gewicht bei 176 cm Körperlänge entwickelt; es handelt sich um eine cerebrale Fettsucht durch Zwischenhirnerkrankung mit Oligurie, Erhöhung des Kochsalzgehaltes im Blut bei erniedrigtem Wassergehalt, fast vollkommenem Fehlen der spezifisch-dynamischen Eiweißwirkung, leichter Erhöhung des Grundumsatzes, starker der Polarisationskapazität der Haut. Nervensystem sonst intakt, Röntgenbild der Sella nicht angegeben. Verf. glaubt, daß das Erysipel, sei es durch toxische Wirkung, sei es durch Embolie die Zwischenhirnschädigung hervorgerufen hat und verweist als Analogon auf die Entstehung eines Parkinsonismus nach Traumen (wobei allerdings das periphere Trauma mehr als problematisch ist); ferner darauf, daß eine

Paralysis agitans durch Infektionskrankheiten exacerbiert werden kann. Ein ähnlicher Fall von cerebraler Fetsucht nach Wundrose ist bisher nicht bekannt. *F. Stern* (Kassel)._o

Umber, Friedr.: Der Diabetes in Beziehung zu Umwelt und Trauma. (*I. Inn. Abt., Städt. Krankenh., Westend.*) *Klin. Wschr.* 1931 I, 5–10.

Erblichkeit bei Diabetes ließ sich im Material Umbers bei 26% der Fälle nachweisen. Der Verf. trennt scharf die beiden Begriffe Glykosurie und echter Diabetes. Entschädigungspflicht bei Trauma und extrainsulärer Reizglykosurie lehnt er ab. Im Gegensatz hierzu steht der echte insuläre Diabetes, bei dem z. B. Infekte als verschlimmern anzusehen sind. Als verschlimmern sind auch gewerbliche Berufskrankheiten, wie z. B. chronische Bleivergiftung, anzusehen. Echter traumatischer Diabetes kann in der Regel nicht anerkannt werden. U. steht hier im Gegensatz zu anderen Autoren. Eine wesentliche Verschlimmerung eines bestehenden insulären Diabetes durch ein Trauma ist äußerst selten. Psychische Traumata als Ursache lehnt er ab. *Strieck*._o

Hegna, Halvard: Bleivergiftung. (*Avd. VIII, Ullevål. Sykeh., Oslo.*) *Norsk. Mag. Laegevidensk.* 91, 673–678 u. dtsch. Zusammenfassung 678 (1930) [Norwegisch].

6 Fälle von Bleivergiftung durch das Schneiden von mit Mennige (Pb_3O_4) bestreichen Eisenbalken werden mitgeteilt. Das Leiden hatte sich hier während der Arbeit trotz der Anwendung von Masken entwickelt. 2 der Kranken hatten eine vorübergehende Azotämie ohne andere Zeichen eines Nierenleidens. Die Diagnose auf Bleivergiftung wird oft nicht gestellt, weil die ersten Zeichen derselben übersehen und nicht gesucht werden, so Bleisaum, Hämatoporphyrinurie, basophile Punktiering der Zellen, und vor allem die Darmspasmen mit schwerster Obstipation. In nicht wenigen Fällen wurde Ileus und andere Darmaffektionen angenommen, die zu unnötigen Operationen führten. Nicht selten sind schon im Anfang außerdem süßlicher, trockener Geschmack im Munde, Anorexie, Abmagerung und Arthralgien vorhanden. *S. Kalischer*._o

Hirsch, S.: Lymphogranulomatose und Unfall. *Klin. Wschr.* 1930 II, 1872–1875.

