

Versicherungsrechtliche Medizin.

Nelken: Der Fall Richardz. Arch. Kriminol. 90, 31—48 (1932).

Es wird ein ganz besonders instruktiver Fall dargestellt, in welchem ein Versicherungsbetrüger darauf ausging, über 35 Verkehrsunfälle und Brände zu inszenieren, wobei er sich als Helfershelfer seiner eigenen Angehörigen und Bekannten bediente; seine Spezialität war Vortäuschung von Basisfrakturen, die durch zwei zum mindesten leichtgläubige Ärzte immer wieder attestiert wurden, ohne daß sie vorhanden waren; auf diese Weise wurden eine große Anzahl von Versicherungen und Verkehrsgesellschaften geschädigt. Die Verbrecher verstanden ihr Handwerk so gut, daß sie sogar fiktive Situationspläne von Unfällen skizzierten und aus Handbüchern die Symptome der Basisfraktur und Unfallneurose abschrieben.

Verf. weist mit Recht darauf hin, daß die kriminalistische Ausbildung der Ärzte unzureichend sei und daß zum mindesten verlangt werden müsse, daß die ersten Untersuchungen nach dem Unfall anamnestisch und schriftlich fixiert werden; dies war im genannten Falle nicht geschehen, so daß die Zeugenaussagen der Ärzte mehr als mangelhaft waren. Der sorgfältig forensisch bearbeitete Fall wird mit der bisherigen Kasuistik ähnlicher Unfallversicherungsbetrugsfälle verglichen.

Leibbrand (Berlin).

Gehirnerschütterung oder Rentenbegehren? Z. Bahnärzte 27, 41—43 (1932).

Bei der Schwierigkeit der Beurteilung von Schädelunfällen und der verschiedenen Bewertung derselben schlägt Verf. als Richtlinien vor: Einteilung der Gehirnerschütterungen je nach ihrer Ursache und ihren unmittelbaren Begleiterscheinungen in leichte, mittelschwere und schwere. Die leichteren werden gemeinhin durch Schmerzensgeld und Ersatz etwaiger Arztkosten abgefunden. Die mittelschweren und schweren, bei denen es sich um Rentengewährung oder größere Abfindung handelt, setzen eine namhafte Gewalteinwirkung voraus und verlangen den Nachweis entsprechend schwerer unmittelbar folgender Erscheinungen, als die wichtigsten: Bewußtlosigkeit, Erbrechen, Erinnerungsausfall. Für die Anerkennung einer mittelschweren oder schweren Gehirnerschütterung müssen von den genannten drei Erscheinungen mindestens zwei festgestellt sein. (Gerade bei Kopfverletzungen sind prinzipielle Thesen besonders gewagt; wichtiger ist es, möglichst bald nach der Verletzung in allen zweifelhaften Fällen Untersuchungen durch erfahrene neurologische Fachärzte vornehmen zu lassen.)

F. Stern (Kassel).

Last, S. L., und K. Vogelsang: Gutachten über einen Fall von psychogener Blindheit. (Mit Berücksichtigung des optokinetischen Nystagmus.) (Nervenklin. u. Augenklin., Univ. Bonn.) Nervenarzt 4, 645—647 (1931).

Im Anschluß an eine Hirnerschütterung hatte sich eine „Blindheit“ entwickelt, die vom behandelnden Arzt als funktionell erkannt und trotzdem mit 100% Rente und Pflegezulage entschädigt war. 5 Jahr später finden sich erhebliche hysterische Erscheinungen und angebliche Blindheit bei vollkommen normalem ophthalmologischem Befund. Dabei ist der optokinetische Nystagmus erhalten, und dies ist ein Zeichen, daß auch keine Rindenblindheit vorliegt und eine wirkliche Blindheit überhaupt mit Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist. Beobachtung in der Heimat empfohlen.

F. Stern (Kassel).

Zangger, H.: Die Frage nach dem Verhältnis der Ursachen zur Prognose der Unfallneurosen, besonders der neuroseartigen Folgen von elektrischen Unfällen. Schweiz. Z. Unfallmed. 24, 314—319 (1930).

Ähnlich wie nach Vergiftungen entwickeln sich auch nach elektrischen Verletzungen neurotische Symptome teils bei schon bestehender konstitutiver Eigenart, teils auch in Form von Nachwirkungen schwerer Art, wie man sie nicht ohne weiteres voraussehen kann. Nach vorausgehenden neuroseähnlichen Symptomen können sich Störungen mit organischer Grundlage ausbilden. Die Prognose bei elektrischer und chemischer Wirkung ist wesentlich schlechter als bei traumatischer Neurose.

Schönberg.

Strube, G.: „Primäre Oligurie“ nach Unfall. Ein Beitrag zum Fragenkomplex der traumatischen Neurose. (Willehadhaus, Bremen.) Dtsch. med. Wschr. 1932 I, 46—48.

Den Ausführungen liegt ein kürzlich beobachteter Krankheitsfall zugrunde: Eine 47jährige, bis dahin körperlich und seelisch leistungsfähige Landwirtsfrau zog sich durch Ausrutschen auf einer vereisten Treppe einen Stoß in die linke Nierengegend zu. Unmittelbar nach dem Un-

fall und in den nächsten Tagen trat Hämaturie mit Fieber und starken Schmerzen in der Lendengegend auf. Weiterhin, etwa $1\frac{1}{2}$ Jahre, bestand Oligurie. Urinieren beschwerdelos. Urin frei von krankhaften Bestandteilen. Zeitweise Durchfälle. Gelegentlich Schwellungen im Gesicht, Beängstigung auf der Brust, Herzkrampf, Völlegefühl im Leib mit krampfartigen Schmerzen in beiden Nierengegenden, Schweißausbrüche. Sie galt als schwer nierenkrank und war meist bettlägerig, erhielt Behandlungskosten und Entschädigung für den Ausfall an Arbeitsleistung in ziemlich beträchtlicher Höhe. Untersuchung in Willehadhaus, $1\frac{1}{2}$ Jahre nach dem Unfall: Erhebliche Körperschwäche; stark neurotisch; Oligurie. Durch besondere Behandlung gebessert entlassen. Entgültige Regelung der Entschädigungsfrage $\frac{3}{4}$ Jahre später. Danach schnelle weitgehende Besserung des Befindens, Einstellung der früheren Leistungsfähigkeit.

Die Oligurie wird vom Verf. als Störung der zentralen Neuroregulation der Nierenfunktion angesprochen, die von organischen Veränderungen im Gehirn oder reflektorisch von solchen der Peripherie zur Entwicklung kommen, wahrscheinlich aber auch psychogen ausgelöst werden kann. Der vorliegende Fall sei eine traumatisch entstandene Organneurose. Verf. führt zum Schluß aus, daß, wie dieser von ihm geschilderte Fall einen Beitrag zur traumatischen Entstehung von Stoffwechselstörungen gibt, so auch in Fällen traumatischer Neurose, die zunächst als rein psychogene Reaktionen imponierten, schließlich doch somatische Veränderungen als die pathogenetisch wirksame Ursache sowohl für die Anfangsreaktionen wie auch für die psychophysischen Ausgangssymptome der Krankheit anzusehen seien. *Klieneberger* (Königsberg i. Pr.).

Moerehen, F.: Die Verhütung der „Unfallneurose“. Mschr. Unfallheilk. 38, 540 bis 544 (1931).

