

Gerlach, Walther, und Werner Gerlach: Der Elementarnachweis im Gewebe. III. Mitt.: Zur Frage der Argyrosen, insbesondere über den spektrographischen Silber-nachweis in der Haut. (*Physikal. Inst., Univ. München u. Path. Inst., Univ. Basel.*) Dermat. Wschr. 1932 II, 1497—1508.

Die eine Elektrode der Sekundärspule eines Teslitransformators wird mit einer Metallplatte verbunden, auf die eine dünne Glas- oder Glimmerplatte gelegt wird; auf diese Platte kommt das zu analysierende Präparat; oberhalb der zu analysierenden Stelle steht im Abstand von einigen Millimetern ein dünner Draht aus reinem Gold oder Platin oder einem anderen Metall als zweite Elektrode. Der Hochfrequenzfunke geht zwischen dieser Metallelektrode und dem Präparat als Gegenelektrode über. Seit der 2. Mitteilung konnten durch Erhöhung der primären Energie und durch bessere Abstimmung der Stromkreise eine erheblich größere Intensität des Funkens und eine beträchtliche Abnahme der Intensität der Banden erreicht werden. — Spektrographischer Silbernachweis in der Haut: In einem Hautstückchen, das von einem wahrscheinlich Argyrosekranken stammte und in dem mit histochemischen Methoden kein Silber gefunden wurde, konnte auf spektrographischem Wege Silber nachgewiesen werden. Dieser Nachweis gelang auch in einem weiteren Fall von Argyrose. Bei einem Sektionsfall mit ausgedehnter argyroseartiger Pigmentierung konnte in der Nierenrinde, im Nierenmark, Herz, Lymphknoten, Haut, Hoden Silber nachgewiesen werden. Die Untersuchung im Hochfrequenzfunken dürfte als analytische Methodik für die Elementhistologie ein wertvolles Hilfsmittel sein. [I. vgl. Arch. Gewerbepath. 2, 7; II. Virchows Arch. 282, 2091 (1931).] H. Süllmann (Basel).^{oo}

Versicherungsrechtliche Medizin.

● Handbuch der gesamten Unfallheilkunde. Hrsg. v. Fritz König u. Georg Magnus. Bd. 2. Stuttgart: Ferdinand Enke 1933. VII, 536 S. u. 70 Abb. RM. 49.—.

Der zweite Band des groß angelegten Handbuchs umfaßt in der Hauptsache die Berufskrankheiten, enthält weiter Kapitel über Unfallverhütung und Unfallheilverfahren, schließlich Abschnitte über die praktische Begutachtung, über die private Unfallversicherung, über das Militärversorgungswesen und die Behandlung der Unfallmedizin im Hochschulinterricht. Die Berufskrankheiten sind zunächst in ihren rechtlichen Grundlagen von Krohn eingehend dargestellt, wobei insbesondere ihre Stellung in der Sozialpolitik, ihr Begriff im Rechtssinne, der Kreis der Versicherten, der Versicherungsfall, der ursächliche Zusammenhang zwischen Beschäftigung und Gesundheitsschaden, der Inhalt des Schadenersatzes und das Entschädigungsverfahren näher erläutert sind. Es folgt dann der spezielle Teil, in welchem die einzelnen Berufskrankheiten in gewerbehygienischer, pathologisch-anatomischer, klinischer und versicherungsrechtlicher Beziehung von einzelnen hervorragenden Fachleuten eingehend dargestellt worden sind. Koelsch hat die anorganischen und die organischen Gifte der aliphatischen und aromatischen Reihe behandelt. Die Berufskrankheiten durch Röntgenstrahlen sind von Holfelder beschrieben. Das Kapitel über die Schädigungen des Bewegungsapparates durch Arbeit mit Preßluftwerkzeugen stammt von Rostock, dasjenige über die Lungenerkrankungen durch Thomasschlackenmehl von Silberkuhl. Besonders eingehende Berücksichtigung hat die sozialhygienisch bedeutsame Silicose gefunden, deren pathologisch-anatomischer Teil von di Biasi dargestellt ist, die in hygienischer Hinsicht von Fötten und in klinischer Beziehung von Reichmann beschrieben ist. Die Schneeberger Lungenkrankheit hat Thiele in ihrem Wesen, ihrer Klinik und Begutachtung gewürdigt. Das Kapitel über die Wurmkrankheit der Bergleute stammt von Prof. Hayo Bruns. Es folgt dann der Abschnitt über die Hörstörungen der Arbeiter in Lärmbetrieben von Beck und weiter derjenige über den grauen Star der Glas- und Eisenhüttenarbeiter von St. Stöwer. Die Tropenkrankheiten haben eine eingehende Darstellung durch Ruge gefunden, Grober hat das Kapitel über Infektionskrankheiten beim Heil- und Pflegepersonal beschrieben. Die Unfallverhütung ist in ihrer Notwendigkeit, geschichtlichen Entwicklung, Rechtsgrundlage, Bedeutung für die Gewerbeaufsichts- und Berufsgenossenschaften von Michels gewürdigt. Lohmar hat die Organisation des Unfallheilverfahrens beschrieben. Sehr wertvoll sind weiterhin die Abschnitte über die praktische Begutachtung von Molineus, über die Invalidisierungsbegutachtung von Weber, die private Unfallversicherung von Liniger sowie das Militärversorgungswesen von Verth. Besonders Interesse beanspruchen für die gerichtliche und soziale Medizin die Ausführungen von A. W. Fischer über die Unfallmedizin im Unterricht. Alle diese Abschnitte bilden in sich geschlossene, umfassende Darstellungen der einzelnen Stoffgebiete, die eine Orientierung über alle einschlägigen Fragen ermöglichen. Insbesondere sind die einzelnen Berufskrankheiten bislang wohl noch nie in dieser Ausführlichkeit und Geschlossenheit dargestellt worden, wie es in den speziellen Kapiteln dieses Handbuchs der Fall ist. Jedem derselben ist eine eingehende Literaturansicht angefügt. Zahlreiche sehr gute, zum Teil farbige Abbildungen beleben den Text. Trotz der Vielzahl der Mitarbeiter bildet der Band in der einheitlichen Gruppierung und Gliederung des Stoffes ein organisches Ganzes. Dieser Eindruck wird noch unterstrichen durch ein besonderes Autoren- und Sachregister für diesen Band. Müller-Hess.

Mueller, B.: Der Begriff des ursächlichen Zusammenhanges in Medizin und Recht. (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) Münch. med. Wschr. 1933 I, 500—502.

Verf. geht auf den Ursachbegriff in den einzelnen Rechtsdisziplinen, dem Strafrecht, Zivilrecht und dem Versicherungsrecht ein. Im Strafrecht ist jede Bedingung, deren Fortfall den Enderfolg nicht herbeigeführt hätte, Ursache, im Zivilrecht gilt diese Bedingung nur dann als Ursache, wenn ihr Eintreten den Enderfolg voraussehen ließ, im Versicherungsrecht muß der Unfall wenigstens eine wesentlich mitwirkende Bedingung sein. Verf. schlägt vor, der Arzt solle bei Begutachtungen ursächlichen Zusammenhang stets dann bejahen, wenn bei Fehlen der rechtlich belangvollen Bedingung der Enderfolg nicht eingetreten wäre. Erst sekundär soll er sich über die Voraussehbarkeit des Enderfolges auslassen. Der Jurist soll dann entscheiden, ob Rechtslage und Rechtsdisziplin im vorliegenden Falle die Annahme des ursächlichen Zusammenhanges erlaubt oder nicht. Selbstverständlich bleibt es dem gutachtlich geübten Arzt überlassen, je nach Rechtsdisziplin sein Gutachten auf ein ganz bestimmtes Ergebnis zuzuspitzen. *Autoreferat.*

Dansauer: Ursachenbegriff und ärztliches Gutachten. *Ärztl. Sachverst.ztg* 38, 318—321 u. 323—331 (1932).