Es handelt sich bei dieser Arbeit um ein Obergutachten für das Oberversicherungssamt, in welchem entschieden werden soll, ob eine Lymphogranulomatose, die im September 1929 festgestellt wurde, als Folge anzusehen ist einer durch Unfall im Februar 1929 erlittenen Brustquetschung mit Bruch der 4. bis 8. Rippe rechts. Verf. bringt die Geschichte des Unfalls und der Erkrankung ziemlich ausführlich und berichtet dann über einige Fälle aus der Literatur, bei denen ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Lymphogranulomatose angenommen wurde. Er kommt auf Grund dieser Erwägungen dann zu dem Schluß, daß im vorliegenden Fall die Lymphogranulomatose in ihrer Anlage bereits vor dem Unfall bestanden hat, daß aber die Wahrscheinlichkeit einer Verschlimmerung durch den erlittenen Unfall nicht bestritten werden kann. Als entscheidend fordert er in Anlehnung an die Geschwulstentstehung durch Trauma folgende drei Bedingungen: 1. Einstellen der Erkrankung im unmittelbaren zeitlichen Anschluß an den Unfall. 2. Hat der Unfall den Körperteil betroffen, an dem sich die ersten Krankheitsscheinungen bemerkbar machen? 3. War der Unfall mit einer so starken mechanischen Erschütterung verbunden, daß hierdurch die Mobilisation von Krankheitskeimen oder Krankheitsanlagen vom biologischen Standpunkt aus möglich erscheint? *Zillmer* (Berlin-Tempelhof)._o

Suermondt, W. F.: Impftuberkulose. (*Vereinig. Niederrhein.-Westfäl. Chir. u. Niederländ. Vereinig. f. Heilk.*, Amsterdam, Sitzg. v. 7. XII. 1929.) *Zbl. Chir.* 1930, 2391–2395.

Bei der traumatischen Tuberkulose werden 3 Arten der einwirkenden Gewalt unterschieden: 1. das infizierende Trauma als Ursache der Impftuberkulose, 2. das lokalisierende Trauma (Bacillen zur Zeit der Verwundung im Blut vorhanden) als Locus minoris resistantiae, 3. das mobilisierende Trauma, d. h. ein vorher bestehender tbc. Herd, vom Trauma getroffen, wird entweder manifest oder ein aktiver Prozeß wird verschlimmert. Nach Zollinger darf man nur dann von einem lokalisierenden Trauma sprechen, wenn das Trauma die allgemeine Immunität des Organismus derartig geschädigt hat, daß Bacillen, die während oder sofort nach dem Unfall und noch vor Beendigung der direkten Unfallfolgen in den Körper gelangten, sich am Orte des Traumas niederlassen und dort den Organismus infizieren können. Meist bestand vor dem Unfall ein latenter Herd, so daß das Trauma als mobilisierend anzusehen ist. Dazu kommt nach Magnus,

daß der Unfall ein erheblicher gewesen sein muß. In der Praxis werden leider noch zu häufig Zusammenhänge rekonstruiert, ein Übelstand, dem eine nach dem Unfall sofort vorgenommene Röntgenuntersuchung bald abhelfen würde. Als einzige reine Form der traumatischen Tbc. ist die Impftuberkulose anzusehen, die auch nach Flesch-Thebesius die einzige Form der chirurgischen Tbc. zu sein scheint. Diese Ansicht glaubt Schmidt einschränken zu müssen, wenn er behauptet, daß außer der Impf-Tbc. noch ein zweiter Faktor, eine Prädisposition für Tbc., vorhanden sein muß, damit die Infektion angehen kann. Die echte Impf-Tbc. entsteht in wenig blutenden (stark blutende Wunden reinigen sich selbst), und meist mehr oder weniger zerfetzten Wunden, fast nie in einer großen Wunde (wegen der bei diesen Wunden auftretenden kräftigen Wundreaktion). Die klassische Form der Impf-Tbc. tritt nach Beschniedung jüdischer Kinder auf. (Aussaugen der Wunde durch tuberkulöse Schächter.) Auftreten der ersten Erscheinungen 2 Wochen nach der Infektion. (Nach der Statistik von Wolff bei 56 Fällen 63% Mortalität.) An zweiter Stelle folgt die Impfung bei Ärzten und Pflegepersonal, meist in Form der Leichentuberkel. Die Impf-Tbc. tritt meist nach 3—4 Wochen auf, als oberste Grenze werden 6 Monate angegeben. Bei der lymphogenen Verbreitung des Prozesses stellen sich Schwellungen der regionären Drüsen ein.