Die Verhütung der „Unfallneurose“ geschieht durch eine energische, evtl. protrahierte Entspannung und Beruhigung mit sedativen, schmerzstillenden und vor allem schlafferzeugenden Mitteln. Dazu kommt die psychische Aufklärung, Beruhigung und Ermutigung. Diese vorbeugende medikamentöse und psychotherapeutische Beeinflussung der Unfallschockwirkung erfordert im allgemeinen nicht mehr als 14 Tage. Es gibt grundsätzlich keine fließenden Übergänge zwischen Neurose und Simulation. Es gibt höchstens eine Übertreibung in der Schilderung des Leidens. Es gibt zweifellos Fälle von echt psychotischer ängstlich-hypochondrischer Verstimmung, die unabhängig von jeder Entschädigungssituation und -tendenz durch einen Unfall ausgelöst wird, einen chronischen Charakter annimmt und dann als eine entschädigungspflichtige unmittelbare Unfallfolge anzusehen ist. In den meisten Fällen ist die geistige Quelle der neurotisch machenden Affekte in der Entschädigungssituation zu suchen. Je bestimmter wir die nur aus der Entschädigungssituation entstehende „Unfallneurose“ als entschädigungspflichtige Unfallfolge ablehnen, um so dringender erwächst uns die Pflicht, alles zu vermeiden, was die Entwicklung dieser neurotisch machenden Verstimmung fördern muß. Es muß erreicht werden, daß Unfallverstimmte weder durch übertriebene Krankheitsdiagnosen geängstigt, noch durch Simulationsverdächtigung geärgert und gereizt werden. Dem Arzt erwächst eine große erzieherische Aufgabe, er hat zu entscheiden, ob das Individuum nach seiner ganzen geistigen Entwicklung das Maß an Persönlichkeitsreife erreicht hat, ohne daß es für sein „hysterisches“ Verhalten nicht verantwortlich zu machen wäre. Zweifellos liegt in sehr vielen Fällen von hartnäckiger „Unfall“- „Renten“- „Rechts“- usw. Neurose einfach eine geistige Minderwertigkeit vor.

Kurt Mendel (Berlin).

Brandis, W.: Syringomyelie oder multiple Sklerose. Unfallfolge? Med. Klin. 1932 I, 126—127.

Ein Arbeiter war zu ebener Erde ausgeglitten und auf die rechte Körperseite gefallen, Nach 7 Wochen Arbeitseinstellung wegen Schmerzen und Lähmungen in Fingern und rechtem Beine. In einer Universitäts-Nervenklinik wurde die Diagnose Syringomyelie gestellt und eine Unfallschädigung abgelehnt, eine andere ebensolche sprach sich für multiple Sklerose aus und hielt es für möglich, daß durch den an sich leichten Unfall bei bereits vorhandenen Krankheitsherden das labile Gleichgewicht erschüttert worden sein könne. Das RVA. hielt im Gegensatz zum OVA. die bloße Möglichkeit nicht für ausreichend, Unfallrente zu gewähren.

Giese (Jena).

Nebel, Josef: Zur Kenntnis der Beziehung zwischen Trauma und Syringomyelie. (*Krankenh. d. Barmherzigen Brüder, Bonn.*) Bonn: Diss. 1932. 53 S.

Nach einer kurzen chronologischen Darstellung des anatomischen Prozesses und der Symptome der Syringomyelie zeigt Verf. an Hand der einschlägigen Literatur, daß bis um die Jahrhundertwende über die Rolle des Traumas in der Ätiologie der Syringomyelie keine Einigung erzielt worden war. Verf. bringt anschließend ausführlich einen eigenen, wiederholt untersuchten und begutachteten Fall und zahlreiche, aus den letzten 30 Jahren stammende, von verschiedenen Autoren mitgeteilte Fälle, die einen kausalen Zusammenhang zwischen Trauma und Syringomyelie wohl kaum von der Hand weisen können, selbst wenn die ersten klinischen Erscheinungen erst viele Jahre dem Trauma folgen. Ein Zusammenhang zwischen Trauma und Syringomyelie wird angenommen werden müssen, wenn der Nachweis (Nonne) erbracht ist, daß der Patient vorher nicht krank war, das Trauma adaequat und für die Lokalisation betr. Entwicklung der Symptome richtunggebend ist. *Klieneberger (Königsberg).*

Labbé, Marcel: Traumatisme et maladie de Basedow. (Trauma und Basedow.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 14. XII. 1931.*) Ann. Méd. lég. etc. 12, 45 bis 47 (1932).

Eine 40jährige Frau erlitt einen Autounfall mit Kontusionen des Gesichts und des Kniees, die komplikationslos heilten. 2 Monate danach entwickelte sich ein typischer Basedow. Ausgehend von dieser Beobachtung erörtert Verf. die Frage der traumatischen Entstehung einer Basedowkrankheit. Er führt verschiedene Autoren und Entstehungstheorien an. Die während des Krieges von verschiedener Seite beobachteten Basedowfälle, für die ein traumatischer oder psychisch-nervöser Ursprung angeschuldigt wurde, erscheinen dem Verf. nicht genügend geklärt. Die Basedowsymptome waren dabei oft nicht genügend charakteristisch, Grundumsatzbestimmungen konnten nicht vorgenommen werden. Er läßt deshalb die Frage der traumatischen Entstehung offen und verlangt noch Sammlung weiterer eindeutiger Fälle. *Schrader (Bonn).*

Leclercq, J.: Pneumothorax spontané ou accidentel? (Die Ursachen des Spontanpneumothorax.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 9. XI. 1931.*) Ann. Méd. lég. etc. 11, 743—746 (1931).

Ein 24jähriger Eisenarbeiter empfindet plötzlich im Augenblick, wo er sich bückt, um die Griffe eines Handkarrens zu ergreifen, einen plötzlichen und intensiven Schmerz auf der rechten Thoraxseite. Er kann sich nur mit Mühe aufrichten, wird dyspnoisch und ohnmächtig. Nach 20 Minuten erholt er sich etwas; nach 5 Tagen besteht aber immer noch eine mehr oder minder große Atemnot, ohne Cyanose. Der Arbeiter war vorher nie krank, zeigte auch keinerlei verdächtige Lungenveränderungen, kein Lungenemphysem. Weiterhin reaktionsloser Verlauf; auch später konnte auf dem Röntgenbild keine Lungenerkrankung nachgewiesen werden.

Verf. weist auf eine Beobachtung von Maillard und Lasserre, die einen Spontanpneumothorax, entstanden während des Schuhschnürens, sahen und erwähnt Gailliard der von einem „pneumothorax des constrits“ spricht. Verf. schildert noch kurz 3 weitere Beobachtungen von Spontanpneumothorax, von denen 2 nichtdramatischen Ursprungs waren. Gailliard stellte unter 37 Fällen von Spontanpneumothorax 16mal eine Anstrengung als Ursache fest. Untersuchungen von Vest und Hutchinson ergaben, daß die Lungen und die gesunden Rippenfelle ohne zu zerreißen einen sehr großen inneren Druck, hervorgerufen durch eine heftige Anstrengung, aushalten können. Gewisse Pneumothoraxe können akzidentellen Ursprungs sein und die Anwendung des Unfallgesetzes nach sich ziehen, unter der Bedingung, daß die hervorgerufene Anstrengung beträchtlich ist, daß dieser Anstrengung sofort die gewöhnlichen Erscheinungen von Spontanpneumothorax folgen und daß die klinische und röntgenologische Untersuchung keinerlei Anhaltspunkte für irgendeine Lungenerkrankung ergibt. *Hager (Wehrawald).*^{oo}

Genée, R. W.: Lungentuberkulose und die Frage der Dienstbeschädigung. (*Versorgungsärztl. Untersuchungsstelle, Berlin.*) Ärztl. Sachverst.ztg 37, 373—376 (1931).

Bei Beurteilung der D.B.-Frage muß zwischen folgenden 3 Arten unterschieden werden: 1. ist D.B. schon versorgungsrechtlich im Sinne der Entstehung, 2. ist D.B. im Sinne der Verschlimmerung anerkannt, 3. liegt D.B. noch für ein jetzt auftretendes

tuberkulöses Geschehen vor? — Die Organdisposition kann bei Entscheidung der D.B.-Frage als nicht wesentlich bezeichnet werden, dagegen ist der Einfluß der hereditären Komponente von größerer Bedeutung. Bei der erworbenen Disposition sind das häusliche und das Arbeitsmilieu und der Beruf (Staubgefahr) zu berücksichtigen. D.B. kann nur in den Fällen heute noch angenommen werden, in denen festgestellt wird, daß die einzelnen angeblichen Erkrankungen tatsächlich, durch Zeiten von höchstens 2 Jahren voneinander getrennt, in laufender Reihenfolge aufgetreten sind und daß jede einzelnen Erkrankung oder deren überwiegende Mehrzahl gleichartige Auswirkungserscheinungen im Sinne aktiver Lungentuberkulose erkennen läßt.