Wer berufsmäßig häufig Gutachten zu erstatten hat und dabei die Gutachten anderer Ärzte kennenlernt, wird der Meinung des Verf. nur zustimmen können, daß selbst wissenschaftlich hochstehende Gutachter zwar ausgezeichnete Feststellungen ärztlicher Tatbestände liefern, aber, sobald es sich um die eigentliche gutachtliche Leistung handelt, in Begriffsbildung, Urteil und Folgerichtigkeit häufig versagen, ihre Objektivität zugunsten einer einseitigen Ansicht aufgeben, ja überhaupt die Bahn der streng verstandesmäßigen Behandlung ihres Gegenstandes verlassen, um in die Gefühlssphäre überzugleiten und dort ihre wissenschaftlichen Beweisgründe zu suchen. So schloß sich ein Berliner Nervenarzt zwar darin dem Vorgutachter an, daß die festgestellte Schizophrenie ursächlich nicht als Kriegsdienstbeschädigung anzusehen wäre, nahm aber gleichwohl Kriegsdienstbeschädigung an, weil der Beschädigte ein armer Familienvater mit mehreren Kindern war. Die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges wird so auch oft in eine Wahrscheinlichkeit umgewandelt. Verf. geht zunächst kurz auf die Kausalitätsvorstellung im philosophisch-erkenntnistheoretischen, im naturphilosophischen und rechtsphilosophischen Sinne ein, weist darauf hin, daß der Arzt als Diagnostiker und Therapeut in seinem kausalen Denken geneigt ist, überwiegend naturwissenschaftlich zu denken, und hebt hervor, daß auch der Gutachter zwar von der naturwissenschaftlichen Betrachtung als Grundlage ausgehen muß, aber durch die juristische Fragestellung gezwungen wird, ein biologisches Geschehen auch unter ursächlichen Gesichtspunkten zu beurteilen, die von rechtlichen Voraussetzungen und Bedürfnissen abgeleitet werden. Die Ursachenlehre des Reichsversicherungsamtes und auch des Reichsversorgungsgerichtes sieht als rechtlich erheblich und damit als Ursache nur diejenige Bedingung an, die infolge ihrer besonderen Bedeutung wesentlich zum Erfolge mitgewirkt hat. Die im Strafrecht gebräuchliche Ursachenlehre ist individualisierend, geht stets von der tatsächlichen Gestaltung des Verlaufs im Einzelfalle aus und nimmt jede Bedingung als Ursache. Im bürgerlichen Recht folgt das Reichsgericht der von der Wahrscheinlichkeitslehre ausgehenden generalisierenden Theorie des adäquaten Kausalzusammenhanges, die nur die typische Verursachung als eine solche im Rechtssinne ansieht. Als adäquat sind nur solche Folgen einer Ursache anzusehen, deren Eintritt nach menschlicher Erfahrung über den naturgemäßen und gewöhnlichen Lauf der Dinge in der allgemeinen Richtung der Wirkungen gelegen hat, die durch das als Ursache anzusprechende Ereignis ausgelöst werden konnten. Bei der Anwendung der Adäquitätslehre auf die Unfallneurosen liegt der Unterschied zwischen der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes und des Reichsgerichts nicht in wesentlichen Abweichungen der rechtlichen Beurteilung, sondern in der Art der Auslegung. Wie das Reichsversiche-

rungsamt steht auch das Reichsgericht auf dem Standpunkt, daß Neurosen, die nicht auf wirklichen organischen oder sonst biologisch verständlichen Gesundheitsschädigungen, sondern lediglich auf Vorstellungen und Wünschen beruhen, und die nur aus Anlaß des Unfalls entstanden sind, keine adäquaten Unfallfolgen darstellen. In 2 Fällen gibt jedoch das Reichsgericht die Möglichkeit eines adäquaten Zusammenhangs zu, wenn nämlich der Unfall zunächst eine Körperschädigung oder wenigstens eine seelisch vermittelte Schädigung — Schreck, Angst, Shock — wesentlich verursacht hat und die Begehrungsneurose durch diese Körper- und Seelenschädigung mitverursacht worden ist oder wenn der Unfall eine Konstitutionsverschlechterung verursacht hat und der Verletzte infolgedessen den durch den Unfall ausgelösten Begehrungsvorstellungen erlegen ist. Zum Schluß bringt Verf. ausführlich das gerichtsärztliche Gutachten über einen Neurosefall, das in einem von einem mittleren Beamten angestregten Haftpflichtprozeß entscheidend zum Unterliegen des Fiskus in der Berufungsinstanz beigetragen hat und das er als ein klassisches Beispiel dafür bezeichnet, wie ein typischer Rentenhytiker auf Grund eines im Lichte der aktenmäßigen Darstellung des Falles unhaltbaren ärztlichen Zusammenhangs der ursächlichen Verhältnisse eine für ihn günstige Entscheidung erreichte.

Ziemke (Berlin).

Eliasberg, W.: Der Sachverständige und die Zeugen im Versorgungsverfahren. Ärztl. Sachverst.ztg 39, 35—36 (1933).

Verf. erklärt, daß die Zeugenaussage in Versorgungsprozessen häufig der Tatsachenermittlung dient, von vielen Sachverständigen nicht richtig beurteilt wird. „Der Sachverständige glaubt, kraft theoretischer Sachkunde dem Zeugen an Leistungsfähigkeit überlegen zu sein. Dies ist ein Irrtum, da die Zeugenaussage konkrete Tatsachen enthält, die durch theoretische Sachkunde nicht ersetzt werden können.“ „Aber es gäbe eine direkte Methode, nämlich die, zu prüfen, ob denn die unvoreingenommen beurteilten Verhältnisse des Einzelfalles sich den theoretischen Voraussetzungen ungezwungen fügen oder nicht. Dies ist es nun gerade, was die üblichen Gutachten auch fast aller Kliniken vermissen lassen. Zeugenaussagen, die zur Theorie nicht passen, werden eben aus der Theorie heraus beiseite geschoben.“ Die vom Verf. gebrachten Äußerungen scheinen dem Ref. überreichlich theoretisch und problematisch zu sein.

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

Hirsch, S.: Was bedeutet „richtunggebende Verschlimmerung“ einer inneren Krankheit in der Reichsversorgung und Unfallversicherung? Med. Klin. 1933 I, 363—365.

Ein Mann hatte wegen Verschlimmerung eines schon vor der Einberufung zum Heeresdienst bestandenen Magenleidens eine Militärrente von 20% erhalten, die 1929 wegen Verschlechterung des Zustandes auf 50% erhöht wurde. 1931 wurde der Mann wegen Verdacht auf Geschwürs- oder Geschwulstbildung operiert (Magenresektion) und starb am Tage nach der Operation. Die mikroskopische Untersuchung ergab chronische Gastritis. Die klagende Witwe wurde vom Versorgungsamt mit ihren Ansprüchen abgewiesen unter Bezugnahme auf eine grundsätzliche Entscheidung des RVG. vom 10. XI. 1931, wonach der Tod eines Beschädigten durch ein Leiden, für das DB. im Sinne der Verschlimmerung anerkannt war, nur dann im Sinne der §§ 34, 36 RVG. als verursacht gilt, wenn die als Folge einer DB. anerkannte Verschlimmerung richtunggebend für den weiteren Verlauf des Leidens war. Der Gutachter hatte angenommen, daß das Magenleiden auch ohne den geleisteten Kriegsdienst sich immer weiter verschlimmert haben würde. Die angezogene Entscheidung war in einem Falle ergangen, in dem der Tod eines Polizeibeamten, der einem Aneurysma der Bauchschlagader erlegen war, von der Klägerin auf den vor Jahren geleisteten Polizeidienst zurückgeführt worden war. Das RVG. hatte dazu ausgeführt, daß der Dienst nicht richtunggebend für den weiteren Verlauf gewesen sei, sondern daß der Tod schicksalsmäßig entsprechend dem Grundeiden eingetreten sei. Verf. hat im Gegensatz zu dem Gutachter des Versorgungsamtes ausgeführt, daß die chronische Gastritis nicht einen derart schicksalsmäßigen Verlauf nehmen mußte, sondern an sich eine gute Prognose bot, daß dagegen die Verhältnisse des Heeresdienstes (Ernährungsart) ausschlag- bzw. richtunggebend für den weiteren Verlauf des Leidens gewesen sei. Das Hauptversorgungsamt billigte daraufhin der Klägerin die Rente zu.

Giese.

Klieneberger, C.: Anerkennung wahrscheinlich zu Unrecht gewährter Unfallrente („Dauerrente“) bei nach Zeit und Vorstellungsverhalten anzunehmender „Rentenfizierung“. Gutachten der Reichsbahn-Gesellschaft. Med. Klin. 1932 II, 1612—1613.

46jähriger Rangierer stürzt 80 cm hoch. 40 Minuten bewußtlos. Dann heftige Kopf- und Rückenschmerzen. 10 Jahre lang bezieht der Verletzte trotz Fehlens objektiver Unfallfolgen 20% Rente. Verf. führt nun in seinem Gutachten aus, wie der Verletzte die Feststellung

der 20proz. Dauerrente in seinen Ansprüchen und in seiner Vorstellung fixiert hat. Will man aber jetzt diese Rente wegnehmen, so wird man das Rechtsempfinden des Verletzten erschüttern. Es ist auch zweifelhaft, wie ein Rechtsstreit nach Zeit und Entscheidungen auslaufen wird. Die Vorstellung des Rentenempfängers ist fixiert-fossil. Dieser hat sich völlig in die Rechtmäßigkeit seiner Rentenansprüche eingelebt. Die wahrscheinlich zu Unrecht gewährte Rente kann auf Grund der Vorstellung von Unfallentschädigung nicht entzogen werden. „Ich würde raten, die Angelegenheit bei der nicht sicher klärbaren Unsicherheit der Rentenberechtigung und bei dem zweifelhaften Ausgang längeren Rechtsstreites definitiv durch eine einmalige Abfindung zu erledigen.“

Kurt Mendel (Berlin).

Trendtel: Für die Reichsbahn wichtige Begutachtungsfragen aus der Unfall- und Invalidenversicherung. (*Oberversicherungsamt u. Versorgungsgericht, Schleswig.*) Z. Bahnärzte 27, 347—355 (1932).

Die Beachtung der versicherungsrechtlichen Darlegungen über die Auslegung eines Betriebsunfalles, Zusammenhang zwischen Unfallereignis und Körperschädigung wird an Hand von praktischen Beispielen aus der gerichtsärztlichen Tätigkeit beim Oberversicherungsamt und Versorgungsgericht dargestellt. Es wird darauf hingewiesen, daß auch der Arzt über Betriebseinrichtungen der Versicherungsträger, insbesondere der Reichsbahn, unterrichtet sein muß, um sich ein Bild von der angeblichen Gewalteinwirkung und dem Unfallereignis selbst machen zu können. Entscheidungen des RVA. über nicht entschädigungspflichtige traumatische Neurosen werden angeführt. Die Abfassung der Gutachten unter Herausstellung der Momente der wesentlichen Besserung werden besprochen. Die vorkommenden Berufskrankheiten bei der Reichsbahn, wie besonders Erkrankungen durch Blei, durch Preßluftwerkzeuge, gewerbliche Lärm-schwerhörigkeit usw., werden eingehend beschrieben.

