

Verwendung von zwei Analysenlampen. Da das Aufnahmeobjekt nicht nur sichtbare Strahlen aussendet, sondern auch ultraviolettes Licht reflektiert, muß vor die photographische Kamera ein Ultraviolett absorbierendes Filter geschaltet werden, weil sonst bei den notwendigen langen Belichtungszeiten eine Verschleierung eintritt. Als Filter wird 1proz. Cerammoniumnitratlösung in einer 1 cm dicken Cuvette verwendet oder auch ein Trockenfilter von Schott & Genossen, G.G. 4 2 mm. Man kann andererseits auch das sichtbare Licht ausschalten und nur mit dem reflektierten Ultraviolett photographieren; man setzt dann vor die Kamera ein 2 mm dickes Schwarzglasfilter. Dabei zeigt sich, daß die allgemeine Annahme, die Glasoptik würde das Ultraviolett nicht durchlassen, durch die erzielten guten Aufnahmen widerlegt wird. Nur für kürzere Wellen als 366 m μ ist eine Quarzoptik notwendig. In einer Tabelle werden sodann die für die verschiedenen Zwecke und Aufnahmearten notwendigen Filter, Plattensorten und Belichtungszeiten vergleichsweise zusammengestellt. Zur Entwicklung von Halbtonaufnahmen wird ein Paraamidophenol-Ätzkalientwickler (z. B. Rodinal, Perinal) in der Verdünnung 1:20 empfohlen, während für Strichzeichnungen bei Verwendung von phototechnischen Platten ein eigener hartarbeitender Metol-Hydrochinonentwickler angegeben wird. Im Anschluß daran bespricht der Autor auch die Photographie im Ultrarot, die gegenüber der im Ultraviolett bedeutend einfacher ist; es genügt als Lichtquelle eine elektrische Glühlampe, eine Heizsonne oder eine Heizplatte. Für solche Aufnahmen sind besonders sensibilisierte Platten notwendig, doch werden solche fertig von der Agfa in den Handel gebracht (Infrarot „Rapid 730“, Infrarot „Rapid 810“ und Infrarot „Hart 730“, wobei die Zahl dem Sensibilisierungsmaximum in m μ entspricht). Die Aufnahme kann entweder im Kopierrahmen mit dem Kontaktverfahren durchgeführt werden, wobei die infraroten Strahlen viele Lagen Papier durchdringen können und z. B. Schrift eines Zwischenblattes auf der Platte zum Abdruck bringen können. Dabei ist die Anwendung eines Filters oft nicht notwendig, da sichtbares Licht mehrere Lagen Papier nicht durchdringt. Bei Verwendung einer gewöhnlichen Aufnahmekamera ist ein spezielles Rotfilter erforderlich (z. B. R.G. 4 1 mm), wobei die Belichtungszeit etwa 1 Minute ist, wenn der gleiche Gegenstand bei Tageslicht bzw. starkem Kunstlicht auf gewöhnlichen Platten etwa $\frac{1}{2}$ Sekunde Belichtungszeit erfordert. Im Freien bei gleicher Blende verhalten sich die Belichtungszeiten für Tageslichtaufnahme (auf Agfa Extra Rapid ohne Filter) und Infrarotaufnahme (mit Agfa „Rapid 730“ und Rotfilter) so wie 1:20. Wenn auch die Mitteilungen des Autors vorwiegend für den Kriminalisten bestimmt sind, so haben derartige Winke und Hinweise gewiß auch für den Biologen hohes Interesse. *Scheminsky.*

Versicherungsrechtliche Medizin.

● **Remund, M. H.:** Gerichtlich-medizinische Erfahrungen und Probleme bei Automobilunfällen. Materialbeitrag zu einem künftigen Automobilgesetz. Basel: Benno Schwabe & Co 1931. 199 S. u. 35 Abb. RM. 8.—.

Der Verf. berichtet ausführlich über seine in den letzten Jahren gemachten Erfahrungen bei Automobilunfällen. Sowohl für die medizinische Beurteilung als auch für rechtliche Überlegungen ist die Rekonstruktion des Unfalles notwendig. Sie ergibt sich einestheils aus der Interpretation der Spuren und Deutung der Verletzungen, andernteils aus den im allgemeinen vorsichtig aufzunehmenden Zeugenaussagen. In einem besonderen Abschnitt werden auf Grund zahlreicher untersuchter Fälle die verschiedenen Entstehungsarten der Verletzungen (Anprall, Schleuderung, Überfahrenwerden usw.) geschildert, deren Unterscheidung häufig auf außerordentliche Schwierigkeiten stößt. Auch aus den Spuren, die sich am Körper der Verletzten, an den Kleidern, am Fahrzeug, und an der Fahrbahn finden, ergibt sich nur eine teilweise Möglichkeit einer richtigen Interpretation. Da auch die Aussagen der Zeugen, der Angeschuldigten und der Geschädigten keinen Verlaß bieten, kann in den meisten Fällen der Schuldbeweis nicht erbracht werden. Da dadurch das Prinzip der Schuldhaftung hinfällig wird, weist der Verf. auf die Notwendigkeit der Forderung der Kausalhaftung bei Motorfahrzeugunfällen. In einem Abschnitt über Intoxikationen bei Autounfällen wird besonders die Bedeutung der akuten Alkoholintoxikation besprochen, die Untersuchungsmethoden und ihre Bewertung in der Praxis. Im letzten Kapitel werden die Probleme der Führerbewilligung vom medizinischen Standpunkt aus erörtert. Körperliche und psychische Mängel der Autoführer spielen bei der Verursachung von Unfällen eine große Rolle. Die Erfahrung zeigt, daß eine große Anzahl von körperlich oder geistig Untauglichen oder nur bedingt Tauglichen sich zum Führen von Motorfahrzeugen melden. Es muß daher der ärztlichen Untersuchung vermehrte Aufmerk-

samkeit zugewendet werden, und eine Einführung einer obligatorischen ärztlichen Untersuchung und Kontrolluntersuchung angestrebt werden. Zuletzt wird eine Übersicht der gesetzlichen Regelung in verschiedenen Ländern gegeben. *Schönberg* (Basel).

Piccard, P.: Zur ärztlichen Begutachtung der „Erwerbsunfähigkeit“. Schweiz. Z. Unfallmed. 25, 171—180 (1931).