Schellenberg (Ruppertsheim i. T.).

Hirsch, S.: Lungenechinococcus und Kriegsdienstbeschädigung. Ärztl. Sachverst.-ztg 38, 43—46 (1932).

Der vorliegend veröffentlichte Fall ist ein klassisches Beispiel für die Schwierigkeit der Echinococcusdiagnose beim Menschen und liefert gleichzeitig einen Beitrag zu dem in der Versicherungsmedizin immer wieder auftauchenden grundsätzlichen Problem der Unterscheidung zwischen zeitlichen und ursächlichen Beziehungen einer Krankheit zu einer Umwelt-schädigung. Es war die Frage zu entscheiden, ob eine Erkrankung an Lungenechinococcus als Kriegsdienstbeschädigung anzusehen ist. Bekanntlich ist die Hundbandwurmkrankheit eine seltene Erkrankung, die bei Hunden durch Genuß infizierten Fleisches vorkommt. Die Infektion des Menschen erfolgt besonders in solchen Gegenden, wo es viele mit Echinococcus infizierte Tiere gibt und wo eine unhygienische Verarbeitung der Nahrungsmittel vorkommt. In Europa ist der Echinococcus besonders in Rußland und in Mecklenburg verbreitet. Der Kriegsdienst begünstigte die Verbreitung der Krankheit infolge der Unmöglichkeit einer hygienischen Zubereitung und Aufbewahrung der Nahrungsmittel in Gegenden, wo die Wurmkrankheit verbreitet war. Im veröffentlichten Fall wurde die Diagnose zuerst 1925 gestellt, dann fallen gelassen und erst 3 Jahre später wieder aufgenommen, als sehr stürmische Krankheitserscheinungen einsetzten. Ein zeitlicher Zusammenhang mit der Kriegszeit war durchaus wahrscheinlich. Aus der Annahme eines zeitlichen Zusammenhangs ergab sich aber ohne weiteres auch, daß der Betreffende wahrscheinlich nicht an dem Wurmleiden erkrankt wäre, wenn er nicht infolge seines Kriegsdienstes sich in einer Gegend aufgehalten hätte, in der die Hundbandwürmerkrankheit verbreitet war, wo ferner die Möglichkeit der Übertragung der Wurmeier vom Hunde auf die menschliche Nahrung bestand. Eine Unterscheidung zwischen ursächlichen und zeitlichem Zusammenhang ließ sich im vorliegenden Fall nicht durchführen. Daher war Kriegsdienstbeschädigung anzuerkennen. So lautete auch das Urteil des Versorgungsgerichtes, das vom RVG bestätigt wurde.

Ziemke (Kiel).

Schmorell, Hans: Zur Frage der traumatischen Appendicitis. (*Chir. Abt., Städt. Krankenh., Schwelm i. W.*) Mschr. Unfallheilk. 38, 391—393 (1931).

Da zweifelsohne eine akute Appendicitis latent verlaufen kann, wird sich — gleichgültig, welchen Standpunkt man für die Ätiologie der Appendicitis überhaupt vertritt — der exakte Beweis dafür, daß eine Appendicitis traumatisch bedingt ist, nie erbringen lassen, wenn nicht etwa Verletzungen der Appendix selbst oder ihres Mesenteriolums eine einwandfreie Deutung aufzwingen. Die scheinbare Häufigkeit der — angeblich! — traumatischen Appendicitis ist irreführend. Schon wenn man ihre verschwindend kleine Anzahl im Gegensatz zu der ungeheuren Häufigkeit sonstiger Appendicitisfälle betrachtet, so verliert ihre scheinbare Beweiskraft jede Bedeutung. Andererseits ist zu erwarten, daß bei genügender Aufmerksamkeit eine bis kurz vor der Perforation latent verlaufende akute Appendicitis sicherlich häufiger als eine scheinbar traumatische Appendicitis festgestellt werden kann.

Aus dem Vorkommen latenter, akuter Appendicitis muß geschlossen werden, daß in den Fällen ohne Verletzung der Appendix selbst oder ihres Mesenteriolums ein zufälliges zeitliches Zusammentreffen von Trauma und Appendicitis vorliegt. Möglichst frühzeitige Operation nach dem Trauma hilft Irrtümer ausschließen. Ob es in der Unfallpraxis stets möglich sein wird, diese Überlegungen exakt zu berücksichtigen, ist eine andere Frage, da z. B. auch der Einwand einer Verschlimmerung eines bestehenden Leidens gemacht werden könnte.

L. Duschl (Düsseldorf).^{oo}

Marcus, Max: Zur Frage der traumatischen Appendicitis. Erwiderung auf die Arbeit von Schmorell in Heft 9 (1931) dies. Ztschr. (*Chir. Abt., Städt. Krankenh. Moabit, Berlin.*) Mschr. Unfallheilk. 39, 82—83 (1932).

Schmorell glaubt auf Grund mehrerer Beobachtungen von Wurmfortsatzentzündungen, die bis zum Durchbruch latent verliefen, die Frage nach dem Vorkommen einer traumatischen Appendicitis ablehnen zu müssen in der Annahme, daß es sich bei den sog. traumatischen

Wurmfortsatzentzündungen um ein zufälliges Zusammentreffen von Trauma und schon bestehender Entzündung handle. Marcus verweist im Gegensatz dazu auf die Tatsache, daß spontan relativ selten auftretende Erkrankungen in einer immerhin beachtlichen Zahl auch nach Traumen auftreten, und erinnert dabei an die traumatische Pankreasnekrose, an die traumatisch bedingte Hirnblutung, traumatische Muskelnnekrose und Darmgangrän nach stumpfem Bauchtrauma. M. hält es deshalb nicht für angängig, nur die traumatische Appendicitis anzugreifen und abzulehnen, ohne sich mit diesen anderen nach Trauma entstandenen Erkrankungen zu beschäftigen; vielmehr für erforderlich, diese gesamte Krankheitsgruppe einheitlich zu betrachten, da die Ablehnung bzw. Anerkennung einer dieser Krankheiten zwangsläufig die gleiche Stellungnahme für die ganze Gruppe verlange. *Spiecker.*

Nudelman, Santiago I.: Traumatische Appendicitis. (*Argent. Med. Vereinig., Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 30. X. 1931.*) *Rev. Especial.* **6**, 1318—1325 (1931) [Spanisch].

Nudelman, Santiago I.: Traumatische Appendicitis. (*Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 30. X. 1931.*) *Archivos Med. leg.* **1**, 466—473 (1931) [Spanisch].

Nach allen bisherigen klinischen, chirurgischen, histologischen und experimentellen Beobachtungen kann es keinem Zweifel unterliegen, daß die Läsion des Wurmfortsatzes oder des angrenzenden Bezirks die Folge von einem Trauma sein kann. Sowohl die primären Läsionen — Quetschung, Bluterguß, vollständige oder unvollständige Zerreißung der Appendixwand — wie die sekundären Läsionen — Verwachsungen, Ulcerationen — sind mehr als genügend, um den Zusammenhang zwischen Trauma und Entzündung des vorher gesunden oder nichtgesunden Organs anzuerkennen. Es ist nicht möglich, den Faktor „Ursache und Wirkung“ zeitlich zu begrenzen, die Folgen können sich unter Umständen erst sehr spät bemerkbar machen. *Lanke (Leipzig).*

Villaret, Maurice, et Henri Desoille: Les œdèmes atypiques des extrémités. (Die atypischen Ödeme der Extremitäten.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 14. XII. 1931.*) *Ann. Méd. lég. etc.* **12**, 23—34 (1932).