Autoreferat.

§§ 254, 276, 278, 831 BGB. 1. Die Krankenkasse haftet, wenn ihr Vertrauensarzt bei Ausführung der Nachuntersuchung — nicht, wenn der Kassenarzt — dem Patienten widerrechtlich Schaden zufügt. 2. Der Vertrauensarzt handelt fahrlässig, wenn er die Arbeitsfähigkeit des Patienten auf Grund einer nicht sorgfältigen Untersuchung bejaht. 3. Zur Führung des Entschuldigungsbeweises nach § 831 BGB. genügt es nicht, daß die Kasse dartut, daß sie die Nachuntersuchung überhaupt durch einen praktischen Arzt hat vornehmen lassen; sie muß vielmehr die Maßnahmen beweisen, aus denen sich eine sorgsame Wahl des Arztes ergeben soll. 4. §§ 276, 278 BGB. finden grundsätzlich auch auf öffentlich-rechtliche Vertragsverhältnisse Anwendung. Deshalb haftet die Kasse für die Tätigkeit des Vertrauensarztes nach § 278 BGB, ohne daß sie sich darauf berufen könnte, daß sie bei der Auswahl des Arztes sorgfältig gehandelt habe. 5. Dem Kassenmitglied, das im Vertrauen auf ein es als arbeitsfähig bezeichnendes Gutachten des Vertrauensarztes von Maßnahmen zur Wiederherstellung seiner Gesundheit absieht, kann die Kasse nicht eigenes Verschulden i. S. des § 254 BGB vorwerfen. Jur. Wschr. 1932 II, 3332.

Der Fall, dessen Beurteilung zur Aufstellung obiger Sätze führte, wich insofern von dem gewöhnlichen Geschäftsgang ab, als der Versicherte sich zur Zeit der vertrauensärztlichen Untersuchung nicht in kassenärztlicher Behandlung befand. Auf Grund der Untersuchung durch den Vertrauensarzt hatte die Krankenkasse Leistungen abgelehnt. Giese (Jena).

Goldhahn, Richard: Feststellung von Trunkenheit bei Unfällen mittels Blutalkoholbestimmung. (*Chir. Abt., Stadtkrankenhaus St. Georg, Leipzig.*) Dtsch. Z. Chir. 239, 241 bis 261 (1933).

Die Widmarksche Methode der Blutalkoholbestimmung wurde auf der chirurgischen Abteilung des Stadtkrankenhauses St. Georg in Leipzig praktisch bei Unfallpatienten angewandt. Die Bestimmung ermöglicht es dem Arzt, ein objektives Urteil über Trunkenheit oder Nüchternheit eines Unfallverletzten abzugeben. Das ist besonders deshalb wichtig, weil einmal die klinischen Untersuchungsmethoden häufig im Stich lassen, außerdem aber im Zustand von Bewußtlosigkeit nicht anwendbar sind. Gerade hierdurch kommen aber nicht selten folgenschwere Fehldiagnosen zustande, indem ein Geruch der Ausatemungsluft bei einem Verunfallten fälschlich als Zeichen von Trunkenheit gedeutet wird, während in Wirklichkeit die Bewußtseinstörung

auf die durch den Unfall gesetzten Schädigungen bezogen werden muß. Nach der Widmarkschen Methode — die von einem Fachchemiker, nicht von Laborantinnen ausgeführt werden soll — kann die absolute Menge des genossenen Alkohols mit einer Fehlergrenze von 10% bestimmt werden. Bei einer Blutalkoholkonzentration von mehr als 20/100 muß stets mit einer deutlichen Alkoholbeeinflussung des Untersuchten gerechnet werden. Der Widmarksche Wert von 1,60/100 erscheint für Kraftfahrer zu niedrig gegriffen, jedoch nicht für Motorrad- und Radfahrer. Fehler können beim Vorliegen einer Acetonämie in Betracht kommen, jedoch wird der Wert von 0,030/100 dabei nicht überschritten und ist möglicherweise vom gefundenen Alkoholkonzentrationswert abzuziehen. Durch Vergällungsmittel — Pyridinbasen — im Brennschmelze wird, wie ein Selbstversuch des Verf. lehrte, selbst nach Genuß von 50 g keine Überschreitung des zu erwartenden Blutalkoholwertes beobachtet. Die Blutentnahme darf nicht gegen den Willen des Kranken vorgenommen werden, man „wird ihn (den Eingriff) aber ausführen können, wenn es sich um bewußtlose Erwachsene handelt“. Dann ist die Blutalkoholbestimmung anzusehen als ein im Interesse des Kranken anzuwendendes diagnostisches Hilfsmittel. Im übrigen bestehen juristisch dieselben Schwierigkeiten wie bei der Anwendung der Blutgruppenbestimmung in Vaterschaftsprozessen. Deshalb müßte bei einer amtlichen Einführung dieser Methode gefordert werden, daß die Hergabe einer Blutprobe als ein Teil der Zeugenschaft und als solche erzwingbar angesehen wird. Außerdem ist zu verlangen, daß nicht nur der Kraftfahrzeugführer, sondern auch die Opfer des Unfalles jeweils untersucht werden. Landé.

Wirth, Erich: Der Adrenalin-Sondenversuch. (*Univ.-Klin. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh., Heidelberg.*) Z. Hals- usw. Heilk. 32, 381—385 (1932).

Von 36 Patienten, die über Kopfschmerzen und Schwindel nach einem Schädeltrauma klagten und bei denen ein negativer Befund vorlag, war der Adrenalinsondenversuch nur 2mal positiv. Von 29 Menschen mit einer objektiv nachweisbaren Acusticus- und Vestibularisstörung, die mit Wahrscheinlichkeit traumatischer Genese war, hatte nur 1 eine einwandfreie positive Reaktion. Demgegenüber wurde der Versuch bei 161 Gesunden durchgeführt. Hierbei ergab sich, daß die Reaktion in 64% der Fälle negativ, in 27% fraglich und in 9% positiv war. Aus den Untersuchungsergebnissen geht hervor, daß ein Zusammenhang der weißen Strichzeichnung mit Schädigungen der Hirnhaut nicht besteht. Diese beobachtet man vielmehr bei Menschen mit einer besonderen Beschaffenheit der Muschelschleimhaut (silbergraue Farbe, kissenartige Schwellung). Barth (Berlin).^{oo}

Schellong: Die Erkennung simulierter (aggravierter) Bewegungsstörungen der Rheumatiker durch kleine Untersuchungskniffe. Z. ärztl. Fortbildg 30, 157—161 (1933).

Da wir den Schmerz eines Rheumatikers bei einzelnen Bewegungen nicht direkt beurteilen können, bleibt nur übrig, die Bewegungsstörung selbst zu prüfen. Das geschieht durch unauffällige, aber genaueste Beobachtung der Bewegungen bei abgelenkter Aufmerksamkeit des Patienten bereits beim Entkleiden vor Untersuchung des kranken Teiles, später nach derselben beim Ankleiden, welches wie das Entkleiden stets in Anwesenheit des Arztes zu erfolgen hat. Genaue Untersuchung der inneren Organe lenkt weiter die Aufmerksamkeit des Patienten von dem kranken Gliede ab und gibt dem Arzt Gelegenheit, die passive Beweglichkeit desselben durch überrumpelnde Bewegungen zu prüfen. Nach solchen sind Rheumatiker mit wirklicher Bewegungsstörung im Schultergelenk z. B. nicht imstande, nur einige Augenblicke die passiv erzielte Armstellung beizubehalten, weil das ohne eigenes Zutun unmöglich ist. Simulanten fallen daher besonders herein, wenn nach erfolgter Blutdruckmessung unter passiver Elevation die Manschette von dem kranken Arm abgeschnallt wird oder wenn man den Arm zum Auskultieren von der Achselhöhle aus hochhebt. Da Erkrankungen des Schulter- und Ellenbogengelenkes auf das Resultat der Handkraftmessung mittels des Collinschen Dynamometers nahezu ohne Einfluß bleiben, ist Simulation anzunehmen, wenn die Hand der angeblich kranken Seite auffällig weniger drückt als die der gesunden. Bewegungsstörungen in den Gelenken der unteren Extremität können beurteilt werden, wenn man den liegenden Patienten auf Plattfuß untersucht und dabei eine maximale Beugung in den drei Gelenken mit Abduktion und

Innenrotation im Hüftgelenk vornimmt. Bei Ischias sind Unfähigkeit auf dem kranken Bein als Standbein zu stehen — auf eine Stuhllehne gestützt — Schmerz in der Glutaealgegend, sobald der mit gestrecktem Bein daliegende Patient die große Zehe dorsalflektiert, endlich die Benutzung nur des gesunden Beines beim Aufstehen aus liegender Stellung Zeichen wirklicher Krankheit, die der Simulant nicht kennt und nicht vortäuschen kann wie den Lasègue. *Klix* (Berlin).

Seele, Hans: Die Pflicht der Duldung von Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit in der Sozial-Unfallversicherung. Mschr. Arb.- u. Angest.vers. 21, 154—155 (1933).