Bei der „Erwerbsunfähigkeit“ handelt es sich um einen juristischen Begriff. Neben ihm kommen namentlich in Betracht die Begriffe der „Erwerbseinbuße“, der „Arbeitsunfähigkeit“ und der „Beeinträchtigung der körperlichen Integrität“. Die Verwechslung dieser 3 Begriffe mit demjenigen der Erwerbsunfähigkeit (der Mediziner verwechselt sie häufig) ist für den Ausgang der Versicherungsstreitigkeiten sehr schädlich. Verf. gibt nun sozusagen die differentialdiagnostischen Merkmale für die genannten 4 Begriffe. Stets ist ins Auge zu fassen der Beruf des Versicherten, meist auch die spezielle Arbeit, die ihm in diesem Berufe obliegt, weiterhin seine Intelligenz und sein Bildungsgrad, sein Alter und seine Anpassungsfähigkeit. Der Gutachter verzichtet am besten auf die Angabe von Prozentsätzen der Erwerbseinbuße und begnügt sich damit, festzustellen, welche körperlichen Funktionen im konkreten Falle noch möglich sind und welche nicht. Dadurch zwingt er den Richter, sich darüber schlüssig zu machen, welcher Beruf und welche einzelnen beruflichen Arbeiten denn maßgebend seien, und erst gestützt hierauf die Verminderung der Erwerbsfähigkeit einzuschätzen. *Kurt Mendel.*

Feilchenfeld, Ernst: Zu dem Begriff der „bestehenden“ Krankheit bei den privaten Krankenkassen. (*Ambulat., Dermatol. Abt., Rudolf Virchow-Krankenhaus, Berlin.*) Dtsch. med. Wschr. 1931 II, 1383.

Bei einem Krankenkassenpatienten tritt erst nach Eintritt in die Kasse und nach Ablauf der Wartefrist eine *Tabes* auf. Die Kasse lehnt die Behandlung ab mit der Begründung, daß schon beim Eintritt in die Kasse und während der Wartezeit wenn nicht *Tabes*, so doch *Lues* bestanden haben muß. Patient klagt die Kasse ein.

Das Kammergericht zu Berlin gibt mit Urteil vom 26. IV. 1930 dem Kläger recht mit der Begründung, daß *Tabes* keine regelmäßige Spätfolge der Syphilis darstellt, sondern als eine Krankheit eigener Art aufgefaßt werden muß, welche nur bei einem Teil der Syphilitiker auftritt. Die Annahme, daß bei Eintritt des Patienten in die Kasse eine *Lues* bereits bestanden hat, genügt nicht, um die Entschädigungspflicht der Kasse im Fall einer später auftretenden *Tabes* auszuschließen. *Miescher* (Zürich).

Gayer: Rentenschwindel. Allg. Z. Psychiatr. 95, 444—445 (1931).

Bericht über einen Fall: Trauma, bestehend in Zusammenstoß mit einem Motorradler. Etwa 4 Wochen im Krankenhaus. Zunächst 100% Rente, nach 5 Monaten 50%. Neben Unfallfolgen Labyrinthschädigung und Hysterie als Reaktion auf das Entschädigungsverfahren. Es gelang ihm, von einem Gutachter bescheinigt zu bekommen, daß er bei seinem Unfall eine schwere Schädigung des Linsenkerns erlitten habe und ein Parkinsonsyndrom biete. 100% Rente. Pseudodementes Verhalten. „Dieses Rentenidyll wurde vor einer Gerichtsverhandlung zerstört.“ Letztere fand wegen sexueller Delikte des Patienten statt. Es kam nun heraus, daß Patient ein Simulant war, daß er sich vor jeder ärztlichen Untersuchung durch Medikamente (*Luminal* u. a.) und andere Mittel schwächte. *Kurt Mendel.*

D'Amico, Diego: Considerazioni e proposte medico-legali intorno alle lussazioni ed alle sublussazioni del cristallino. (Gerichtlich-medizinische Betrachtungen und Vorschläge, die Luxation und Subluxation der Linse betreffend.) (6. Congr. d. Soc. Ital. d'Oft. e 22. Congr. d. Assoc. Oft. Ital., Roma, 22.—24. X. 1930.) Atti Congr. Oftalm. 602—605 (1931).

Verf. erwähnt die bei hoher Myopie, bei Bildungsanomalien und bei Erkrankungen der inneren Augenmembranen vorkommenden spontanen Linsenluxationen und beschäftigt sich mit den durch stumpfes kontudierendes Trauma wie auch durch perforierendes scharfes Trauma entstandenen Luxationen, wobei Zerreißung der Zonula eintreten kann mit sofortiger oder später sich ergebender Linsenluxation. Es kann zu kataraktöser Trübung der verlagerten Linse kommen, doch kann Katarakt auch jahrelang ausbleiben trotz hochgradiger Luxation. Gelegentlich Glaukom. Daher soll mit der Festsetzung der Entschädigung bei Unfallsversicherten eine periodische Revision durch mehrere Jahre hindurch verbunden werden. *Koch* (Triest).

Becker, B. M.: Exposure of simulated deafness by bone conduction tests. (Entlarvung vorgetäuschter Taubheit durch Prüfung der Knochenleitung.) (*Dep. of Otolaryngol., Long Island Coll. a. United Israel-Zion Hosp., Brooklyn.*) *Laryngoscope* **41**, 653—655 (1931).

Die Lateralisierung des Stimmgabeltones nach der objektiv unwahrscheinlichen Seite beim Weberschen Versuch ist in der Beobachtung vorgetäuschter Taubheit oder Schwerhörigkeit bekannt, genügt aber in den meisten Fällen nicht zur ausreichenden Begründung des Simulationsverdachtes. Vorgeschlagen wird die Prüfung der Knochenleitung auf jeder Seite unter gleichzeitiger Einblasung eines kräftigen Luftstromes in einen äußeren Gehörgang, wobei das betreffende Ohr praktisch für Luft- und Knochenleitung ausgeschaltet wird. Der wesentliche Unterschied ist dabei zu beobachten, wenn der Luftstrom in das gesunde Ohr geleitet wird. Während in diesem Fall der organisch Schwerhörige die Stimmgabel von jedem Warzenfortsatz aus entweder gar nicht oder im kranken Ohr hört, je nachdem es sich um eine Störung des schallempfindenden oder des schalleitenden Apparates handelt, wird der Simulant oder Übertreiber geneigt sein, den tatsächlich im angeblich kranken Ohr gehörten Ton in das gesunde Ohr zu verlegen.

Keffler (Schlachtensee).

Berger, W.: Über vorgetäushtes Ablesen. (*Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskranke, Münster i. W.*) *Mschr. Ohrenheilk.* **65**, 1087—1093 (1931).

Verf. wählt zur Prüfung Worte, deren Laute beim Ablesen nicht zu unterscheiden sind. Werden kleine Sätze, die in dieser Weise aus ähnlich klingenden Worten zusammengesetzt sind, zum Ablesen geboten, so kann sie der organisch Schwerhörige nicht unterscheiden und muß fehlerhafte Antworten geben. Richtiges Nachsprechen beweist die seelisch bedingte Störung, ermöglicht aber nicht die Unterscheidung von Simulation und hysterischer Reaktion oder die Trennung der Komponenten bei „Simulationshysterie“. Jedoch erhalte man Anhaltspunkte für weitere Entlarvungsversuche; vor allem aber sei es möglich, mit dieser Methode auch bei negativistischen Patienten Zugang zu ihnen zu finden, das Mißtrauen gegen den Untersucher zu vermeiden. Beispiele für diese nicht ganz unbekannte und auch vom Ref. oft mit Erfolg verwendete Hilfe sind im Original zu finden. Verf. gibt noch seine Ansicht zum Ausdruck, daß der Otiater sich damit begnügen soll, die objektive Perzeptionsfähigkeit festzustellen, die Frage aber, in welcher Weise diese Eindrücke nun verarbeitet würden, bewußt usw., dem Psychiater zu überlassen.