Hinweis auf die Publikation von Mégnin. Eine frühere Arbeit über den Gegenstand wurde seinerzeit durch die Zensur unterdrückt (1916). Der Prototyp des Leidens sind die Ödeme der Hand und der Finger. Die Verff. unterscheiden isolierte Ödeme und solche, welche mit Verletzungen kombiniert sind. Das isolierte Ödem ist fast stets einseitig, reicht mehr oder weniger weit bis auf den Unterarm und endet mit ziemlich scharfer Grenze. Der Daumen bleibt frei oder ist wenig befallen. Die Hautfarbe ist manchmal blaß, aber meistens cyanotisch. Die elektrische und die Nervenprüfung verläuft negativ. Massage und Bewegungen wirken wenig auf diese Form, ebenso wenig Scarifikationen und Punktionen; Wärmeanwendung wirkt besser. Im Frühling verschwindet das Ödem oft, um im Winter wieder aufzutreten. Kompression durch elastische Binden beseitigt manchmal das Ödem. Der Sachverständige muß unterscheiden, ob das Ödem spontan oder traumatisch aufgetreten und ob der Kranke zu dem Leiden disponiert war. Diagnostische Hilfsmittel sind: Untersuchung mit Röntgenstrahlen (Radiographie!!), um einen etwaigen Fremdkörper nachzuweisen, der Gipsverband, am besten in Form von mehrmals eine ganz bestimmte Zeit lang angelegten Verbänden mit genauesten Registrierungen der jeweiligen Maße usw. nach Abnahme und in der Zwischenzeit; die Ödeme sind ja wohl in der Mehrzahl der Fälle absichtlich hervorgerufen (vgl. Mégnin, diese Z. **19**, 78). Einzelheiten des diagnostischen Vorgehens sind im Original nachzulesen. Außerdem kommen noch vergleichende sphymographische Untersuchungen an beiden Armen in Betracht (Oelsnitz). (Von dem einen Verf. nicht bestätigt.) Konkometierende Verletzungen betreffen Gefäße oder Nerven, Narben, Fremdkörper. Unter physiopathischen Störungen, die gelegentlich gleichzeitig vorkommen, verstehen Verf. Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen. Manchmal entsteht ein Ödem ganz rasch einige Stunden nach einem Trauma. — Den Schluß bilden Bemerkungen über die versicherungsmedizinische Beurteilung. — In der Aussprache meint Costeodot, daß die Umschnürung, die meistens gleichzeitig mit dem Beklopfen des Handrücken gemacht wird, unwesentlich sei, das Beklopfen sei das Wesentliche bei dieser Form der Selbstbeschädigung. *Walcher (München).*

Chavigny, Paul, et René Fontaine: Les ostéoporoses douloureuses. Leur médecine légale. (Die schmerzhaften Osteoporosen. Ihre gerichtsärztliche Bedeutung.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 14. XII. 1931.*) *Ann. Méd. lég. etc.* **12**, 42—43 (1932).

Dadurch, daß die schmerzhaften Osteoporosen sehr häufig nach Unfällen auftreten, haben sie auch in der gerichtlichen Medizin erhebliche Bedeutung. Für die Diagnostik ist die Röntgenuntersuchung unentbehrlich. Schmerzen, die durch ihre Dauer und Stärke in keinem Verhältnis zur Verletzung stehen und den Verdacht von Simulation

erwecken, erklären sich häufig als Folgen derartiger Osteoporosen, im Anschluß an eine Fraktur, Luxation oder auch einfache Kontusion. Die Prognose ist ungünstig.

Weimann (Beuthen).

Muller, M., et L. Gernez: Ostéochondromatose et traumatismes. (Osteochondromatosis und Verletzungen.) Paris méd. 1931 II, 432—436.

Die Osteochondromatosis ist charakterisiert durch die Neubildung von Knorpelkörperchen bzw. Knochen-Knorpelkörperchen innerhalb eines Gelenkes. Die Diagnose dieser Neubildungen, die man oftmals auch tasten kann, wird durch das Röntgenbild gesichert. Die Krankheit ist als selten zu bezeichnen. Verf. hat aus dem französischen und übrigen Schrifttum 112 Fälle zusammenstellen können, wobei alle Gelenke beteiligt sind, am häufigsten jedoch Ellenbogen- und Kniegelenke. Auf 100 Fälle betrafen 80% und darüber das männliche Geschlecht, das Hauptkontingent wies die Altersstufe zwischen 20 und 40 Jahren auf und fand sich besonders bei der arbeitenden Klasse unter Bevorzugung der muskelkräftigen und robusten Personen. Die Entwicklung ist ausgesprochen schlechend. Ätiologisch muß das Trauma als Hauptursache der Erkrankung angesprochen werden, wengleich die Verletzung an sich auch geringfügig gewesen ist und viele Jahre zurückliegen kann. Der Unfallmediziner ist bei dieser Erkrankung, bezüglich der Rentenzuerkennung, oft vor sehr schwierige Entscheidungen gestellt.

Schenk (Charlottenburg).^{oo}

Ernst, Walter: Spätetanus durch stumpfes Trauma über 14 Jahre nach der ursächlichen Kriegsverletzung. (*Strafanst., Bruchsal.*) Wien. klin. Wschr. 1931 II, 1308 bis 1310.

Verwundungen an der linken Hand 1916 durch Explosion einer Dynamitpatrone. 1931 entwickelt sich 6 Tage nach Kontusion der kriegsverletzten Hand ein schwerer Tetanus. Bei der Anräumung der Wunde wurden noch Pappestückchen entfernt, in welchen bakteriologisch Tetanusbacillen nachgewiesen werden konnten. Ob eine prophylaktische Seruminjektion unmittelbar nach der Verletzung gegeben wurde, konnte nicht mehr festgestellt werden.

Stefan Karal (Zürich).

Strauch, Alfred: Der Wert der Serum-Diagnose der Gonorrhöe bei der Beurteilung von Gelenkaffektionen. (*Versorgungskuranst., Wiesbaden.*) Ärztl. Sachverst.ztg 37, 353—356 (1931).

Verf. beschreibt den Fall eines zur Begutachtung wegen seiner Kriegsdienstbeschädigung eingelieferten Patienten, der an einem chronischen Gelenkrheumatismus zahlreicher Gelenke litt. Im Verlaufe der Untersuchung ergab sich eine positive Komplementbindungsreaktion auf Gonorrhöe und in der Anamnese war ein Harnröhrenkatarrh festzustellen, der 13 Jahre zurücklag, der aber unter Berücksichtigung der Komplementbindung als gonorrhöisch gedeutet werden muß.

An Hand dieses Falles weist Verf. darauf hin, daß sowohl für die Diagnosestellung in differentialdiagnostisch unklaren Fällen die Komplementbindung als wichtig anzusehen ist, und daß andererseits auch für die Einleitung des Rentenverfahrens in entsprechenden Fällen die Gonorrhöekomplementbindung herangezogen werden muß.

Erich Langer (Berlin-Charlottenburg).

Roussy, G.: Le cancer et les traumatismes. (Krebs und Verletzungen.) Rev. d'Hyg. 53, 899—909 (1931).

Verf. stellt die Anschauungen zusammen, die über die etwaigen Zusammenhänge zwischen Verwundungen und bösartigen Geschwülsten bestehen, und kommt zu dem Schlusse, daß der posttraumatische Krebs keineswegs als bewiesen betrachtet werden kann, daß man aber in praxi nach Möglichkeit in Zweifelsfällen zugunsten der Kranken hinsichtlich versicherungsrechtlicher Ansprüche und Schadenersatzforderungen entscheiden soll. *H. Löwenstädt.*

Böhmer, K.: Rechtliche Grundlagen der ärztlichen Begutachtung für die Sozialversicherung. (*Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Kiel.*) Z. Gesdh.verw. 3, 31—38 (1932).

Die Arbeit Böhmers schildert die rechtlichen Grundlagen der Sozialversicherung (Kranken-Verf., Unfall-, Invaliden-Vers., der Angestellten-Verf., des Reichsversicherungsgesetzes). Es wird der Begriff der Krankheit, der Erwerbsunfähigkeit, der Berufsinvalidität geschildert unter Heranziehung der wichtigsten obergerichtlichen Ent-

scheidungen; ferner die Bedeutung einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse, der Anspruch auf Heilbehandlung und die Hinterbliebenenversorgung. Zum Schluß macht B. Angaben über die französische Sozialversicherung. — Der Aufsatz stellt nicht nur ein Referat über die gegenwärtige Rechtslage dar; man empfindet auf Schritt und Tritt die persönliche Föhlung mit der Praxis. Zahlreiche persönliche Erfahrungen des Autors machen die Darstellung lebensvoll und für den Leser interessant. Der Aufsatz sei allen auf dem Gebiete der Sozialversicherung tätigen Ärzten empfohlen.