Beschreibung zweier Fälle von echter Impf-Tbc. 1. Fall: 10jähriger Knabe läuft barfuß vor dem Hause des Nachbarn vorbei, in dem tuberkulöse Kranke ihr Sputum auf die Straße spuckten. Der Junge trat auf einen Nagel. Nach einigen Wochen typische Tbc. an der Nagelverwundung. In der Leistengegend mehrere, teils erweichte, teils perforierte Lymphome. An Fußknochen röntgenologisch keine Tbc. 2. Fall: 13jähriger Knabe, aus gleichem Dorf, badet in einem Graben hinter den Häusern und verletzt sich den Fußrücken mit Glassplitter. Nach 3 Wochen tbc. Ulcus an der Verletzungsstelle, begleitet von Drüsenschwellungen in der Leistengegend. Exstirpation des tbc. Herdes, Bestrahlung der Drüsen. Der 1., nur konservativ behandelte Fall brauchte etwa 1 Jahr bis zur Heilung, während der 2. Fall nach 6 Monaten geheilt war. (Beide Fälle histologisch und durch Tierversuch sichergestellt.)

Kott (Rosenberg/Wpr.).^{oo}

Gougerot, Burnier et Olga Eliacheff: Epithélioma de la joue consécutif à la projection d'une goutte de sulfure de carbone. (Epitheliom der Wange, entstanden an einer von einem Schwefelkohlenstoffspritzer getroffenen Stelle.) Arch. dermatosyphiligr. Hôp. St.-Louis 2, 517—519 (1930).

Einer 40jährigen Frau spritzte bei ihrer Arbeitstätigkeit ein Tropfen von einem warmen Schwefelkohlenstoff an ihre linke Wange. 2 Monate später bildete sich an derselben Stelle ein verkrusteter Herd. Nach Ablauf eines Jahres bestand dort eine kaum linsengroße Ulceration, die excidiert wurde und sich bei der histologischen Untersuchung als baso-celluläres Epitheliom erwies. Submaxilläre Lymphdrüsenschwellungen waren nicht nachweisbar.

Das Epitheliom ist den nach Einwirkung von Pech entstandenen Epitheliomen gegenüberzustellen.

S. Fuss (Ludwigshafen a. Rh.).

Becker: Über eine durch Eindringung von Kuhhaaren hervorgerufene eitrige Entzündung der Melkerhände und deren sanitätspolizeiliche Bedeutung. Z. Med.beamte 43, 398—401 (1930).

Verf. beschreibt den aus dem Titel ersichtlichen und angeblich im Schrifttum nicht bekannten Symptomenkomplex als eine nicht seltene und in Kreisen der Melker wohlbekannte Gewerbeerkrankung. Die Erkrankung kommt dadurch zustande, daß die feinen Kuhhaare in die häufig in den Zwischenfingerfalten vorhandenen Schrunden eindringen und von dort aus weiter wandern und dann zur Ausbildung von schweren eitrigen Entzündungen des Unterhautzellgewebes Anlaß geben. Derartige Bildungen finden sich sowohl an der Hohlhand als auch am Handrücken. An letzterer Stelle kommt es bei der Zartheit der Haut oft zu langwierigen Fistelbildungen. Das Wandern der einmal eingedrungenen Kuhhaare wird besonders durch deren anatomischen Bau (starke Ausbildung der Cuticulazellen, die über die Oberfläche des Haars weiter vorstehen, so daß das Haar ein sägeförmiges Aussehen gewinnt) besonders begünstigt. Daran leidende Personen dürfen in Milchbetrieben nicht beschäftigt werden, da sie geeignet sind, beim Melken die Tiere zu gefährden und auch die Gefahr besteht, daß durch sie Krankheitserreger weiter übertragen werden. S. Fuss.