Klestadt (Magdeburg).

Muck, O.: Die Begutachtung postkommotioneller Spätfolgen unter Berücksichtigung des Adrenalin-Sondenversuchs. (*Ohren-, Nasen- u. Halsklin., Städt. Krankenhaus. u. Knappschafts-Nervenkrankenh. Lührmann-Stiftung, Essen.*) *Klin. Wschr.* **1931 II**, 1713—1718.

Bei 400 Bergarbeitern, die auf Gehörstörungen untersucht wurden, fand sich nur in 6% eine weiße Strichzeichnung, die differentialdiagnostisch nicht geklärt werden konnte. Dagegen fand sich bei 120 neu untersuchten Schwerschädelverletzten die weiße Strichzeichnung in 98,3% der Fälle, und zwar auf der Seite der Läsion, als Ausdruck der Meningopathia vasogenica posttraumatica. Allerdings hat nicht jeder Verletzte mit diesem Symptom auch noch posttraumatische Beschwerden. Notwendig ist, daß die Prüfung von einem mit der Methodik wirklich Vertrauten ausgeführt wird.

F. Stern.

Schück, Franz: Hirnverletzung und Bewußtseinsfrage. (*Städt. Krankenh. am Urban, Berlin.*) (*55. Tag. d. Dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 8.—11. IV. 1931.*) *Arch. klin. Chir.* **167**, Kongr.-Ber., 322—326 (1931).

Der Vortragende unterstreicht die früher von ihm geäußerte Auffassung, daß die Bewußtlosigkeit bei der Gehirnerschütterung vom untersten Hirnstamm her ausgelöst wird. Die Auffassung wird durch Erfahrungen an Kopfschüssen unterstützt. Bei Schüssen in der vorderen Großhirngegend fehlt Bewußtlosigkeit oft, um so häufiger ist sie bei Verletzungen der hinteren basalen Gegenden. Eine ähnliche Diskrepanz besteht zwischen Konvexitäts- und Basisbrüchen. Es wird angenommen, daß die

bewußten Funktionen des Großhirns ein gemeinsames Ganzes bilden, für das Stammganglien und unterer Hirnstamm die Basis darstellen. *F. Stern* (Kassel).

Oesterlen: Herzschlag, Hirnschlag oder Hirnabsceß? *Med. Klin.* 1931 II, 1463 bis 1466.

Gutachten. Im Jahre 1916 Kopfverletzung durch Einsturz des Unterstandes infolge Volltreffers. Schläfenwunde. Anlässlich der Revision der Wunde wurde eine haarfeine, etwa 1 cm lange Spalte im Knochen gesehen, eine Absplittterung der Tabula interna aber für sehr unwahrscheinlich gehalten. Andauernde, hauptsächlich nächtliche Kopfschmerzen, Schwindel, leicht erregbar, Gedächtnisschwäche. Später Anfälle von Geistesabwesenheit. Im Jahre 1928 plötzlicher Tod. Der Gutachter glaubt, daß es sich um einen Hirnabsceß handelte mit schlagartigem Atmungsstillstand oder Lähmung der Atmung in kurzer Frist. *Kurt Mendel*.

Sorel, Émil, Raymond Sorel et Gadrat: À propos d'un cas de syndrome de Brown-Séquard traumatique par balle de revolver. (Traumatischer Brown-Séquard durch Revolverkugel.) *Paris méd.* 1931 II, 436—438.

Das Brown-Séquardsche Syndrom durch Geschößverletzung kann durch den Weg des Geschosses, Knochen-, Gefäßverletzungen usw. klinische Besonderheiten zeigen. Im vorliegenden Fall: Reiner Brown-Séquard, durch Revolverkugelverletzung des unteren Halsmarks links; spinale Hemiplegie links mit Babinski, Tiefensensibilitätsstörung und Hornerischem Syndrom links, Schmerz-Temperatursinnstörung rechts, darüber hyperästhetische Zone. Eine atrophische Lähmung vom Typus Dejerine-Klumpke im Gebiete von C₃—C₇ und D₂ mit E.A.R. war durch Zerreißung der Cervicalwurzeln links durch den Geschößweg hervorgerufen. — Weitgehende Rückbildung der Brown-Séquard-Symptome. — Hinweis auf die Wichtigkeit solcher Beobachtungen für die forensische Medizin. *Arthur Stern* (Berlin).

Laurinagaray, José M.: Über Folgen der Gehirnerschütterung. *Rev. Criminologia* etc. 18, 424—426 (1931) [Spanisch].

Unter kurzer Anführung zweier Fälle betont Verf. die forensisch-medizinische Bedeutung gewisser, oft nur subjektiver Folgen der Hirnerschütterung (postkommotionelles Syndrom), die mangels objektiver Zeichen übersehen oder als Simulation bewertet werden: Nach Intensität, Dauer variable Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, psychische Behinderungen, Charakterwandlung, bisweilen von Liquorhypertension, Albuminvermehrung begleitet.

Pfister (Bad Sulza).

Simon, Hermann: Parasitismus socialis. Eine grundsätzliche gutachtliche Stellungnahme zur „Neurosen“-Frage. (*Prov.-Heilanst., Gütersloh.*) *Ärztli. Sachverst.ztg* 37, 243—249 (1931).

Mitteilung eines Versorgungsgutachtens, in Anbetracht der Tatsache, wie wenig Klarheit und Einheitlichkeit unter den gutachtenden Ärzten besteht. Hysterische Reaktion (anscheinende Gehunfähigkeit) während des Krieges als Dienstbeschädigung anerkannt. Unmittelbar nach dem Kriege konnte er wieder laufen, beantragte Verstümmelungszulage. Zielbewußtes und zum Teil sehr grobes Vorgehen; Arztbedrohung. Invalidenrentenantrag. Dann jahrelang Büroarbeit. Nach Arbeitsentlassung wieder zunehmende psychische Symptome und 1930 Überführung in die Heil- und Pflegeanstalt. Dort abweisend, Trotzeinstellung. 11 kg Gewichtsabnahme in einem Jahr. Nachlassen der Aktivität. Bewußte Vortäuschung für diesen späteren Zustand wird nicht angenommen. Die gutachtliche Beurteilung entspricht den gegenwärtigen psychopathologischen Auffassungen.

Reichardt (Würzburg).

Stuchlík, Jar.: Verhütung der traumatischen Neurosen. *Rev. Neur.* 28, 380—385 u. franz. Zusammenfassung 386 (1931) [Tschechisch].