Verf. wendet sich gegen die Begründung an sich treffender Entscheidungen des RVA. So bejaht das RVA. die Berechtigung des Eingriffs in versehrte Körperteile, verneint sie aber für unversehrte. Richtiger würde von einem Eingriff in den derzeitigen Körperzustand gesprochen, da man sonst dem Arzt die nötige Bewegungsfreiheit für sein Handeln nimmt. Nach § 606 RVO. entfällt das Recht auf Unversehrtheit, wenn zur wesentlichen Besserung von Unfallfolgen zumutbare Eingriffe erforderlich sind, aber nicht schlechthin, sondern nur, soweit der Verletzte nicht „triftige Gründe“ für seine Weigerung hat. Es ist nicht zweckmäßig, den Begriff Operation, der der ärztlichen Fachsprache entnommen ist, für rechtliche Zwecke heranzuziehen, sondern besser es bei dem allgemeinen Begriff Eingriff zu belassen, da sonst Unsicherheit im Gebrauch des Begriffes, ob ärztlich oder rechtlich, eintreten würde. *Giese* (Jena).

Kein absoluter Operationszwang für Unfallverletzte. Zeitweiliges Verbleiben in nichtärztlicher Behandlung zulässig. Entscheidung des Reichsgerichts vom 15. XII. 1932 — VIII 425/32. Rechtsprechg u. Med.-Gesetzgeb (Sonderbeil. d. Z. Med.beamte 46) 46, 5—6 (1933).

In bezug auf mitwirkendes Verschulden des Beschädigten bei Entstehung eines Schadens nach § 254 BGB. hat das RG. sich wiederholt über die Zumutbarkeit einer Operation ausgesprochen, so noch vor kurzem über die Anwendung der Narkose. In der vorliegenden Entscheidung verlangt es, daß nicht bloß objektiv die Voraussetzungen für die Zumutbarkeit vorliegen müssen, sondern es ist noch zu beachten, daß bei der Prüfung der subjektiven Seite des Verschuldens des Verletzten alle dafür in Betracht kommenden Umstände erwogen werden müssen. Ein Verunglückter handelt nicht grob schuldhaft, wenn er sich aus ärztlicher Behandlung in die eines nicht approbierten Homöopathen flüchtet, um so weniger, wenn dieser sich eines guten Rufes erfreut und der Zustand des Verletzten sich infolge dieser Behandlung scheinbar bessert. *Giese* (Jena).

Collart, M.: Du droit du blessé à refuser une opération. (Das Recht des Verletzten auf Operationsverweigerung.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 13. II. 1933.*) Ann. Méd. lég. etc. 13, 159—162 (1933).

Das Recht, zu heilen, interessiert im allgemeinen nur zwei Personen, den Arzt und den Kranken. In der Sozialversicherung hat aber auch der Staat ein Interesse an der Heilung des Verletzten, weil die Behebung einer Erwerbsbeschränkung ihn von einer Last befreit. Die französischen Gerichte neigen dazu, das Recht des Verletzten auf Selbstbestimmung zu unterstreichen, auch wenn es sich um geringfügige Eingriffe handelt, z. B. um eine Bruchoperation. Sie begründen dieses Recht damit, daß niemand für die absolute Ungefährlichkeit einer Anästhesie garantieren könne. Darum wird sich kein Verletzter mehr operieren lassen, wenn die Gefahr besteht, daß ihm eine Rente genommen wird. Man sollte daher die Belassung der Rente garantieren und hoffen, daß mancher Arbeiter vernünftig genug sein wird, durch die Operation seine Arbeitsfähigkeit wiederherstellen zu lassen.

Denn ein chinesisches Sprichwort besagt: Wenn ein Mann nicht mehr arbeitet und eine Frau nicht mehr spinnt, muß irgend Jemand Hunger leiden und frieren. *Böhmer* (Kiel).

Wätzold, Paul: Zur Frage des Operationszwangs bei Unfall-Geschädigten unter besonderer Berücksichtigung von Verletzungsfolgen am Auge. Z. Augenheilk. 80, 7—22 (1933).

Entsprechend der Entwicklung in der Durchführung der Unfallgesetzgebung sollte sich kein Unfallverletzter einer operativen Behandlung entziehen dürfen, welche der Besserung bzw. der Heilung der Unfallfolgen dient, ohne Gefahr für Leben und Gesund-

heit, ohne Narkose und schmerzlos ausgeführt werden kann. Rentengewährung kommt nach der Reichsversicherungsordnung, dem Reichsversorgungsgesetz und der Unfallgesetzgebung erst in Frage, wenn die Behandlung abgeschlossen, eine weitere Besserung nicht mehr zu erwarten ist, das kranke bzw. verletzte Auge seine bestmögliche Funktion wiedererhalten hat und die Arbeitsfähigkeit so wenig wie möglich behindert ist. Der Versicherte muß sich seiner Arbeitspflicht, der behandelnde Arzt seiner Aufgabe bewußt bleiben, die geminderte Arbeits- und Erwerbsfähigkeit seiner Kranken so weit wie möglich wieder herzustellen. Die Rente soll nicht den Willen zur völligen Genesung und zur Arbeit untergraben, sondern nur Ersatz bieten für verloren gegangene Kräfte und Erwerbsmöglichkeiten. Wer eine gefahr- und schmerzlose, ohne Narkose ausführbare, aussichtsreiche Operation verweigert, soll der Rente verlustig gehen oder nur das erhalten, was ein mit bestem Erfolge Operierter beanspruchen kann. Bei perforierender Verletzung und Wundstar ist die Behandlung nicht mit der Wundheilung abgeschlossen, sondern erst nach Entfernung des Wundstars und des etwa auftretenden Nachstars, wenn schließlich ein Dauerzustand möglichst guter Gebrauchsfähigkeit des Auges erreicht ist. In gleichem Sinne ist die Vornahme einer Iridektomie wegen Drucksteigerung oder aus optischen Gründen zu fordern. Die Beseitigung einer luxierten Linse ist oft ein für das Auge gefährlicher Eingriff, dessen Vornahme nur in günstig liegenden Fällen gefordert werden kann. Muskeloperationen bei Doppeltsehen sind in ihrem Effekt schwer zu beurteilen, können also nur in besonders günstig liegenden Fällen erzwungen werden. Die Erfolge moderner Netzhautoperationen sind noch nicht genügend lange beobachtet, so daß ihre Duldung nicht von vornherein verlangt werden kann. Die Entfernung eines erblindeten Auges ist nur dann zu fordern, wenn durch Beschwerden eine höhere Erwerbsminderung verursacht wird oder Gefahr einer sympathischen Entzündung besteht. Verweigert ein Rentenempfänger diese Operation, dann muß er die Folgen tragen. Das Gerichtsurteil soll dann darauf hinweisen, daß der Beschädigte bei Erkrankung des zweiten Auges keinen Anspruch auf eine höhere Rente hat. Überzeugende Darlegungen eines erfahrenen Gutachters und Operateurs werden auch die entscheidenden Stellen überzeugen und andere Urteile als früher herbeiführen (s. III. Rek.Sen. d. R.V.A. vom 12. I. 1928). *Jendralski* (Gleiwitz).

Horn, Paul: Zur Abfindungsfrage bei Kopfverletzten. *Med. Klin.* 1932 II, 1681 bis 1683.

Bei organischen Unfallfolgen ist die Anwendung einmaliger Kapitalabfindung nur in beschränktem Maße und nur unter gewissen Voraussetzungen möglich. Insbesondere gilt dies für progrediente Erkrankungen, z. B. für eine traumatisch mitbedingte multiple Sklerose oder Tabes. Auch bei Kopfverletzungen läßt sich die Frage der Zweckmäßigkeit des Abfindungsverfahrens nicht vorbehaltlos bejahen, sondern muß von Fall zu Fall entschieden werden. Bei leichteren Fällen von Gehirnerschütterung kann zwar einmalige Abfindung empfohlen werden; bei größeren Hirnsymptomen oder bei Schädelbrüchen ist aber stets größere Zurückhaltung in der Abfindungsfrage und vorsichtiges Abwägen etwaiger späterer ungünstiger Verlaufsmöglichkeiten notwendig. Spätere epileptische Zustände sind hier stets im Auge zu behalten, desgleichen später sich einstellende psychische Veränderungen, verstärkte subjektive Kopfbeschwerden.

Ein vom Verf. mitgeteilter Fall (6jähriger Knabe; Impressionsfraktur des Schädeldaches; keine Verletzung des Gehirns oder der Hirnhäute; Gehirnerschütterung; gewisse Möglichkeit später auftretender traumatischer Epilepsie; erhöhte Gefährdung wegen der Knochenlücke) läßt eine Dauererwerbsbeschränkung von etwa 20—30% im späteren Leben und somit eine Abfindungssumme von etwa 5000—6000 M. als gerechtfertigt erscheinen.

Kurt Mendel (Berlin).^{oo}

Pichard, H., et A. Liber: Éthylisme et polydipsie. Lésion de la selle turcique. Traumatisme ancien. (Alkoholismus und Polydipsie. Läsion der Sella turcica. Altes Trauma.) (*Hôp. Henri-Rousselle, Paris.*) (*Soc. Méd.-Psychol., Paris, 23. I. 1933.*) *Ann. méd.-psychol.* 91, I, 100—103 (1933).

Aus dem Bestehen einer röntgenologisch nachweisbaren Veränderung des Türkensattels bei einem Hirntraumatiker (Stirnbeinfraktur), der wenige Monate nach dem Trauma dipso-

manische Anfälle bekam, die schließlich im Verlauf einiger Jahre zu richtigem chronischen Alkoholismus führten, wird der Schluß gezogen, daß der chronische Alkoholismus dieses Falles höchstwahrscheinlich auf die traumatische Läsion der nervösen Zentren des Wasserhaushaltes zurückzuführen sei.
Steck (Lausanne).