Lochte (Göttingen).

Boecker: Die Vertrauensärzte des Oberversicherungsamts. Ärtzl. Sachverst.ztg 38, 35—38 (1932).

Für die einzelnen Versicherungszweige ergeben sich für den Vertrauensarzt folgende Aufgaben: Er ist Sachverständiger in der Frage, ob der Kranke mit Rücksicht auf seine Krankheit imstande ist, zu arbeiten, und welche Arbeit ihm zugemutet werden darf, ob er „seine“ vor der Erkrankung geleistete Arbeit aufnehmen kann. Er ist aber nicht Sachverständiger in der Frage, ob Arbeit der Art, wie sie der Kranke geleistet hat, gebraucht und abgenommen wird. In der Unfallversicherung stellt der Arzt die unmittelbaren und mittelbaren Folgen des Unfalles fest, löst die Frage, ob die Krankheit oder der Tod ursächlich auf einen Unfall oder auf die Betriebsarbeit zurückgehen. In welchem Maße die Unfallfolgen auf die Erwerbsfähigkeit einwirken, muß unter Berücksichtigung der ganzen Sachlage von den Unfallversicherungsinstanzen selbständig beurteilt werden. — Der Begriff der Invalidität ist noch weniger allein vom ärztlichen Standpunkt aus zu bestimmen. In das Gebiet der ärztlichen Kunst fällt die Frage, ob der Versicherte imstande ist, mit seinen Kräften eine Tätigkeit auszuüben, welche (schwere — mittelschwere — nur leichte? Arbeiten im Stehen und im Sitzen?), wie viel, wie lange usw. Die Beurteilung der Fähigkeit, der Ausbildung des Kranken, was für eine Fähigkeit zu erzielen ist, ob es ein Drittel dessen erreicht, was entsprechend gleichgestellte gesunde Personen verdienen, fällt aus dem Gebiet der Medizin heraus. — OLG.-Rat Prof. Dr. Silberschmidt in Z. Versich.wiss. 24, H 1. — Noch mehr ist das der Fall bei der „besonderen Invalidität“ der Witwe (§ 1258 RVO.), wo „die bisherige Lebensstellung“ mitentscheidend ist. — Wenn auch die Stellung und die Aufgaben des Vertrauensarztes und des Vorsitzenden der Spruchkammer verschiedene sind, so müssen beide im Interesse der Rechtsfindung bestrebt sein, in verständnisvoller Zusammenarbeit den Ausgleich so zu finden, daß der Vorsitzende seine Laienauffassung in den medizinischen Fragen der Fachkenntnis des Arztes unterordnet, der Arzt aber die wirtschaftlichen, beruflichen, arbeitsmarktrechtlichen, sozialen Ausführungen der Kammermitglieder auf sich wirken läßt. Jeder hüte sich davor, Anwalt einer Partei sein zu wollen.

Lochte (Göttingen).

● **Brezina, Ernst: Internationale Übersicht über Gewerbekrankheiten nach den Berichten der Gewerbeaufsichtsbehörden der Kulturländer über die Jahre 1927 bis 1929.** (Schriften a. d. Gesamtgeb. d. Gewerbehyg. Hrsg. v. d. dtsh. Ges. f. Gewerbehyg. in Frankfurt a. M. H. 36.) Berlin: Julius Springer 1931. VI, 162 S. RM. 12.—.

Verf. stellt die Berichte über anzeigepflichtige Gewerbekrankheiten aus Deutschland, Österreich, den Niederlanden, der Schweiz und England für die Jahre 1927—1929 zusammen. Für Preußen stützt er sich auf die Berichte der Gewerbemedizinalräte, für das übrige Deutschland auf die der Gewerbeaufsichtsbeamten. Unter den gewerblichen Vergiftungen steht Blei weitaus an erster Stelle, unter den übrigen Gewerbekrankheiten die Staublungen. Im übrigen schwankt, soweit aus den paar Tafeln zu ersehen ist, die Rangordnung in den einzelnen Berichtsländern, was offenbar hauptsächlich mit der verschiedenen Verbreitung der gewerblichen Betriebe zusammenhängt. In Preußen stellen die meisten Vergiftungen Bleihütten, Malerei und Anstreicherei und „Akkumulatoren“, woraus aber, ohne Angaben über die Zahl der Berufstätigen, noch keine Schlüsse auf die Größe der Gefährdung zulässig sind. In Bayern stehen Glaserei und Emaillierer und keramischer Buntdruck an den beiden ersten Stel-

len. — In England behauptet Gebäudeanstrich weitaus den ersten Platz, dann kommen Akkumulatoren und Hüttenindustrie. Die Häufigkeit der Bleivergiftungen hat in England, wie eine bis 1900 zurückreichende Tafel zeigt, sehr stark abgenommen, am bedeutendsten in den Gruppen Bleiweiß und Mennige und Porzellan und Steingut. Phosphorvergiftungen sind in England seit dem Abschnitt 1918—1920 ausgestorben, Fast gleich geblieben ist die Zahl der Milzbranderkrankungen, die nur in den Kriegsjahren einen stärkeren Anstieg zeigt, ebenso wie die Vergiftungen durch nitrose Gase. Weitaus wertvoller als die paar Tafeln, die nur in sehr beschränktem Maße Vergleiche gestatten, ist die Kasuistik. Hier ist außerordentlich viel Bemerkenswertes auf engstem Raum zusammengedrängt. Neben allgemein Bekanntem findet sich auch reichlich Neues, das in Lehr- und Handbüchern noch nicht oder ungenügend berücksichtigt ist, sowohl über Schädlichkeiten, die wir seit langem kennen, wie namentlich über solche, die sich aus neuen Gewerben und aus der Verwendung früher nicht benützter Stoffe und aus neuen Verfahren ergeben. *Meixner* (Innsbruck).

● **Leymann, H.: Die Unfall- und Gesundheitsgefahren in der Steinkohlenteerdestillation nebst einigen Vorschlägen zu ihrer Bekämpfung.** (Schriften a. d. Gesamtgeb. d. Gewerbehyg. Hrsg. v. d. dtsh. Ges. f. Gewerbehyg. in Frankfurt a. M. H. 38.) Berlin: Julius Springer 1932. 39 S. u. 2 Abb. RM. 3.60.

Die vorliegende Arbeit H. Leymanns behandelt in 4 Abschnitten das Arbeitsverfahren in der Steinkohlenteerindustrie, die Eigenschaften des Teers und der Teerbestandteile, die Häufigkeit und die allgemeinen Ursachen der Unfälle und Gesundheitsschädigungen und dann sehr ausführlich die besondere Art und den Hergang der wichtigeren Unfälle und sonstigen Gesundheitsschädigungen. Von letzteren sind für den gerichtsärztlichen Gutachter einerseits die Vergiftungen (durch Gase beim Besteigen von Destillierkesseln, durch Benzol, Schweröldämpfe, Schwefelwasserstoff, durch nicht festgestellte Stoffe), andererseits die Hautschädigungen von besonderem Interesse. Der 4. Abschnitt faßt in 17 Punkten Maßnahmen und Einrichtungen zum Schutze des Lebens und der Gesundheit zusammen und hat insbesondere für jene Ärzte Bedeutung, welche als Gewerbeärzte oder Gutachter im Unfall- und Krankheits-Versicherungsverfahren tätig sind. *Kalmus* (Prag).

● **Giese, Willy: Quarzstaub, Schwielenlunge und Lungentuberkulose.** (*Path. Inst., Krankenh., Charlottenburg-Westend.*) (Veröff. Gewerbe- u. Konstit.path. Hrsg. v. L. Asehoff, M. Borst, M. B. Schmidt u. L. Pick. Geleitet v. W. Koch. Bd. 7. H. 1.) Jena: Gustav Fischer 1931. VI, 66 S., 5 Taf. u. 14 Abb. RM. 9.—.