Nachdem Verf. kurz den Begriff der traumatischen Neurose, die Einstellung des traumatischen Neurotikers und das Wesen dieses krankhaften Zustandes besprochen hat, wobei er 2 Punkte besonders hervorhebt, nämlich: 1. Verarbeitung des Traumas im Sinne eines Gewinns aus der Krankheit, sei er materieller oder moralischer Natur, die sich dementsprechend 2. erst nach einem gewissen zeitlichen Abstand entwickelt, wendet er sich der Prophylaxe von solchen Zuständen zu. Dabei kommen — vom medizinischen, nicht sozial-wirtschaftlichem Standpunkt gesprochen — nur psychotherapeutische Methoden in Frage, die nur ein Ziel haben können, d. h. den Gedanken an Gewinn aus der Krankheit durch den an die Gesundheit zu ersetzen; man muß mit ihnen möglichst früh nach dem Trauma beginnen. Die benutzten Mittel sind natürlich immer der Individualität des Behandelten anzupassen. Er selbst unterscheidet zwischen 2 Arten von solchen Patienten: Die einen leben in einer ängstlichen Erwartung von erdachten schweren Unfallsfolgen, die anderen „leiden“ bereits resigniert

in angenehmer Erwartung des Gewinns. Bei den ersteren ist er so verfahren, daß er sie durch geeignete, womöglich mächtig suggestiv wirkende Bilder, Vorstellungen, Worte usw. die Qualen einer tatsächlich schweren Verwundung auskosten ließ, die Einstellung der anderen versuchte er zu ironisieren, karrikieren, bis sie die Unmöglichkeit und Lächerlichkeit der Situation eingesehen haben. Beide Methoden haben sich als gut geeignet erwiesen.

M. Seyfarth (Danzig)._o

Altmann, Ernst v.: Über Arachnitis spinalis circumscripta. Zugleich ein Beitrag zur Lehre von den sogenannten Unfallneurosen. (*Psychiatr. Abt., Städt. Krankenh., München-Schwabing.*) Nervenarzt 4, 521—526 (1931).

Gewisse Symptome, insbesondere Sensibilitätsstörungen, werden bei Verunfallten, besonders wenn es sich um Begutachtungs- und Rentenfälle handelt, nicht selten zu Unrecht als nur psychogen bedingt aufgefaßt. In einem solchen Fall konnte die organische Grundlage einer von anderen Gutachtern als hysterisch bezeichneten Sensibilitätsstörung auf Grund der Liquoruntersuchung — starke Erhöhung des Gesamtlíquor-Eiweißes — festgestellt werden. Eine Anzahl ähnlicher Fälle aus der Literatur zeigt, daß das Syndrom: partieller Lipidolstop und Eiweißvermehrung ohne Zellvermehrung im Liquor charakteristisch ist für die Diagnose einer posttraumatischen Arachnitis spinalis circumscripta.

Karl M. Walthard (Zürich)._o

Bianchi, Giuseppe: Rapporti fra trauma e morbo di Parkinson. (Zusammenhang zwischen Trauma und Parkinson.) (*Osp. Psichiatr., Novara.*) Riv. sper. Freniatr. 55, 513—519 (1931).

Ein 35-jähriger Mann erkrankte 2 Monate nach einem elektrischen Unfälle mit Verletzung am Kreuze und am rechten Scheitel mit linksseitigem Zittern, das allmählich in das Bild der Paralysis agitans überging. Andere ätiologische Faktoren, insbesondere eine Encephalitis und Lues waren auszuschließen und kommt allein das Trauma als Ursache der Erkrankung in Betracht. Verf. bespricht die einschlägige Literatur und kommt zu dem Ergebnisse, daß ein Trauma entweder direkte Läsionen in den basalen Ganglien erzeugt oder bei peripheren Verletzungen die Auslösung der Krankheit unterstützt.

Zingerle (Graz)._o

Mendel, Kurt: Basedowsche Krankheit und Unfall. Ein Gutachten. Med. Klin. 1931 II, 1357—1358.

Die Basedow-Symptome eines 17-jährigen Mädchens, das bei einem Autozusammenstoß einen Schreck erleidet, da sie, selbst unverletzt, die Verletzung ihrer Eltern ansehen muß, werden als Unfallfolge in dem Sinne anerkannt, daß bei vorhandener neurotischer Disposition durch den Schreck auf dem Wege Gefäßinnervationsstörung—Dysfunktion der Schilddrüse die latenten Symptome manifest wurden.

Krambach (Berlin)._o

Scheidel, Herbert: Ein jedenfalls traumatisch bedingter Fall von Addison'scher Krankheit, für den Kriegsdienstbeschädigung angenommen werden muß. (*Versorgungs-ärztl. Untersuchungsstelle, Berlin.*) Med. Klin. 1931 II, 1576—1577.

Als Ursache für eine Addison'sche Erkrankung von ungewöhnlich langer Dauer muß eine Schußverletzung im Rücken aus dem Jahre 1915 angenommen werden. 6½ Monate nach dieser Verwundung wurde erstmals eine Hautverfärbung festgestellt, die seitdem nicht wieder verschwunden ist. Man kann entweder an eine direkte Schädigung der Nebenniere — vielleicht auch nur ihrer Gefäßversorgung — denken, oder annehmen, daß auf dem durch das Trauma betroffenen Boden sich eine Nebennierentuberkulose entwickelt hat. Der ungewöhnlich protrahierte Verlauf der Erkrankung erklärt sich dadurch, daß nur die Nebenniere der einen Seite betroffen war.

A. Freund (Berlin-Neukölln)._o

Kaess: Zehn Monate nach elektrischer Starkstromwirkung auftretende Herzbeschwerden keine Unfallfolge. Z. Bahnärzte 27, 11—21 (1932).

Verf. teilt ein Gutachten mit, das er auf Veranlassung der Reichsbahndirektion erstattete und das sich über den ursächlichen Zusammenhang von Störungen des Herzens mit einer Starkstromwirkung zu äußern hatte. Der Fall wurde noch durch verschiedene Gutachten von anderer Seite beleuchtet, was immer zweckmäßig erscheint, da durch die gegenseitigen Begründungen der den gleichen Fall behandelnden Gutachten sich oft erst der Kern, auf den es ankommt, wirksamer herauschält. So dienen solche von verschiedenen Seiten beleuchteten Fälle dem Verständnis und der Klärung des Einflusses eines Unfalls auf die vorgebrachten Beschwerden.