Seeliger: Landkartenschädel und Kopftrauma. (*Knappschafts-Krankenh., Bottrop i. W.*) (*VII. Jahrestag. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Bochum, Sitzg. v. 3.—4. IX. 1932.*) Arch. orthop. Chir. **32**, 584—587 (1933).

Einem 32jährigen Bergmann war vor 6 Jahren ein Stein auf die linke Schädelhälfte gefallen. Seitdem verspürte er starken Kopfschmerz. Vor 2½ Jahren wurde der Schmerz so erheblich, daß er sich in Krankenhausbehandlung begab. Es war auch starker Durst auf gefallen und Abnahme des Körpergewichts um 22 kg. Die zutreffende Diagnose wurde aber erst 2 Jahre später gestellt. Objektiver Befund im Frühjahr 1932: Eine handtellergroße Knochenerweichung ist im Bereich des linken Scheitel- und Stirnbeins zu tasten. Die Röntgenuntersuchung ergab: „Landkartenschädel“, normalen Knochenbefund an allen übrigen Teilen des Skelets, Diabetes insipidus. (Wasseraufnahme täglich 10—11 l; Urinausscheidung 8 bis 9 l.) WaR. im Blut negativ. Es bestand kein Anhalt für Tuberkulose. Klinische Diagnose: Schüller-Christians Krankheit. Der histologische Befund bei Untersuchung eines Probestückes aus kranken Teilen des Kopfes bestätigte die Richtigkeit der Krankheitsbezeichnung. Verschlimmerung des Leidens durch das geltend gemachte Trauma (Betriebsunfall) mußte abgelehnt werden.
Junius (Bonn).

Esser, A.: Die Verletzungen der Hirnrinde bei stumpfer Gewalteinwirkung auf den Schädel mit besonderer Berücksichtigung des forensischen und unfallpathologischen Standpunktes. (*Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Bonn.*) Arch. orthop. Chir. **33**, 10—106 (1933).

In dem ersten deskriptiven Teil bespricht Verf. 20 Fälle aus eigener Beobachtung, 91 Fälle aus der Literatur, die in 8 Gruppen nach dem zeitlichen Eintritt des Todes — Stunden, Tage, Monate, Jahre, Jahrzehnte nach dem Unfall — gegliedert sind, im Anschluß geburtstraumatische Hirnrindenverletzungen. Im zweiten epikritischen Teil bringt Verf. die makroskopischen und mikroskopischen Befunde. Die makroskopische Betrachtung ergibt, daß bei Angriff der Gewalt am Stirnbein Hirnverletzungen sowohl am Stoß wie am Gegenstoß nicht ganz selten völlig fehlen, am Scheitelbein Stoß- und Gegenstoßverletzungen fast immer vorhanden sind, am Schläfenbein Stoßverletzungen immer, Gegenstoßverletzungen allermeist vorkommen, am Hinterhauptbein Stoßverletzungen nicht ganz in der Hälfte der Fälle und nur leichter Art, Gegenstoßverletzungen immer gegeben und überwiegend ganz schwerer Art sind. Die mikroskopische Durchforschung erstreckt sich auf die Art der Veränderungen und die Lokalisation im Gewebe in frischen Fällen, auf die weiteren Veränderungen der traumatischen Rindenherde bis zum Ende des 1. Jahres und die Hirn-„Narben“ in den späteren Jahren nach dem Unfall. Die anatomischen Feststellungen führen zu der Erkenntnis, daß die Vernarbung der traumatischen Rindenherde mangelhaft ist, wohl niemals ganz zum Abschluß kommt. Commotio und Contusio cerebri sind zwei zueinander gehörende einheitliche Erscheinungsformen einer und derselben Schädigung, nämlich eines Traumas (zumeist Schädeltraumas). In forensisch anatomischer Hinsicht ist wichtig, daß der Ort der Gewalteinwirkung allem Anschein nach von ausschlaggebender Bedeutung ist, aus den Hirn-„Narben“ eine Zeitbestimmung unmöglich ist, während die Trennung von traumatischen und endogenen, z. B. arteriosklerotischen Rindenherden, auch geburtstraumatischen Restzuständen sehr wohl möglich ist. In klinisch unfallpathologischer Hinsicht erweisen die Untersuchungen, daß in der ganzen Frage der Folgen eines Schädeltraumas und besonders der Residualzustände die denkbar größte Verwirrung herrscht. Um diese zu beheben, muß der völlig unhaltbare Begriff von der „Schwere“ eines Schädelunfalls und der Begriff der „reinen“ Commotio im Gegensatz zur Contusio fallen gelassen werden. Die gründliche Untersuchung gerade der frischen Schädeltraumen liegt noch sehr im argen. Der Gutachter hat nicht das Recht, die in der Regel so unbestimmten Beschwerden und Klagen der Kopftraumatiker mit dem Wort „Neurose“ einfach abzutun. Man muß sich immer vor Augen halten,

daß weder eine „reine“ Hirnerschütterung, noch eine echte traumatische „Demenz“ kaum je vorkommen.

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

Levinger, Louis: Untersuchungen an 30 durch Unfall Hirnverletzten mit epileptiformen Erscheinungen. Ein Beitrag zum Problem der traumatischen Epilepsie. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Würzburg.*) Arch. orthop. Chir. **32**, 372—386 (1932).

Im Anschluß an statistische Untersuchungen an 60 durch Unfall Hirnverletzten von Herrligkoffer (Diss. 1931. Würzburg) bringt Verf. aufschlußreiche entsprechende statistische Ergebnisse von 30 Fällen traumatischer Epilepsie, bei denen epileptiforme Erscheinungen vor dem Trauma mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnten, oder das Unfallereignis selbst kein „Unfall durch Anfall“ war. Dabei fällt zunächst die Schwere der Unfälle auf; in 90% der Fälle war ein sicherer oder wenigstens wahrscheinlicher Schädelbruch vorausgegangen, in 60% der Fälle war eine Komplikation (Eiterung oder Substanzdefekt) dazugekommen. In fast allen Fällen war alsbald Bewußtlosigkeit eingetreten mit deutlichen Hirnschädigungszeichen von meist sehr langer Dauer im Anschluß an das Trauma. Von schweren Dauerstörungen fand sich in 70% der Fälle eine dauernde Veränderung der Psyche teilweise schwerer Natur, in fast allen Fällen weist auch bei mehrfacher Begutachtung die jeweilige Rentenbemessung auf Fortschreiten oder wenigstens Gleichbleiben der Krankheit und Arbeitsunfähigkeit hin. — Bei den Untersuchungen fiel das Überwiegen der Mittelhauptsverletzungen in 50% aller Fälle, sowie die Häufigkeit der Konvexitätsbrüche in 60—70% und die seltene Beteiligung des Hinterhauptes auf. — In 90% waren die epileptiformen Erscheinungen durch große Anfälle gekennzeichnet, in 6,6% ausschließlich durch Äquivalente. Es können auch große Anfälle späterhin durch Äquivalente abgelöst werden wie umgekehrt. — Gegenüber den Fällen von Herrligkoffer wird nachdrücklich auf die relative Geringfügigkeit der subjektiven Beschwerden, auf die Seltenheit psychogener Reaktionen hingewiesen wie auch auf die Tatsache, daß gerade diese Fälle organischer Hirnschädigung ihre Krankheit auffallend leicht nehmen, so daß sie mitunter den Arzt gar nicht aufsuchen. Daraus erklärt sich, daß gerade bei diesen Formen traumatischer Epilepsie die bisherige Statistik auf so schwachen Füßen steht. — Aus diesem Grunde spricht Verf. selbst seiner Statistik auch nur einen relativen vergleichenden Wert zu. Zur Häufigkeit epileptiformer Erscheinungen beim einzelnen Kranken ist von Interesse, daß fast die Hälfte der Fälle alle 2—8 Wochen Anfälle hatten, ein Sechstel der Fälle nur 1—2mal im Jahr. Bezüglich des Erstauftretens der Anfälle ist erwähnenswert, daß zwei Drittel bereits im 1. Jahr in Erscheinung traten. Eine lange Latenzzeit des Auftretens der 1. Anfälle bedeutet eine Verschlechterung der Prognose, während bei anfänglich leichten und selteneren epileptischen Erscheinungen die Prognose günstiger zu sein scheint. Zur Frage der Operation ist zu bemerken, daß bei Frühoperationen ein günstiger Erfolg allerdings nur in bezug auf die epileptischen Erscheinungen nicht unwahrscheinlich ist, während eine Operation nach vielen Jahren mit Wahrscheinlichkeit erfolglos bleibt. Eine Besserung der epileptischen Erscheinungen s. S. bedeutet nicht gleichzeitig eine Besserung des Allgemeinzustandes. *M. Meyer (Köppern).*

Morsier, G. de: Quelques symptômes rares consécutifs aux traumatismes crâniens: Hyperesthésie cervicale, aphasie, mutisme, hallucination olfactive. (Einige seltene Symptome nach Schädeltrauma: cervicale Hyperästhesie, Aphasie, Mutismus, Geruchshalluzination.) (*6. congr. des Soc. Franç. d'Oto-Neuro-Ophth., Montpellier, 27.—29. V. 1932.*) Rev. d'Otol. etc. **10**, 682—683 (1932).