Verf. hat ein Mädchen, das nach 2½-jähriger Arbeit als Packerin eines aus feinem Krystallsand bestehenden Putzmittels gestorben ist, sezziert, die Lungen genauestens untersucht und berichtet über diesen Fall sowie über eine Anzahl anderer, zum Teil aus der Sammlung der früheren Kaiser Wilhelms-Akademie stammenden Fälle. Er bringt sehr genaue Darstellung der mikroskopischen Befunde, die deshalb von besonderem Werte sind, weil es ihm nach verschiedenen Versuchen gelungen ist, durch Einbettung in dünnflüssiges (nicht optisches!) Zedernholzöl — die Deckglasränder müssen dabei mit Kitt gut abgedichtet werden, und die Untersuchung soll bald nach Fertigstellung der Präparate erfolgen — in den Organschnitten den Quarzstaub deutlich sichtbar machen. Die Größe der Quarzkrystalle schwankt zwischen 1—8 μ , die Hauptmasse ist 1,5—4 μ groß. Sie sind in den Knötchen in Massen nachzuweisen. Phagocytose von Quarzkrystallen konnte vielfach nachgewiesen werden. Staubveränderungen und Staub fand sich auch in den Lymphknoten; in der Milz wurden Granulome mit reichlichen Quarzkrystallen gefunden, ebenso staubhaltige Knötchen in der Leber. In der Zusammenfassung weist Verf. darauf hin, daß überall, wo sich typische Knötchen- und Schwielenbildung findet, Staub im Gewebe nachzuweisen ist, daß für die Entstehung der Knötchen die reine Kieselsäure in allererster Linie in Frage kommt. In Ruß- und Kohlenlungen ist es nie zur Bildung fibröser Stränge oder Knötchen gekommen, wenn nicht gleichzeitig Gesteinsstaub vorhanden war. Die Knötchen waren bei den Steinhauern am größten, bei Bergleuten etwas kleiner, dabei auch der hyaline Kern im Verhältnis zur Gesamtgröße kleiner und er tritt hinter dem meist zahlreichen und stark rußbeladenen Granulationswall auffallend zurück. In den meisten Knötchen

konnte meist fast genau im Zentrum eine Lungenarterie nachgewiesen werden, auch fanden sich in vielen Lungenarterien rundliche knötchenförmige Verdickungen. Verf. kommt zu dem Schlusse, daß aus den kleinen Staubgranulomen, die sich aus dem periadventitiellen Bindegewebe bilden, durch die Zellwanderung Knötchen entstehen, in denen es dann durch die angesammelte Staubmenge im Zentrum zur Hyalinisierung kommt. In schwersten Staublungen fand man dieses hyaline Zentrum im Zerfall. Es bestehen beträchtliche Unterschiede zwischen dem tuberkulösen und silikotischen Granulom. Es waren im ersteren manchmal Tuberkelbacillen, stets nur sehr vereinzelt Staub, in letzterem Staub in beträchtlicher Menge, nie Tuberkelbacillen nachzuweisen, ferner fehlen dem letzteren die typischen epitheloiden Zellformen des Tuberkels. Eine Arterie liegt immer im Zentrum des Staubknötchens, im Miliartuberkel stets exzentrisch. Aus diesen und noch weiteren Gründen lehnt Verf. die Auffassung, daß die Silikose eigentlich eine Tuberkulose sei und zu ihrer Entstehung der Tuberkelbacillus notwendig sei, ab. Das Buch, das wertvolle Fortschritte auf dem Gebiete der Staublungse bringt, ist mit zahlreichen, zum Teil farbigen Bildern ausgestattet.

Teleky (Düsseldorf).^{oo}

Doenecke, Fritz: Über tödliche Lungenfibrose bei gewerblicher Radiumschädigung. (Klinischer Teil.) (*Med. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.*) Frankf. Z. Path. 42, 161 bis 169 (1931).

Belt, T. H.: Über tödliche Lungenfibrose bei gewerblicher Radiumschädigung. (Pathologisch-anatomischer Teil.) (*Senckenberg. Path. Inst., Univ. Frankfurt a. M.*) Frankf. Z. Path. 42, 170—187 (1931).

35jähriger Chemiker, seit 1926 als Hilfsarbeiter in einem Laboratorium, das sich mit der Herstellung von Radium- und Mesothoriumpräparaten zur Krebsbekämpfung und für Leuchtuhren beschäftigt. Seit 1928 Atembeschwerden („Kloß im Halse“), zeitweise Pfeifen auf der Brust. Daneben starke Arbeitsanstrengungsbeschwerden. Äußerte selbst die Befürchtung, ein Opfer von Strahlenschädigung zu sein. Bei der ersten Untersuchung (Juni 1930) geringer Befund, dann starke Verschlimmerung, auch anfallsweise schwerste Atemnot (Defäkation, Aufregungen). Radiologisch: Kleinknotige, über beide Felder verteilte Trübungen, Vergrößerung des Herzens, Tod unter Herzversagen. Klinische Diagnose nicht gestellt. Leichenöffnung ergibt Erweiterung des Herzens, hochgradige Verhärtung beider Lungen in allen Teilen bei starker Verkleinerung, Gewichtszunahme (930 g) und gummiartig feste Konsistenz. Schnittfläche glatt, fleischig. Histologisch starke Verdichtung der größeren und der Alveolar-septa durch kollagenes Bindegewebe, einzelne Lungenbläschen von hyalinen Ringen ummauert, ähnlich den bei Kampfgasvergiftung beschriebenen „Quellungssäumen“ (Aschoff und Koch). Stellenweise ganz frische bronchopneumonische Veränderungen. Der Vorgang ist als primäre Cirrhose des Lungenbindegewebes aufzufassen, eine Entstehung auf entzündlichem Boden abzulehnen. Bei der Berufsschädigung, die mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dürfte es sich um die Wirkung der jahrelang eingeatmeten Emanation handeln. α -, β - oder γ -Strahlen aussendende Substanzen fanden sich in den Gewebstücken nicht.

Pagel (Heidelberg).^{oo}

Martland, Harrison S.: The occurrence of malignancy in radioactive persons. A general review of data gathered in the study of the radium dial painters, with special reference to the occurrence of osteogenic sarcoma and the inter-relationship of certain blood diseases. (Das Vorkommen von „Bösartigkeit“ in radioaktiven Individuen. Allgemeine Übersicht der bei der Beobachtung von Radium-Zifferblattmalern gesammelten Tatsachen mit besonderer Bezugnahme auf das Vorkommen von osteogenem Sarkom und auf den Zusammenhang mit gewissen Blutkrankheiten.) (*Dep. of Path., Newark City Hosp. a. Off. of the Chief Med. Examiner of Essex County, Newark, N. J.*) Amer. J. Canc. 15, 2435—2516 (1931).

Die verwendete Farbe bestand aus Zinksulfid, das durch Zusatz von kleinen Mengen von Radium, Mesothorium und Radiothor leuchtend gemacht wurde. Zur Anwendung kamen die unlöslichen Salze dieser radioaktiven Substanzen. Das Gift fand Zutritt zum Körper durch den Mund infolge der Gewohnheit dieser Arbeiterinnen, ihre Pinsel während der Arbeit immerfort zwischen die Lippen zu nehmen. Die Absorption durch die Haut und die Inhalation schien keine Bedeutung zu haben. In den zur Sektion gelangten Fällen fand man auf das Skelet verteilt 0,010—0,180 mg radioaktive Substanzen auf RaEl berechnet. Die in den am Leben sich noch befindenden, aber unter Vergiftung leidenden Personen beherbergte Ra-Menge wurde auf 0,002—0,020 mg geschätzt. — Bis Mai 1931 hat man Kenntnis von 18 ehemaligen