Ein Schlosser hatte beim Anschrauben eines Eckwinkels an einem Wagen mit elek-

trischem Schraubenzieher plötzlich einen elektrischen Schlag mit Shockwirkung bekommen; unter Ausstoßung eines Schreies sank er in sich zusammen und hatte nach dem Aufrichten Schmerzen in allen Gliedern. Er fühlte sich am nächsten Tage so schlapp, daß er unfähig war zu arbeiten. Er war dann 7 Wochen arbeitsunfähig. Nach einem halben Jahr fingen Kopfschmerzen an im Hinterkopf aufzutreten. Der Schlaf war gestört und wegen Unruhe im ganzen Körper nur kurzdauernd, es bestand Herzklopfen und bei Anstrengungen Schwächegefühl. Bei der Untersuchung durch Verf. wurden lediglich funktionelle Störungen festgestellt, beschleunigte Herztätigkeit, lebhaftes Nachröten, lebhaftes Kniereflexe. Diese organisch nicht bedingten Störungen waren nach Ansicht des Verf. nicht als Unfallfolgen anzusehen, sondern als Folgen einer seelischen Reaktion, wie sie auch bei anderen entschädigungspflichtigen Unfällen sonst beobachtet werden. Im Gutachten einer Medizinischen Universitätsklinik wurde darauf hingewiesen, daß bei den am Menschen beobachteten Herzschädigungen durch elektrischen Strom meist ausgesprochene anatomische Schädigungen beobachtet werden, jedoch nicht immer nötig sind; schon sehr kleine Strommengen genügten, um bei ungünstiger, gerade durch das Herz verlaufender Strombahn am Herzmuskel und dem sehr feinen und empfindlichen Reizbildungs- und Reizleitungssystem des Herzens Veränderungen hervorzurufen. Theoretisch betrachtet liege daher sehr wohl die Möglichkeit vor, daß die vorhandenen Herzbeschwerden ursächlich mit dem Unfall zusammenhängen und auf organischer Schädigung des Reizbildungssystems beruhen. Auffallend sei aber der lange beschwerdefreie Intervall zwischen Unfall und Herzbeschwerden. Mit Gewißheit oder hoher Wahrscheinlichkeit könne ein Urteil hierüber aber nicht abgegeben, sondern nur die Möglichkeit betont werden. In der Psychiatrischen Klinik wurde nichts dafür festgestellt, was auf eine besonders starke Schreckwirkung bei dem Unfallhergang hinwies. Eine hysterisch-neurasthenische Komponente bei den Herzbeschwerden sei nach Art der Klagen und dem Gesamtverhalten ziemlich sicher auszuschließen. In einem Gutachten des Gerichtsarztes des Oberversicherungsamtes wurde endlich entgegen der Auffassung des Verf. die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges zwischen Unfall und Herzbeschwerden angenommen; dieser Schluß sei auch aus dem Gutachten der Medizinischen Klinik herzuleiten, die größere Möglichkeit spreche für einen Zusammenhang. In einem Schlußgutachten trat Verf. der Ansicht des Gerichtsarztes entgegen und wies darauf hin, daß sich Störungen infolge von Herzschädigungen durch den Unfall nicht erst 6 Monate nach Unfall als „Kopfschmerzen“ und 10 Monate danach in Form von Herzstörungen bemerkbar gemacht hätten; es sei recht auffallend, daß die Herzbeschwerden erst recht lange nach dem Unfall in Erscheinung getreten seien. Die bloße Möglichkeit genüge für die Haftbarmachung eines Unfalles nicht, zumal die Beschwerden auch unabhängig vom Unfall entstanden sein konnten. Während das Oberversicherungsamt dem Gutachten des Gerichtsarztes folgte und eine Rente von 30 % gewährte, hob das RVA. jedoch das Urteil auf und stellte den Ablehnungsbescheid wieder her mit der Begründung, aus dem klinischen Gutachten ergebe sich nur die Möglichkeit, nicht aber eine Wahrscheinlichkeit einer Herzschädigung durch den Starkstrom.

Ziemke (Kiel).

Zadek, I.: Traumatisher Morbus Vaquez? (II. Inn. Abt., Städt. Krankenh. Neukölln, Berlin.) Dtsch. Z. Chir. 233, 76—82 (1931).

Zadek beschreibt 1 Fall von Polycythämie, auch Morbus Vaquez genannt, mit Milzvenenthrombose. Als Folgen einer Kriegsschußverletzung fand sich unter anderem am Rücken, in Höhe des 1. Lendenwirbels eine Narbe von 2 cm Breite, die sich von der Mittellinie in $4\frac{1}{2}$ cm Länge nach rechts erstreckte und in der hinteren linken Axillarlinie in Höhe der 7. Rippe eine $1\frac{1}{2}$ cm lange Narbe. Außerdem bestand eine sinistro-laterale Kyphoskoliose der Brustwirbel und eine typische Headache Zone D. VIII l. bei alten Brüchen der linken 10. und 11. Rippe. Z. wirft nun die Frage auf nach dem Zusammenhang zwischen Milzvenenthrombose, Polycythämie und Kriegsverletzung. Die Möglichkeit des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Rippenbrüchen, Wirbelsäulenverkrümmung und andererseits Zirkulationsstörungen, Gefäßwandläsionen und Varizen der Milzvene wird zugegeben, aber auch betont, daß bei echter Polyglobulie Milzvenenthrombosen schon häufiger beobachtet wurden. Aber „gerade die Tatsache der Heilung des Morbus Vaquez bestimmt mich, die Polycythämie pathogenetisch mit der Milzvenenthrombose und damit möglicherweise mit der Kriegsdienstbeschädigung in Verbindung zu bringen“.

Plenz (Berlin-Zehlendorf).

Köhler, F.: Lungendurchschuß, Noma, Lungengangrän: Dienstbeschädigung? Ein Begutachtungsfall. Beitr. Klin. Tbk. 77, 632—640 (1931).

Gutachten: Aus einer Klagesache gegen den Reichsfiskus, betr. die Todesveranlassung eines 1917 durch rechtsseitigen Lungendurchschuß verletzten 34-jährigen Mannes:

Derselbe erkrankte 1928 an Noma, die durch chirurgische Behandlung geheilt wurde, aber den Tod nach Verlauf eines Jahres auf Grund von Lungengangrän an der Stelle der alten Lungenschußverletzung mit terminaler Basilar meningitis nach sich zieht. Der am 1. X. 1917 erlittene rechtsseitige Lungendurchschuß, dessen Tragweite schon aus der verhältnismäßig langen Lazarettbehandlung von 9 Monaten erschießbar ist, war von ausgedehnter Pleuraschwarten- und Bindegewebsnarbenbildung gefolgt und es bestand eine starke Anfälligkeit

für akute, fieberhafte Entzündungszustände. Davon zeugen auch die fast regelmäßig im Herbst und Frühjahr erfolgten, fieberhaften, ärztliche Behandlung erfordernden Erkrankungen, die ganzen Jahre vor 1928 hindurch. Die Noma heilte nach der Operation völlig aus. Von ihr fand eine Infektion an der Stelle des Lungenschusses als eines Ortes geringen Widerstandes statt. An dieser Erkrankung starb der Mann. Ein Zusammenhang war deshalb nicht nur mit großer Wahrscheinlichkeit, sondern mit Sicherheit anzunehmen und die Ursache des Todes durch Dienstbeschädigung wurde deshalb bejaht. *Schellenberg* (Ruppertsheim i. T.).

Duvour, M., et F. Bonnet-Roy: Les sténoses cicatricielles de l'œsophage et leur évaluation médico-légale. (Die narbigen Verengerungen der Speiseröhre und ihre gerichtsarztliche Bewertung.) Paris méd. 1931 II, 426—428.