Fall 1. Durch Motorrad umgeworfen. Bewußtlos, Verletzung der Parietooccipitalgegend. Blutiger Liquor. Starke Schmerzen in der Hinterhauptgegend, im Nacken und in den Schultern. In diesen Gegenden starke Hyperästhesie. Die Sensibilität wird normal. Schwindel und Kopfschmerz bestehen weiter, ferner: Hemiparesis rechts. Die Hyperästhesie in C₂—C₄ beruht auf einer Reizung der entsprechenden Wurzeln durch die subarachnoidale Blutung. — Fall 2. Fall vom Rade. Bewußtlos. Wunde am rechten Hinterhaupt. Aphasie von Wernickeschem Typ. Blutiger Liquor. Später: Erregungszustand. Die Aphasie geht stark zurück. — Fall 3. 6 Stunden während der Mutismus nach Sturz mit Kontusion in der linken Temporalgegend. Der Mutismus schwindet völlig, ist nicht hysterisch. — Fall 4. Ein Lineal fällt auf die linke

Schlafengegend. Nicht bewußtlos. Sofort Schwefelgeruch und Sehen von Blitzen. Die Geruchshalluzination beruht auf einer Läsion des Uncus. Kurt Mendel (Berlin)._o

Horrox, Gilbert: Head injuries and some of their complications. (Kopfverletzungen und einige Komplikationen.) (*Surg. Serv., Peter Bent Brigham Hosp., Boston.*) Amer. J. Surg., N. s. 18, 1—15 u. 18 (1932).

Patienten, die eine Kopfverletzung erlitten haben, können in der Regel in eine der folgenden Kategorien eingeteilt werden: 1. Diejenigen, die bei Bewußtsein bleiben, bei denen die Hirnschädigung wahrscheinlich leicht ist („Concussion“). Dabei kann eine Fraktur des Schädels vorliegen oder auch nicht. Gewöhnlich bestand beim Unfall eine kurzdauernde Bewußtlosigkeit. 2. Diejenigen, die Zeichen einer stärkeren Hirnschädigung aufweisen, die in der Regel mit einer nachweisbaren linearen Fraktur entweder der Basis oder des Schädeldaches verbunden ist. 3. Diejenigen, die tief bewußtlos oder gar moribund sind, wenn sie in Beobachtung kommen. Sie haben eine schwere Atmung, schwachen oder schnellenden Puls je nach dem Grad des Shocks, Unruhe. Gesicht und Kopfhaut sind verletzt, die Augenlider eingeschlossen in Ecchymosis und Ödeme, häufig bestehen Blutungen aus einzelnen oder allen Schädelöffnungen. Bruchfrakturen oder lineare Frakturen können im Röntgenbild festgestellt werden, der Liquor enthält reichlich Blut. 4. Diejenigen mit den typischen Symptomen der extraduralen oder meningealen Blutung. 5. Diejenigen mit eingedrückter Fraktur des Schädels. 6. Diejenigen mit Schußverletzungen. Verf. bespricht dann eingehend die Behandlung und 4 der wichtigeren Folgezustände von Kopfverletzungen, nämlich Meningitis, Hirnabsceß, subdurales Hämatom und Pneumocephalus. Critchley._o

Helsmoortel jr., Jehan, Léon Bauwens et Ludo van Bogaert: Le syndrome résiduel des traumatismes cranio-cérébraux fermés. Étude de 43 observations au point de vue labyrinthique, ophtalmologique et neuro-psychiatrique. (Das Residualsyndrom der geschlossenen Schädelhirnverletzungen. Studium von 43 Beobachtungen vom Standpunkte des Ohren-, Augenarztes und des Neuropsychiaters aus.) (*6. congr. des Soc. Franç. d'Oto-Neuro-Ophth., Montpellier, 27.—29. V. 1932.*) Rev. d'Otol. etc. 10, 581 bis 632 (1932).

Die organische Läsion, die funktionellen Störungen und die psychogenen Reaktionen bestimmen die Qualität des posttraumatischen Syndroms, seinen Verlauf und seine therapeutische Beeinflussung. Helsmoortel berichtet über 43 Fälle. Eine sehr genaue Vestibularprüfung ist von großer Wichtigkeit. Schlußfolgerungen: Es besteht nicht notwendigerweise eine Beziehung zwischen Schwere der Verletzung (ob mit oder ohne Schädelbruch) und der Prognose. Die Unfallsfolgen sind oft sehr hartnäckig. Mit der Invalidisierung soll man längere Zeit warten, als man es gewöhnlich tut, denn späte traumatische Komplikationen sind keine Ausnahme. Bei Hirnkommotion ist von der chirurgischen Periode ab und gemeinsam mit dem Chirurgen zu untersuchen, die Familie ist nach Heredität und psychologischer Konstitution des Verletzten vom ersten Tag der Krankenhausaufnahme ab zu befragen. In der Anfangszeit, welche eine lange Bettruhe erheischt, ist der Patient am zweckmäßigsten außerhalb seines Milieus zu halten und möglichst früh psychisch zu beeinflussen. Von Anfang an ist keine Untersuchung zu vernachlässigen: neuro-psychiatrische, oto-vestibuläre, Augen-, biologische Prüfungen sind anzustellen, desgleichen Röntgenaufnahmen, evtl. auch die Encephalographie, über deren Wert bei Schädelverletzten allerdings erst die Zukunft entscheiden muß. Kurt Mendel (Berlin)._o

Lewin, Bruno: Zur Beurteilung von Unfallfolgen bei Schädelverletzten. (*Psychiatr.-Neurol. Abt., Staatskrankenkh. d. Polizei, Berlin.*) Ärtzl. Sachverst.ztg 38, 331—335 (1932).

Mitteilung zweier Fälle von versicherungsmedizinischem Interesse. Im 1. Falle hatte die (fälschliche) ärztliche Mitteilung, daß ein Schädelbruch und Bluterguß im Gehirn vorliege, zum Ausbau subjektiver Beschwerden geführt, welche nach röntgenologischer Klärung des Falles (kein Anhalt für Fraktur) und psychotherapeutischer Aussprache in wenigen Tagen schwanden. — Im 2. Falle lagen die Verhältnisse geradezu umgekehrt. Hier lag eine Schädel-fissur vor. Trotzdem blieben nach Aufhellung der anfänglichen Bewußtlosigkeit gar keine

Beschwerden zurück. Von dem Röntgenbefunde wurde dem Patienten nichts mitgeteilt. Der Fall zeige, daß von der Frakturdiagnose allein nicht auf bestehende Erwerbsbeschränkung geschlossen werden müsse.
Panse (Berlin).

● **Thiele, Rudolf: Beiträge zur Kenntnis der Narkolepsie. Unter Mitwirkung v. Hermann Bernhardt.** (*Psychiatr. u. Nervenklin. u. I. Med. Klin., Charité, Berlin.*) (*Abb. Neur. usw. H. 69.*) Berlin: S. Karger 1933. 187 S. u. 2 Abb. RM. 18.—

Es werden folgende Formen der Narkolepsie unterschieden: Die genuine, die postencephalitische und die posttraumatische. Die wesentlichen Elemente des narkoleptischen Syndroms sind: 1. Anfallsweise außerhalb der physiologischen Schlafzeit auftretende Schlafzustände von imperativem Charakter und meist kurzer Dauer, 2. anfallsweise besonders in Zusammenhang mit emotionellen Erregungen auftretende und rasch und vollständig reversible Zustände von Verlust des Muskeltonus im ganzen Körper oder in umschriebenen Muskelgebieten, verbunden mit dem Unvermögen zu ihrem willkürlichen Gebrauch, 3. Störungen des Nachtschlafes, 4. Störungen der zentralen Steuerung gewisser vegetativ-nervöser Funktionen. — Die Probleme des natürlichen Schlafes werden kritisch erörtert und die umfangreiche Literatur wird kritisch gewürdigt. Das Buch, das sich auf mehr als 30 Krankheitsgeschichten stützt, wird jedem nützlich sein, der sich mit der Frage der Narkolepsie beschäftigt. Gutachtliche Fragen werden kurz erörtert.
Salinger (Herzberge).

Saper, A.: Psychotechnische Studien an traumatischen Neurotikern. Trudy leninograd. Inst. Izuč. profess. Zabol. 6, 86—91 u. dtsch. Zusammenfassung 103—104 (1932) [Russisch].

Bei 33 traumatischen Neurotikern wurde das assoziative Gedächtnis, das optische Gedächtnis, die Merkfähigkeit und die geistige Leistungsfähigkeit geprüft. Zum Vergleich wurden 17 Fälle von schwerer Hysterie und Neurasthenie und 32 Gesunde herangezogen (nur Männer). Hinsichtlich des assoziativen und optischen Gedächtnisses und der Merkfähigkeit ergaben sich bei den einzelnen Gruppen keine verwertbaren Unterschiede. Die Untersuchung der geistigen Leistungsfähigkeit nach Kraepelin-Schulze (Addition einstelliger Zahlen $\frac{1}{2}$ Stunde lang, Feststellung der Anzahl der addierten Zahlen in Abständen von 5 Minuten) zeitigte jedoch positive Ergebnisse. Die durchschnittliche absolute Anzahl der Additionen war bei den Neurotikern sehr klein, bei den Gesunden am größten. Ferner war der Anstieg der Additionen im Verlaufe des Versuches bei den Neurotikern sehr gering, bei den Gesunden dagegen regelmäßig und deutlich; so betrug z. B. beim Vergleich der ersten und letzten 5 Minuten die Zunahme der Additionen bei den Neurotikern 9,1%, bei den Hysterikern und Neurasthenikern 15,7%, bei den Gesunden 45,8%. Das Resultat des Versuches sucht Verf. durch einen Index der geistigen Leistungsfähigkeit (Verhältnis der Anzahl der Additionen der letzten 15 Minuten zu der der ersten 15 Minuten, in Prozenten ausgedrückt) zahlenmäßig auszudrücken.