Angestellten der N.-J. Anstalt, die ad exitum gekommen sind und bei denen ein berechtigter Verdacht vorlag, daß der Tod durch die Radiumvergiftung entstanden sei. In 8 Fällen darunter wurde durch den Sektionsbefund der Beweis dafür erbracht. Außerdem sind 30 weitere, sich noch am Leben befindende Kranken bekannt, die die typischen Vergiftungssymptome aufweisen. — Die allerersten Fälle betreffen 13 Mädchen, bei denen die Symptome 4—6 Jahre nach ihrem Ausscheiden aus der Anstalt aufgetreten sind. Diese Fälle waren gekennzeichnet durch die Nekrose der Mandibula am Kinn und durch eine schwere, immer fatale, mit keinem Mittel beeinflussbare Anämie. Die späteren Fälle sind meistens noch am Leben, und es handelt sich bei diesen um Frauen, deren Tätigkeit in der Fabrik bereits 6—7 Jahre zurückliegt. Diese Kranken wiesen chronische verstümmelnde Knochenveränderungen auf, die erst auftraten, nachdem die Kranken etliche Jahre die Fabrik verlassen hatten, ohne inzwischen irgendwelche Störungen aufzuweisen. Meistens waren der Femurkopf, das Acetabulum, die Beckenknochen und der Calcaneus betroffen. Die Anämie war leichteren Grades. — Bei der Besprechung der Sarkomfälle meint Verf., daß ein einfaches Zusammentreffen ausgeschlossen werden kann. Dies beweist zur Genüge die Tatsache, daß unter den 18 Todesfällen 4 Sarkome nachgewiesen werden konnten und daß außerdem unter den 30 noch lebenden, aber radioaktiven Kranken (alle ehemalige Zifferblattmaler) weitere 4 Sarkomfälle sich befinden, und weiterhin, daß ähnliche Fälle auch in anderen Anstalten vorgekommen sind. *Bereváš (Palermo).*^{oo}

Chazanov, M., S. Afonskij und M. Sandomirskij: Ein Beitrag zur Gewerbepathologie der Glashüttenarbeit. (*Nervenklin., Wiss. Hochsch., Minsk.*) Vrač. Delo 14, 951 bis 954 (1931) [Russisch].

Verf. berichtet über massenhafte Ulnaris- und Medianuslähmungen bei den Glasschleifern der Glashütte zu Nowo-Borissow. Die Lähmung entwickelte sich bei 15 Arbeitern infolge andauernden Ellbogendrucks beim Schleifen von Teegläsern. — Neben Überanstrengung wirkten mit Feuchtigkeit (das Schleifrad wird fortwährend mit Wasser gespült), schnelle Rotierung des Schleifsteins, Druck auf die Handmuskeln beim Anfassen des Glases, Alkohol. Bei 9 Arbeitern traten ausgedehnte Atrophien und Krallenstellungen auf, bei den meisten waren die Symptome von Froment und Levy-Valousi positiv, bei 8 waren die rechte, bei 4 die linke und bei 3 beide Hände erkrankt. Es wurden Vorschriften erlassen, um diesen Lähmungen vorzubeugen.

Autoreferat.

Mayer, Rudolf L.: Gewerbeekzem und Unfallversicherung. (*Univ.-Hautklin., Breslau.*) Zbl. Gewerbehyg., N. F. 8, 253—257 (1931).

Auf Grund der von Bloch entwickelten Auffassungen bezweifelt Mayer nicht den Charakter des Ekzems als ausschließlicher Manifestation einer Überempfindlichkeit der Haut analog dem Heufieber, Asthma, Urticaria, Serumkrankheit und Quinckeschem Ödem. Das berufliche Ekzem wird von einer überaus großen Reihe von Substanzen ausgelöst, deren restlose Erfassung nicht möglich ist. In der Gesetzgebung der verschiedenen Länder hat man für die Anerkennung als Berufskrankheit eine sog. Giftliste aufgestellt, ohne Rücksicht darauf, daß Überempfindlichkeit und Intoxikation völlig differente Prozesse sind. Von dermatologischer Seite wird überwiegend die Überempfindlichkeit in den Mittelpunkt der Ekzemlehre gestellt, während die früher vielfach vertretene Lehre des konstitutionell bedingten Ekzems (der Ekzematose der Franzosen) stark an Boden verloren hat. Dieser Lehre gegenüber betont M., und zwar auf Grund von Tierexperimenten mit Salvarsan und Ursol überempfindlichen Tieren, lediglich eine Abhängigkeit des Intensitätsgrades von konstitutionellen Einflüssen. Es ist bei genügender Ausdauer in den meisten Fällen möglich, eine äußere Ursache aufzufinden. Versicherungsrechtlich unterscheidet M. 3 Kategorien von Ekzemfällen: 1. Solche, bei denen das während der beruflichen Tätigkeit aufgetretene Ekzem nach kürzerer oder längerer Zeit wieder abheilt; 2. solche, bei denen nach jedesmaliger Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit das Ekzem rezidiert; 3. solche, in denen auch bei Ausschluß der beruflichen Tätigkeit das Ekzem als Dauerkrankheit weiter besteht. Besonders die letztere Gruppe kann Schwierigkeiten in der Beurteilung bereiten. Es handelt sich zumeist um eine erworbene, sog. polyvalente Überempfindlichkeit der Haut gegen die banalsten Reize des täglichen Lebens, manchmal kompliziert durch eine klinische Überlagerung von Krankheitsprozessen, hervorgerufen durch sekundäre Infektion mit Eitererregern, Pilzen oder Hefen. Von den letzteren sind ekzematoiden

Erkrankungen abzugrenzen, die auf primäre Infektion der Haut mit den genannten Krankheitserregern beruhen (Mykosen, Mykide). Es bedarf in jedem einzelnen Falle der versicherungsrechtlichen Beurteilung eines Ekzems, der Anwendung der von Jadassohn eingeführten „funktionellen“ Hautprüfung, die ausreichende Erfahrung und eine richtige Anwendungsweise der Methode zur unbedingten Voraussetzung hat.

Michael (Berlin)._o

Borinski, P.: Sind kleinste Quecksilbermengen gesundheitsgefährlich? (*Chem. Inst., Städt. Hauptgesundheitsamt, Berlin.*) Dtsch. med. Wschr. 1931 I, 1060—1061.

Ausgehend von den bekannten Untersuchungen von Stock über den Befund von Quecksilber bei Leuten mit Amalgamfüllungen untersuchte Borinski im Chemischen Institut des städtischen Hauptgesundheitsamtes in Berlin die Ausscheidungsmengen des Quecksilbers und zwar von Personen, welche mit Metall beruflich in Berührung kamen (Berufsfälle), von solchen, die Amalgamfüllungen in den Zähnen besaßen (Amalgamfälle) und solche, welche nie mit Quecksilber zu tun hatten (quecksilberfremde Fälle). Er fand, daß die überwiegende Mehrzahl der Personen Hg in ihren Ausscheidungen hatten und zwar die I. Gruppe 10—100 γ in den Ausscheidungen. Da auch bei der II. und III. Gruppe Quecksilber bis zu 10 γ = 10 Tausendstelmilligramm ausgeschieden wurde, so nimmt B. wohl mit Recht an, daß die Schädlichkeit des Hg erst über dem Werte von 10 γ beginnt. Als Quelle dieses Quecksilbers bei Hg-fremden Personen wurden die Nahrungsmittel (Brot, Kartoffeln, Kohlrüben, Weißkohl, Mohrrüben, Grünkohl, Bohnen, Reis, Milch, Fleisch verschiedener Herkunft und verschiedene Fische) festgestellt, so daß ein Hg-Gehalt bis zu 10 γ in der Ausscheidung als normal anzusehen ist und nicht für eine Vergiftung spricht. — Auch Stock selbst hat jetzt diese Untersuchungen bestätigt. Es kann somit das natürliche Vorkommen von Quecksilber in der Nahrung und im Organismus als gesicherte Erkenntnis gelten. *Kalmus.*

Émile-Weil, P.: La leucémie post-benzolique. (Leukämie nach Benzindämpfen.) Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, III. s. 48, 193—198 (1932).