Die Veröffentlichung erörtert die Entschädigungsfrage bei Oesophagusstrikturen, die infolge von versehentlichem Genuß ätzender Flüssigkeiten entstanden sind. Nach den persönlichen Erfahrungen der Verff. kommen Speiseröhrenverätzungen am häufigsten durch Trinken von Salzsäure vor, welche mit Weißwein verwechselt wird. Nach einem kurzen Überblick über die bekannten klinischen und pathologisch-anatomischen Folgen derartiger Vergiftungen besprechen die Verff. die versicherungsrechtliche Beurteilung derartiger Unglücksfälle, soweit sie nicht tödlich enden. Dabei betonen sie, daß die Prognose solcher narbiger Verengerungen der Speiseröhre sehr ungewiß sei und daß eine endgültige Begutachtung der Fälle möglichst spät und nur mit Vorbehalten vorgenommen werden sollte; denn es kämen sowohl erhebliche Besserungen wie auch Verschlechterungen selbst nach längerer Zeit vor. An Hand von 3 Beispielen wird der verschiedenartige Verlauf solcher Strikturen veranschaulicht. Die Verff. kommen zu dem Ergebnis, daß eine Oesophagusstriktur selbst unter günstigsten Bedingungen nur selten eine Erwerbsminderung hinterlasse, die unter 30% liege. Nur ausnahmsweise gestatte die erste Untersuchung eine endgültige Beurteilung. In dem Falle, in welchem eine Magenfistel habe angelegt werden müssen, solle der Sachverständige noch vorsichtiger in der Abschätzung der Erwerbsminderung und der Stellung der Prognose sein. Bei der Beurteilung der Erwerbsminderung müßten außer der Speiseröhrenverengung auch die Folgeerscheinungen der Verätzungen in der Mundhöhle und dem Magen, wo sich manchmal ein Geschwür entwickle, mit berücksichtigt werden.

F. Wiethold (Berlin).

Veil, W. H.: Grundsätzliches zu der Frage der ätiologischen Begutachtung des Diabetes mellitus nach seinem ersten Auftreten im Anschluß an exogene Einwirkungen. (*Med. Klin., Univ. Jena.*) Dtsch. med. Wschr. 1930 I, 729—733.

Verf. berichtet über einen 10jährigen Jungen, bei dem sich im Anschluß an eine körperliche Überanstrengung bei starker Hitze schwerer Diabetes entwickelte. Von zwei Gutachtern wurde der Diabetes als Folge der Überanstrengung abgelehnt, aber Verschlimmerung anerkannt. Veil hält diese Stellungnahme nicht für berechtigt und begründet seine Auffassung, daß Diabetes durch traumatisch-nervöse Schädigungen hervorgerufen werden könne.

S. Isaac (Frankfurt a. M.).

Steinthal: Diabetes mellitus und Trauma. Dtsch. med. Wschr. 1930 II, 1662—1665.

Verf. berichtet über einen 34jährigen Mann, der durch einen Autounfall neben äußeren Verletzungen einen Nervenschock erlitt. Etwa 3 Wochen nach dem Unfall wurde, da der Verletzte noch einen hinfälligen Eindruck machte, der Harn untersucht und Zucker festgestellt. Es zeigte sich bei weiterer Beobachtung, daß die schwere Form des Diabetes vorlag. Vom Verf., ebenso von einer Ärztekommision, wurde der Diabetes als Unfallfolge abgelehnt. Im Anschluß an diese Beobachtung nimmt Verf. gegen die Ausführungen von Veil (s. vorst. Referat), der die traumatogene Entstehung von Diabetes verteidigt, Stellung.

S. Isaac (Frankfurt a. M.).

Veil, W. H.: Bemerkungen zu „Diabetes und Trauma“. Dtsch. med. Wschr. 1930 II, 1999—2000.

In Erwiderung auf die Mitteilung von Steinthal (s. vorstehendes Referat) hält Veil seinen Standpunkt aufrecht. Er hält es auch nicht für richtig, bei posttraumatischer Entstehung von Diabetes die Annahme zu machen, es habe sich um „latenten“ Diabetes gehandelt, der durch das Trauma verschlimmert worden sei. Die Pathogenese des traumatischen Diabetes sei zwar noch nicht bekannt, dies aber kein Grund, denselben gänzlich zu leugnen. *S. Isaac.*

Schörcher, Fritz: Beitrag zur Frage der traumatischen Nephritis. (*Chir. Klin., Univ. München.*) Dtsch. Z. Chir. 232, 714—723 (1931).

23jähriger Mann erleidet ein starkes Trauma der rechten Nierengegend. Im Anschluß

darin blutiger Urin, danach typische beiderseitige Glomerulonephritis (cystoskopisch bestätigt) mit Albuminurie, Erythrocyturie, Cylindrurie, Hochdruck, Ödemen, die erst nach mehrmonatigem Verlauf allmählich zurückgingen. Nach einem Jahr Übergang in Schrumpfnieren festgestellt.

Echte traumatische Nephritis ist außerordentlich selten. Als Ursache kommen in Betracht langdauernder Krampf der Nierengefäße, Bildung von Nephrotoxinen oder örtliche Verminderung der Widerstandskraft des Nierengewebes oder alle 3 Faktoren in wechselndem Zusammenwirken. Jedenfalls muß die Möglichkeit eines Zusammenhangs zwischen Trauma und Nephritis anerkannt werden. *H. Steinitz* (Berlin).^o

Strauss, Ludwig: Steinyonephrose und Unfall. Ein Beitrag zur Unfallbegutachtung. (*Chir. Abt., Israelit. Krankenh., Breslau.*) *Z. urol. Chir.* **33**, 267—281 (1931).

Ein 49jähriger Straßenbahnschaffner erlitt einen Betriebsunfall: Prellung der Brust und des Rückens und innere Quetschungen durch Stoß eines anfahrenen Straßenbahnwagens. Der Verletzte starb nach 3 Monaten an Steinyonephrose. Urämie und doppelseitiger Pneumonie. — Unter Würdigung aller Umstände, die im Rahmen eines Referates nicht aufgeführt werden können, kam Verf. in seinem Urteil dahin, daß der Unfall mit Wahrscheinlichkeit durch eine Blutung zur Steinbildung in einer alten Eitersackniere und zur Virulenzsteigerung der alten Infektion hat Anlaß geben können. Durch Mobilisierung des Konkrementes wurde eine Entzündung der Blase mit Einstellung der Funktion der restierenden Niere und Urämie hervorgerufen. Verf. bejaht aus diesen Gründen den ursächlichen Zusammenhang zwischen Tod und Unfall.

L. Duschl (Düsseldorf).^o

Nilsonne, Harald: Die Frage der traumatischen Lumbago nach dem Material der Reichsversicherungsanstalt. *Sv. Läkartidn.* **1931 II**, 1256—1268 [Schwedisch].