Der Index betrug bei den traumatischen Neurotikern 95,2%, bei den Neurotikern und Hysterikern 103,4%, bei den Gesunden 119,5%. Die Prüfung der intellektuellen Leistungsfähigkeit hat somit eine Abgrenzung der 3 untersuchten Gruppen ermöglicht. Ihr Ergebnis ist bei den traumatischen Neurotikern gekennzeichnet durch eine geringe absolute Anzahl der ausgeführten Additionen und durch das Fehlen eines normalerweise hohen Index der Leistungsfähigkeit.
Jagdhof (Dresden).

§§ 823, 847 BGB. Traumatische Neurose. Auch wenn der Unfall nur deshalb zu einer nervösen Erkrankung geführt hat, weil er in dem Verletzten bereits vorhandene krankhafte Anlagen verstärkt oder ausgelöst hat, muß der Kausalzusammenhang bejaht werden. Jur. Wschr. 1932 II, 3334.

Ein vor einem Unfall voll arbeitsfähiger Mann ist jetzt arbeitsunfähig. Ein ursächlicher Zusammenhang des Unfalles und der jetzigen Arbeitsunfähigkeit lag nahe. Für die Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Unfall und späterer nervöser Erkrankung kommt es nach der Rechtsprechung des Reichsgerichts (Jur. Wochenschau 1929, 936) entscheidend darauf an, ob der Unfall nur äußerer Anlaß der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden nervösen Erscheinungen gewesen ist, oder ob zwischen dem Unfall und den nervösen Erscheinungen (also auch der Rentenneurose) ein innerer Zusammenhang besteht. Auch wenn der Unfall nur zur Verstärkung einer vorhandenen krankhaften Anlage führt (sei es auch nur Folge eines psychischen Shoks), so ist der adäquate ursächliche Zusammenhang gegeben, wenn aus der Verstärkung der krankhaften Anlage die weitere Erkrankung entsteht. Es komme deshalb nicht darauf an, ob die Renten-neurose allein oder zum wesentlichen Teil Unfallsfolge sei. Zur Bejahung des Kausalzusammenhanges reicht es völlig aus, wenn in dem Verletzten durch den Unfall bereits vorhandene krankhafte Anlagen verstärkt oder ausgelöst werden. In dem vorliegenden Falle handle es sich möglicherweise um die Entstehung nervöser Unfallfolgen auf dem Boden von Alters-

erscheinungen, möglicherweise deshalb, weil der Betroffene nicht mehr über die Widerstandskräfte verfügte, die vielleicht ein jüngerer Mensch entwickelt hatte. Die Prüfung eines solchen Zusammenhanges gehe aus dem vorliegenden Gutachten nicht hervor, weil die genauere Untersuchung zur Sicherung einer vom begutachtenden Ärzte vermuteten Arteriosklerose fehle. Weitere Einzelheiten, besonders nach der medizinischen Seite sind nicht angegeben. Es handelt sich um ein Urteil vom 11. I. 1932; 328/21 VI./Celle. *Adolf Friedemann* (Berlin).

Klieneberger, C.: Schwere hysterische Alters-Rentenkampf-Reaktion bei angeborener (60% mindernder) Unterentwicklung der rechtsseitigen Gliedmaßen. Anerkennung wahrscheinlich dauernder Invalidität. *Med. Klin.* 1932 II, 1469—1470.

52jährige Patientin. Angeborene Unterentwicklung der rechten Extremitäten, welche an sich die Leistung um etwa 60% mindert. Dazu völlige Aufhebung der Schmerzempfindung rechts, fast völlige Aufhebung links (einschließlich der Schleimhäute). Starke vegetative Stigmatisierung. Extrasystolen. Mangelnde Widerstandsfähigkeit, zunehmendes Alter, Lebensverhältnisse haben zu schwerer, wahrscheinlich dauernder hysterischer Reaktion geführt. Diese bedingt zusammen mit den angeborenen Veränderungen Invalidität im Sinne des Gesetzes, und zwar wahrscheinlich dauernde. *Kurt Mendel* (Berlin).

Ferrarini, Corrado: Un infortunio visto di qua. (Ein Arbeitsunfall von diesseits aus gesehen.) (*Osp. Psichiatr. Prov., Lucca.*) *Ann. Osp. psichiatr. prov. Perugia* 26, 145—179 (1932).

Bericht über ein vom Verf. abgegebenes Unfallgutachten, betreffend einen 33jährigen Maurer, der während der Arbeit beim Hinuntersteigen von einem Holzgerüst aus einer Höhe von 4 Metern abstürzte. Der Anprall erfolgte hauptsächlich in der Sacrolumbalgegend. Patient klagte seither über schmerzhaftes Sensationen in der genannten Region, die insbesondere bei Rumpfbewegungen sehr heftig wurden und ihn an der Aufnahme der Arbeit hinderten. Die allgemeine somatische, die neurologische und die röntgenologische Untersuchung ergab, abgesehen von einer hochgradigen Hyperästhesie der Sacrolumbalgegend, einen vollständig negativen Befund. Auf psychischem Gebiet fand Verf. eine hochgradig depressive Stimmung, allgemeine Zerstreuung bei starker Konzentration auf alles mit dem Trauma Zusammenhängende. Durch Ablenken auf dieses Gebiet konnte sogar Patient schmerzlos sämtliche sonst vermiedene Rumpf- und Extremitätenbewegungen ausführen. Dieses Verhalten sowie der negative objektive Befund bewogen den Gegenbegutachter und das Gericht, das Vorliegen einer gewöhnlichen Unfallneurose anzunehmen und die Versicherungsgesellschaft von der Entschädigungspflicht freizusprechen. Demgegenüber lautete das vom Gericht abgelehnte Gutachten des Verf. auf Entschädigungspflicht im Ausmaße von 15% der maximalen Versicherungssumme. Unter reichlicher Heranziehung der einschlägigen Literatur sowie eigener Beobachtungen versucht Verf. seinen Standpunkt zu rechtfertigen. Vor allem spreche eine Beeinflussbarkeit von Symptomen auf psychischem Wege noch durchaus nicht für Simulation; eine psychische Beeinflussbarkeit finde man nicht nur bei den neurotischen, sondern in hohem Grade auch bei den extrapyramidalen Symptomen. Ferner müsse man in solchen Fällen wie der vorliegende den Mechanismus einer Projektion von Schmerzsensationen vom Zentrum in die Peripherie in Betracht ziehen. Die psychologische Verknüpfung Trauma — Arbeitsunfähigkeit könne auch nach Art eines bedingten Reflexes zustande kommen. Schließlich hebt Verf. hervor, daß man bei objektiv symptomlosen Traumatisierten an die Möglichkeit vorübergehender traumatischer zentraler Ischämien denken muß und daß psychische Störungen wie Bewußtseinsverlust auch durch Traumen ausgelöst werden können, die in größerer oder geringerer Entfernung von den psychischen Zentren einwirken. *I. Imber* (Turin).

Heyde, W.: Zur Frage des traumatischen Parkinsonismus, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis extrapyramidal-motorischer Störungen nach Hirnverletzungen. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Würzburg.*) *Arch. f. Psychiatr.* 97, 600—643 (1932).

28 Fälle werden mitgeteilt. Bei Fall 1—9 handelt es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um einen postencephalitischen Parkinsonismus, bei Fall 10—12 konnte das Vorliegen einer atypischen Paralysis agitans nicht ausgeschlossen werden. In keinem einzigen Fall von typischer oder atypischer Paralysis agitans konnte auch nur die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges zwischen Krankheit und Unfall anerkannt werden. Es ist kein einziger wirklich beweisender Fall einer traumatisch entstandenen echten Paralysis agitans in der neueren Literatur bekannt. Zwischen der Lokalisation des Traumas und der Lokalisation der ersten Symptome der Paralysis agitans bestehen nicht mehr als rein zufällige Beziehungen. Die Möglichkeit einer traumatischen Paralysis agitans kann nicht grundsätzlich bestritten werden; man wird sogar vom Standpunkt der praktischen Begutachtung vielleicht eine gewisse Wahrscheinlichkeit eines Zusammen-

hangs zwischen Krankheit und Unfall zugeben können, wenn bei nachgewiesenen einwandfreier Vorgeschichte auf ein schweres Schädeltrauma mit nachgewiesener erheblicher akuter Hirnreaktion mindestens im Sinne einer schweren Commotio innerhalb von Wochen bis Monaten nach dem Unfall die Krankheit manifest wird, oder wenn im Anschluß an eine nachgewiesene akute pathologische Reaktion im Sinne der Krankheit die Symptome fortbestehen bleiben oder — bei schon vorher bestehender Krankheit — sich wirklich wesentlich und dauernd verschlimmern. Der Nachweis der schweren Schädel- und Hirntraumas und der erheblichen akuten Hirnreaktion muß gefordert werden, da einmal auf die ganz ungeheuer überwiegende Mehrzahl auch der schweren und schwersten Schädel- und Hirntraumen keine Erkrankung an Paralysis agitans folgt und auf der anderen Seite auch der überwiegende Teil der Paralysis agitans-Kranken kein wesentliches Trauma in der Vorgeschichte aufzuweisen hat, so daß bei nur leichtem Schädeltrauma viel eher ein rein zufälliges Zusammentreffen wahrscheinlich ist. Es ist unbestreitbar, daß es — wenn auch freilich sehr selten — Fälle gibt, in denen durch ein sehr schweres Hirntrauma infolge direkter Schädigung der Zentren extrapyramidalmotorische Parkinson-ähnliche Zustandsbilder entstehen, hier ist aber niemals das reine Parkinson-Syndrom für sich zu beobachten, vielmehr sind immer noch andere neurologische oder psychische Symptome beigemengt, oder aber es ist nur das eine oder andere Symptom des ganzen Syndroms, z. B. der Tremor, die Rigidität usw., vorhanden. Diese Fälle zeigen auch in der Regel keine Progredienz der extrapyramidalmotorischen Symptome, jedenfalls aber nie eine Progredienz im Sinne der Entwicklung einer Paralysis agitans mit jahrelang sich hinziehender Verschlimmerung und allmählichem Ausbreiten der Symptome über den ganzen Körper, sie bieten vielmehr ein stationäres, eher regressives Zustandsbild, wenn einmal die extrapyramidalmotorischen Symptome sich ausgebildet hatten. Unter der großen Zahl sicherer, schwerer und dauernder traumatischer Hirnschädigungen aus dem Material des Verf. fanden sich nur wenige Fälle, die überhaupt extrapyramidalmotorische Symptome aufweisen.