Eine 62jährige Kautschukarbeiterin trat am 13. XI. 1930 unter Erscheinungen von Mattigkeit und Anämie in Behandlung. Der Zustand hatte etwa 2 Jahre vorher mit Gelbsucht begonnen, sie hatte eine Phlebitis am Unterschenkel durchgemacht, die sie 1 Monat an das Bett fesselte. Unter zunehmender Mattigkeit, Abmagerung um 10 kg, Magenbeschwerden war der jetzige Zustand eingetreten: Die Patientin war blaß, leicht ikterisch, der Unterleib aufgetrieben, die Leber bis zur Nabellinie reichend, die Milz vergrößert, nach abwärts bis zur Nabellinie, nach innen bis 2 cm vor die Mittellinie reichend. Der Blutbefund war anfangs der einer schweren Anämie: 1086000 Erythrocyten, Hämoglobingehalt 30. Keine Anisocytose, keine Polychromatophylie, keine Poikilocytose; Hämatoblasten 30000; später der einer Leukämie mit 68000 Leukocyten. Unter zunehmender Schwäche, Gelbsucht, Erbrechen, Ödem der unteren Extremitäten verschlechterte sich der Zustand trotz aller Behandlung und am 16. I. 1931 starb Patientin. Die Autopsie ergab eine vergrößerte Milz von 670 g, Muskatnußleber von 1650 g. Mikroskopisch in Milz und Knochenmark das Bild einer myelogenen Leukämie, in der Leber Fettdegeneration. Weil führt die Krankheit auf die Einatmung von Benzindämpfen zurück, da Patientin durch 15 Jahre hindurch in der Kautschukfabrik gearbeitet und täglich Benzindämpfe eingeatmet hatte. Er stützt diese seine Diagnose auf einen analogen Fall von Delore und Bergomano, welchen dieselben im J. Méd. Lyon im April 1928 publiziert hatten. Dieser Fall betraf einen 41jährigen Arbeiter, welcher 5 Jahre lang in einer chemischen Fabrik bei der Herstellung von Pyramidon Benzindämpfe eingeatmet hatte. In gerichtsärztlicher Beziehung haben beide Fälle insofern Bedeutung, als die Frage einer Leukämie als Berufskrankheit bzw. als Folge einer Benzol- oder Benzinvergiftung zur Diskussion stehen kann.

Kalmus (Prag).

Nectoux, R., et R. A. Gallois: Quatre cas de névrite rétro-bulbaire par le sulfure de carbone. (Vier Fälle von retrobulbärer Neuritis durch Schwefelkohlenstoffvergiftung.) Bull. Soc. Ophtalm. Paris Nr 9, 750—756 (1931).

Die 4 Patientinnen, über deren Krankheitserscheinungen berichtet wird, waren 1 bis 3 Jahre in Betrieben tätig, in welchen Schwefelkohlenstoff verarbeitet wurde, bevor sie Sehstörungen bekamen. Das bemerkenswerteste Symptom bei allen Erkrankten war das zentrale Farbeskotom (Rot-Grün). Der Gesichtsfelddefekt war aber nicht so charakteristisch, daß er allein die Differentialdiagnose gegen die Tabak-Alkoholamblyopie erlaubt hätte. Sicherere Hinweise nach dieser Richtung gaben die Anamnese und manche Allgemeinsymptome (Blässe der Haut und der Schleimhäute, leichte Reflexübererregbarkeit, leichte psychische Störungen).

Der Rückgang der Sehstörungen erfolgte verschieden rasch, der Gesichtsfelddefekt besserte sich eher als das Sehvermögen. Nicht immer wurde das frühere Sehvermögen wieder erreicht. Die Schwefelkohlenstoffvergiftung gehört zu den meldepflichtigen Berufskrankheiten (Gesetz vom 25. X. 1919, Erlaß v. 16. XI. 1929). — Morax erwähnt in der Aussprache, daß bei der durch Schwefelkohlenstoffvergiftung erzeugten Neuritis des Sehnerven auch das periphere Sehen und damit auch das periphere Gesichtsfeld im Gegensatz zur Intoxikationsamblyopie durch Tabak-Alkohol beeinträchtigt ist, eine Beobachtung, die Nectoux allerdings nur ausnahmsweise gemacht hat. — Onfray fragt, ob nicht eine gewisse Disposition vorliegen müsse, da doch nur eine kleine Zahl von Arbeitern derselben Arbeitsstelle erkrankte, ob vielleicht andere Intoxikationen die Anfälligkeit des Sehnerven erhöhen, ob man die Neuritis retrobulbaris bei Schwefelkohlenstoffvergiftung, also nur auf dieses Gift zurückführen darf. — Nectoux hat bei seinen Fällen nicht beobachtet, daß z. B. Alkoholabusus eine Rolle spielt. Bezüglich der Prognose erwähnt er, daß in 33 % Heilung, in 25 % Besserung durch Behandlung (Strychnin) zu erwarten ist, daß in 20 % der Fälle kein Erfolg erzielt wird. *Jendralski.*

Psychiatrie und Gerichtliche Psychologie.

● **Schneider, Kurt: Probleme der klinischen Psychiatrie.** Leipzig: Georg Thieme 1932. 46 S. RM. 2.60.

Schneider erörtert die Probleme der gegenwärtigen klinischen Psychiatrie. Die Frage, wie und inwieweit das Symptom mit dem Krankheitsprozeß zusammenhängt, bildet das Hauptproblem. Von vielen Seiten wird jetzt betont, daß es verschiedene Arten von bereitliegenden Reaktionsweisen gibt, und damit nähert man sich der Auffassung von Hartmann und Hoche, daß es in der Psychiatrie keine nosologischen Einheiten, sondern nur Symptomenkomplexe gibt; schon Wernicke vertrat diese Auffassung und Kraepelin hat sich 1920 der Ansicht angeschlossen, daß verschiedene äußere Ursachen die gleichen psychotischen Typen verursachen können. — Sch. nimmt kritisch Stellung zu den Arbeiten von Kretschmer, Kleist, Birnbaum und Ewald — Er selbst schlägt folgende typenmäßigen Abgrenzungen innerhalb der psychotischen Bilder vor: die Cyclothymien, die besonnenen episodischen Psychosen, die Delirien (benommene episodische Psychosen), die schizophrenen Prozesse, die Paraphrenien, die Demenzen. Mit diesen Krankheitsbenennungen will er nicht nur die Symptomenkomplexe bezeichnen, sondern auch den Verlauf andeuten. — Die kleine Schrift gibt einen guten Überblick über alle Theorien der klinischen Psychiatrie, die in den letzten Jahren aufgestellt sind und nimmt zu ihnen kritisch Stellung. *Salinger (Herzberge).*

Herschmann, Heinrich: Psychiatrische Bemerkungen zum III. Abschnitt der Entmündigungsordnung (gerichtliches Verfahren bei Aufnahme in geschlossene Anstalten). (*Psychiatr.-Neurol. Univ.-Klin., Wien.*) Beitr. gerichtl. Med. 11, 130—149 (1931).

Verf. bespricht in Ergänzung der Ausführungen Berzes Mängel der österreichischen Entmündigungsordnung, insbesondere des Abschnittes „Gerichtliches Verfahren bei Aufnahme in geschlossenen Anstalten“. Juristen haben sich der Gesetzesbestimmungen mit haarspalterischen Auslegungen bemächtigt. Dadurch sind für die Anstaltsleiter insbesondere auf dem Gebiet der psychischen Grenzzustände unhaltbare Schwierigkeiten entstanden. Verf. fordert zum Schutz und zur Erleichterung der verantwortlichen Psychiater jedoch nicht eine Erleichterung des Kontrollrechtes der Gerichte bei der Internierung Kranker, sondern vielmehr eine Ausdehnung dieses Rechtes auch auf die Entscheidung darüber, ob ein Kranker entlassen werden muß. (Nach Meinung des Ref. wird hierbei der rein ärztliche Standpunkt dem rechtlichen allzusehr untergeordnet.) Die Einzelheiten der Arbeit lassen sich dem Rahmen eines kurzen Referates nicht einfügen. Sie sind aber auch für reichsdeutsche Psychiater sehr lesenswert und lehrreich, insbesondere im Hinblick auf eine reichsdeutsche Irrenengesetzgebung. *Arno Warstadt (Berlin-Buch).*

Petrén, Alfred: Über die Bedeutung einer sicheren Diagnose bei längeren Geisteskrankheiten nebst Bemerkungen über die Gefahr privater Irrenpflege ohne sachverständige ärztliche Hilfe. Sv. Läk. sällsk. Hdl. 57, 290—324 (1931) [Schwedisch].

Der mitgeteilte Fall Petrén's lehrt, daß häufig nur eine längere mehrfache Beobachtung zu einer sicheren Diagnose länger dauernder Geisteskrankheit führen kann