Im Jahre 1926 wurden 354 Lumbagofälle untersucht. Verf. wählte eine so weit zurückliegende Zeit, um hinreichende Beobachtungszeit für evtl. Invalidität und Rezidive zu haben. In das Material wurden einbezogen Muskelüberstreckungen und -zerreißen, Kontusionen usw. im Rücken und in der Glutealgegend. Nicht in die Statistik mit einbezogen wurden Fälle von nachgewiesenen Knochenschäden. Von den 354 Fällen wurden 249 sofort anerkannt, 105 abgelehnt. Es folgen 3 Tabellen, in denen das Material der Lumbago traumatica nach verschiedenen Beziehungen gruppenweise aufgeführt ist. Tabelle I enthält die Krankheitsfälle nach der Art ihrer Entstehung usw. und die getroffenen Entscheidungen (Annahme bzw. Ablehnung). Eine gewisse Einheitlichkeit in der Beurteilung der Fälle machte sich geltend, insofern das Verhältnis zwischen anerkannten und abgelehnten ziemlich konstant blieb. In Tabelle II ist das Material nach dem Alter der Verletzten, in Tabelle III nach dem Geschlecht geordnet. Die größte Zahl der Fälle fällt in das Alter von 25—40 Jahren; dann sinkt sie rasch. Die Fälle über 50 Jahre sind selten. Summiert man die Fälle unter und über 45 Jahre jeden für sich, so findet sich ein Verhältnis zwischen diesen Gruppen wie 4 : 1. Es ergibt sich, daß die Lumbago traumatica meist Arbeiter in ihren besten Jahren betrifft. Die Verteilung der Fälle nach dem Geschlecht betreffend ergibt sich, daß sich in dem Material nur 2 Frauen befinden; das Verhältnis zwischen der Zahl von Frauen und Männern also 1 : 177 ist. In dem Gesamtmaterial der Schadenfälle ist das Verhältnis 1 : 15. Es ist also der Schluß zu ziehen, daß Lumb. traum. ein vorwiegend männliches Leiden ist, wohl im Zusammenhang mit Beruf und Arbeitsweise der Männer. Invalidität trat in keinem Falle ein, Rezidiv nur in einem Fall. Die Dauer der Krankheit in den anerkannten Fällen betrug durchschnittlich etwas über 3 Wochen. Im ganzen genommen weicht Lumb. traum. in seinem versicherungstechnischen Charakter nicht viel von anderen Schadengruppen ab.

Nagel (Wangerooge).^{oo}

Schrader: Zur klinischen und unfallmedizinischen Bedeutung der Sacralisation und Lumbalisation. (*Orthop. Univ.-Klin., Heidelberg-Schlierbach.*) *Arch. orthop. Chir.* **30**, 351—360 (1931).

Die Annahme Lieks, daß alle Menschen an einer Sacralisation leiden, ist durch eine fehlerhafte Röntgentechnik (Überschneidungen) hervorgerufen worden. Bedient man sich der von Warner angegebenen Aufnahmerichtung, die in Steinschnittlage durchgeführt wird, so werden diese Verprojizierungen vermieden, und man findet nur in ganz vereinzelt Fällen eine Sacralisation. Auch von pathologisch-anatomischer

Seite (Junghanns u. a.) ist die außerordentliche Seltenheit der in Frage kommenden Veränderungen betont worden. Ist somit in letzter Zeit zu Unrecht die Häufigkeit der Sacralisation und Lumbalisation stark überschätzt worden, so muß jetzt auch zugegeben werden, daß es sich bei diesen Affektionen keineswegs um harmlose anatomische Nebenfunde handelt. Vielmehr können durch sie zum Teil recht erhebliche Beschwerden hervorgerufen werden. Der Entstehungsmechanismus dieser Beschwerden ist noch nicht bekannt; es ist aber an die Befunde von zur Verth zu denken, der eine Rinnenbildung im Wirbelkanal an der nichtsacralisierten Seite nachweisen konnte. In unfallrechtlicher Beziehung muß hervorgehoben werden, daß eine Verschlimmerung des Leidens durch ein Trauma durchaus möglich und in geeigneten Fällen anzuerkennen ist.

Baruch (Berlin)._o

Hustin, A.: Quelques notions peu connues ou controversées sur les traumatismes de la colonne vertébrale. (Einige Bemerkungen über weniger bekannte oder kontroverse Fragen bezüglich Wirbelverletzungen.) *Le Scalpel* 1931 II, 1393—1408.

Vor einer zu schematischen Begutachtung der Wirbelverletzungsfolgen wird gewarnt. Röntgenbilder sind auch bei leichteren Wirbelverletzungen zu machen, da es manchmal nach scheinbar ganz leichten Verletzungen zu Wirbelbrüchen kommen kann, die nicht gleich nach dem Unfall schwere Erscheinungen machen müssen. Der Verletzte soll möglichst nicht wissen, daß er einen Wirbelbruch erlitten hat, um nicht hypochondrisiert zu werden. Isolierte Brüche der Querfortsätze und Dornfortsätze hinterlassen meist keine Dauer-Erwerbsminderung. Wichtig ist es, Muskelrisse und Verstauchungen zu beachten, die keine Veränderungen röntgenologisch erkennen lassen. Ein gewisser Einfluß eines Unfalls auf Entwicklung und Verschlimmerung einer Spondylitis deformans wird zugegeben, z. B. wenn dieselbe nur am Ort des Traumas besteht und unmittelbar nach dem Unfall noch nicht nachweisbar war; auch wenn die Spondylitis schon älteren Datums ist, aber erst nach dem Trauma Arbeitsunfähigkeit eintritt, ist eine gewisse Entschädigung anzuerkennen.

F. Stern (Kassel)._o

Strauss, Ludwig: Indirekter Halswirbelsäulenbruch. (Fraktur durch Muskelzug.) (*Chir. Abt., Israelit. Krankenh., Breslau.*) *Arch. orthop. Chir.* 30, 331—343 (1931).

Es wird eine seltene Form von Abrißfraktur der caudal-ventralen Ecke des 5. Halswirbelkörpers beschrieben. Als Ursache wird ein plötzlicher, heftiger Muskelzug (*M. longus colli*) angenommen. Für kurze Zeit Sensibilitätsstörung in C₅-7. Gute Heilung.

*Baruch.*_o

Deutschländer, Carl: Myelom der Wirbelsäule und Unfall. *Mschr. Unfallheilk.* 38, 506—518 (1931).

61 jähriger Patient klagt seit 3 Jahren über Schmerzen in der Kreuzgegend. Etwa 1 Jahr nach Beginn dieser Schmerzen erleidet Patient einen Betriebsunfall: Er gleitet aus, fällt rückwärts, vermeidet aber ein Aufschlagen mit dem Gesäß, indem er sich auf die Hände fallen läßt. Nach dem Unfall Verstärkung der Kreuzschmerzen; Patient blieb aber noch bis zu einer einige Wochen später auftretenden Pneumonie a. f. Befund: Kachektischer Greis, Alterskyphose, Klopfempfindlichkeit des 7. Brustwirbels und 1. Lendenwirbels. Neurologisch außer einem beiderseitigen Laségue regelrechter Befund. Die Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule und des Beckens ergibt diffuse Verdünnung der Corticalis mit grobwabigen Aufhellungsherden innerhalb der Knochensubstanz. Klinisch wurde die Differentialdiagnose zwischen Östitis fibrosa generalisata und Osteomalacie gestellt. Der Patient ging nach kurzer Beobachtung an einer interkurrenten Pneumonie zugrunde. Bei der Autopsie zeigt sich in nahezu allen Knochen eine Verschmälерung der Corticalis. Die Markhöhle der Wirbelkörper und der langen Röhrenknochen ist von zahllosen graurötlichen Knötchen durchsetzt. Bei der histologischen Untersuchung dieser Gebilde werden plasmaarme Zellen mit runden, gleichgroßen, mäßig-chromatinreichen Kernen gefunden. — Bei der Begutachtung des Krankheitsfalles für die Unfallberufsgenossenschaft lehnt Verf. sowohl eine auslösende wie auch nur eine verschlechternde Ursache des Unfalles auf Entstehung resp. Verlauf des Leidens ab.

Baruch (Berlin)._o

Schroeder, E.: Versorgungsärztliche Beurteilung eines Kranken mit Osteodystrophia fibrosa. (*Versorgungskuranst., Bad Nauheim.*) *Nervenarzt* 4, 589—592 (1931).

Bei einem Kriegsteilnehmer treten noch während der Kriegsdienstzeit „rheumatische“ Beschwerden auf, die lange verkannt werden, bis sich röntgenologisch und somatisch das typische Bild der Osteodystrophia fibrosa erkennen läßt. Keine neurologischen Abweichungen. Der ursächliche Zusammenhang mit dem Kriegsdienst (Veränderungen der Lebensweise, An-

strengungen, ungünstige Witterungsverhältnisse) wurde angesichts der bisher noch unbekannten Entstehungsursache der Erkrankung anerkannt. *Panse (Berlin).*

Fortin: Ostéo-sarcome traumatique. (Traumatisches Osteosarkom.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 12. X. 1931.*) Ann. Méd. lég. etc. **11**, 672—673 (1931).

46jähriger Arbeiter bekommt am 14. VIII. 1928 durch einen herabfallenden Strohhallen im Gewicht von 40—50 kg einen Schlag in die Gegend des rechten inneren Oberschenkelkopfes, so daß er auf seinen Rollwagen fällt. Heftiger Schmerz, kann seine Arbeit erst nach 40 oder 50 Minuten wieder aufnehmen. Sucht wegen der anhaltenden Schmerzen nach 14 Tagen den Arzt auf. Untersuchung und Durchleuchtung ergebnislos. Am 3. I. 1929 stellt der Arzt röntgenologisch eine Geschwulst am unteren Femurende fest. Diese wird am 10. I. 1929 operativ entfernt; wegen eines Rezidivs ist am 23. IV. 1929 die Amputation des Oberschenkels notwendig. Makroskopisch handelte es sich um ein Sarkom. *Böhmer (Kiel).*

Pfaff, Bruno, und Fritz Zöllner: Zur Pathologie der Handgelenkverletzungen. Navicularefrakturen bzw. Pseudarthrosen mit Cystenbildung. — Lunatumluxationen. — Lunatummalacien. (*Unfallkrankenh. u. Orthop. Spit., Graz.*) Dtsch. Z. Chir. **233**, 355 bis 386 (1931).

Die Frage der Anerkennung der Lunatumnekrose als Unfallfolge wird nicht entschieden, doch wird dem Trauma eine wesentliche Rolle zugesprochen in den Fällen, bei denen die Art des Traumas geeignet erscheint, eine Fraktur des Knochens herbeigeführt zu haben. *Gustav Rosenberg (Frankfurt/M.).*

Dürek, Hermann: Betriebsunfall und Panaritium. Ein Gutachten. (*Path. Inst., Städt. Krankenh., München r. d. Isar.*) Mschr. Unfallheilk. **39**, 1—10 (1932).

Ein 33jähriger Fabrikarbeiter erkrankt an einer Nagelwurzelenzündung des linken Zeigefingers. Es kommt zu einer metastasierenden pyämischen Allgemeininfektion, die vom Krankheitsbeginn ab innerhalb einer Woche zum Tode führt. Bei der Leichenöffnung finden sich Lungenabsesse, Nierenabsesse und ein Herzmuskelabsceß im Bereiche des linken Schenkels des Hissschen Bündels, Schwellung und parenchymatöse Degeneration von Leber und Nieren sowie Milzschwellung. — Nach dem Ableben erhebt die hinterbliebene Witwe bei der zuständigen Berufsgenossenschaft Rentenansprüche und bringt den Tod ihres Mannes mit einem Betriebsschaden in Zusammenhang, bei welchem 4 Tage vor der Arbeitseinstellung ein Metallsplitter in den Zeigefinger der linken Hand eingedrungen sein soll. Die Nachprüfungen vermögen die Tatsächlichkeit des Ereignisses nicht zu erweisen; wohl hat der Verstorbene früher an Drüseneiterungen in der Achselhöhle und an einem Kinnkarbunkel gelitten. Daß die Eingangspforte für die Krankheitserreger durch ein bestimmtes Betriebsereignis geschaffen worden ist, oder daß die Krankheitskeime durch die besondere Tätigkeit des Arbeiters in eine bereits vorhandene Wunde eingepfropft worden sind, dafür lassen sich keine Anhaltspunkte gewinnen. Es kann daher die tödlich verlaufende Krankheit nicht mit einiger Sicherheit als Folge eines Betriebsunfalls angesprochen werden. *A. Meyer (Köln).*

Wette, W.: Die unfallrechtliche Beurteilung des Panaritiums. Mschr. Unfallheilkde **39**, 11—19 (1932).

Das Reichsversicherungsamt fordert für die Anerkennung eines Panaritiums als Unfallfolge grundsätzlich die gleichen Bedingungen, wie sie für die Anerkennung einer Wundinfektion überhaupt gestellt werden. Die bloße Möglichkeit einer Schädigung im Betrieb genügt nicht, um die Entschädigungspflicht zu bejahen, vielmehr muß entweder die Hautverletzung oder die Infektion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit innerhalb der Betriebstätigkeit zustande gekommen sein. Die Gefahr, sich die Hautwunde oder die Infektion außerhalb der gewohnten Betriebsarbeit zuzuziehen, ist mindestens so groß wie die Infektionsmöglichkeit innerhalb des Betriebes. Nur bei solchen Versicherten, die fast während der ganzen Arbeitsschicht mit Gegenständen in Berührung kommen, die Hautrisse und Hautverunreinigungen hervorzurufen geeignet sind, kann ein solch strenger Nachweis nicht gefordert werden. Nur bei einem bestimmten engen Personenkreise, nämlich den kleinen bäuerlichen Besitzern und deren Familienmitgliedern, ist nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes ein anderer Maßstab anzulegen. Hier ist die unfallweise Entstehung der Zellgewebsentzündung durch die Art und Dauer der Beschäftigung so sehr erleichtert, daß der sichere Nachweis eines Betriebsunfalles zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht verlangt werden kann. Angestellte dagegen, die von dem selbstversicherten kleinbäuerlichen Unternehmer vorwiegend für Haus- und Küchenarbeiten gedungen sind, fallen nicht unter diese Ausnahmebestimmung. *A. Meyer (Köln).*