Kurt Mendel (Berlin).^{oo}

Veraguth, O.: Beiträge zur rechtlichen Beurteilung der multiplen Sklerose. Schweiz. med. Wschr. 1932 II, 1099—1104.

Fall I: Patient, der im Jahre 1925 Zeichen einer multiplen Sklerose aufwies, erlitt im gleichen Jahr einen Unfall. Im folgenden Jahr ist das Bild der multiplen Sklerose ausgeprägt. Im Jahre 1927 erleidet Patient einen zweiten Unfall. Im Jahre 1930 wird eine alte Lumbalwirbelfraktur im Röntgenbild entdeckt. Laminektomie. Nach derselben ist das Krankheitsbild ungefähr gleich wie früher. Ein Jahr später stirbt Patient. Sektion: Schwere allgemeine Carcinose; auf- und absteigende Degeneration im Rückenmark, von den Obduzenten auf Preßschädigung des Rückenmarks durch Carcinom bezogen. Die genaue mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks ergibt aber eine alte multiple Sklerose. Schlußfolgerungen: 1. Die multiple Sklerose eines Patienten hindert nicht, daß er an einem Carcinom, das auch im Wirbelkanal metastasiert, sterben kann. 2. Eine alte Lumbalwirbelfraktur kann unmittelbar nach ihrem Einsetzen und dann trotz vieler ärztlicher Untersuchungen jahrelang unentdeckt bleiben. 3. An einen der beiden Unfälle des Patienten mit erheblicher Körperverletzung hat sich nicht eine Verschlimmerung, sondern eine jahrelang dauernde Remission der multiplen Sklerose angeschlossen. — Fall II: 38-jähriger Mann. Anfangs 1928 etwas müde und schläfrig. In nach seinem eigenen Gefühl bester Gesundheit erlebt er am 28. III. 31 eine heftige, mit einem Schreck einsetzende Erregung, ohne körperliche Verletzung. Im unmittelbaren Anschluß daran traten die ersten Erscheinungen der später deutlich werdenden multiplen Sklerose, welche die Sektion bestätigte, auf. Die heftige psychische Emotion hatte also die bisher latente multiple Sklerose zum erstenmal manifest gemacht. — Weitere mitgeteilte Fälle berühren die Frage, wie wenig Symptome zur Diagnose einer multiplen Sklerose genügen, sowie die Frage nach den ursächlichen Zusammenhängen zwischen Militärdienst (Anstrengungen, Kälte) und multipler Sklerose. (Beschleunigung des Ausbruchs der Krankheit oder Weiterentwicklung der ausgebrochenen Krankheit.)

Kurt Mendel (Berlin).

Stiefbold, Ernst: Sehnervenveränderung nach Trauma oder Frühsymptom bei multipler Sklerose. (Saarknappschafts-Augenklin., Saarbrücken.) Klin. Mbl. Augenheilk. 90, 387—391 (1933).

Der 15-jährige Kranke hatte durch ein abspringendes Holzstück eine Quetschung des rechten oberen Augenhöhlenrandes erlitten. Er bekam auf dem gleichseitigen Auge ein zen-

trales Skotom, das in ein Ringskotom übergang, schließlich bis auf geringe Störungen bei gutem Sehvermögen verschwand. Die ophthalmologische Untersuchung ergab das Vorliegen einer Neuritis optica, welche wieder verschwand und nur eine leichte temporale Abblassung zurückließ. Das Leiden wurde als Unfallfolge anerkannt. Erwerbsminderung lag nicht vor. Nach 8 Jahren ergab der Augenbefund (Nystagmus, temporale Abblassung, beiderseitige Abducensparese, Gesichtsfeldstörungen) und die neurologische Untersuchung (spastisch-paretischer Gang, Steigerung der Patellarreflexe, positiver Babinski und Romberg, Fehlen der Bauchdeckenreflexe, Herabsetzung der Berührungs- und Temperaturempfindung) das deutliche Bild einer multiplen Sklerose. Daher hält Verf. auch das vor 8 Jahren beobachtete Sehnervenleiden für ein Frühsymptom der multiplen Sklerose, das Trauma für die auslösende Ursache der Opticuserkrankung. *Jendralski (Gleiwitz).*

Ohm, J.: Zur Augenzitternkunde. XXVIII. Mitt. Über die Verwertung des optokinetischen Nystagmus bei der Begutachtung. Graefes Arch. 129, 57—75 (1932).

Verf. hat bereits in einer früheren Arbeit darauf hingewiesen, daß der optokinetische Nystagmus ein wertvolles Mittel zum Nachweis der Simulation von Sehschwäche bzw. Blindheit darstellt. Verf. hat nunmehr eine geeignete Untersuchungsmethode für die Zwecke der Begutachtung ausgebaut. Das Wesen der Methode besteht in einer Kombination des optokinetischen Nystagmus mit der Projektion gespiegelter Marken verschiedener Größe auf die Foveagegend. Kommt es zu einer Hemmung des Nystagmus, so ist dies ein Beweis dafür, daß die Marken wahrgenommen bzw. fixiert wurden. Verf. glaubt, daß seine Methode in der jetzigen Ausbildung allen Anforderungen entspricht. Er teilt 11 Fälle mit, in denen es sich vorwiegend um Begutachtung von Unfallfolgen handelt. Die Untersuchungsergebnisse werden an der Hand von 19 nystagmographischen Kurven erörtert. Verf. betont, daß in manchen Fällen seine Methode die einzige Möglichkeit, sich über den Zustand der Fixation ein objektives Urteil zu bilden, darstelle. Die Brauchbarkeit der Methode tritt besonders in Fällen von retrobulbärer Neuritis in Erscheinung. Man kann feststellen, daß mit fortschreitender Besserung der Sehschärfe immer kleinere Marken zur Unterdrückung des Nystagmus ausreichen. [XXVII. vgl. Graefes Arch. 128, 66 (1932).] *Henneberg (Berlin).*

Ohm, J.: Zur Augenzitternkunde. XXIX. Mitt. Über die Vermeidung von Irrtümern bei der Begutachtung des Augenzitterns. Graefes Arch. 129, 76—96 (1932).

In seiner 29. Mitteilung zur Augenzitternkunde macht Verf. Ausführungen über die Vermeidung von Irrtümern bei der Begutachtung des Augenzitterns. In der Begutachtung des Augenzitterns handelt es sich in der Regel um die Entscheidung, ob es sich um ein „willkürlich-hysterisches“ (funktionelles), um ein angeborenes oder um ein berufliches („neurogenes“ Augenzittern) handelt. Verf. charakterisiert das hysterische Augenschwimmen, das durch anfallsweises Auftreten, pendelförmigen Ablauf und hohe Frequenz ausgezeichnet ist. Verwechslungen dieses hysterischen Schwimmens mit dem bergmännischen Augenzittern kommt nicht so selten vor. Auch eine Verwechslung des angeborenen mit dem beruflichen Nystagmus kommt in Frage. Verf. bespricht die Unterscheidungsmerkmale und betont u. a., daß der angeborene Nystagmus für gewöhnlich keine Scheinbewegungen bedingt; nicht zutreffend sei, daß der angeborene Nystagmus nur an minderwertigen Augen vorkomme. Verf. teilt 6 Krankheitsfälle mit und analysiert die gewonnenen nystagmographischen Kurven. Er betont, daß Fälle vorkommen, in denen lediglich der mit der Augenzitternkunde vertraute Ophthalmologe kompetent ist. *Henneberg (Berlin).*

Klestadt, W.: Angina als Berufskrankheit. (Städt. Hals-, Nasen-, Ohrenklin., Krankenh., Magdeburg-Sudenburg.) Z. Laryng. usw. 23, 419—426 (1932).

Verf. untersucht zunächst, wann bei der freiwilligen Unfallsversicherung anläßlich einer Anginaerkrankung im Heilberuf der Versicherungsfall gegeben wäre (diese Frage konnte leider nicht eingehender bearbeitet werden, weil eine um Material gebetene sehr große Versicherungsgesellschaft überhaupt nicht reagiert hat, Ref.). Danach bespricht Verf. die verwickelte Sachlage für gesetzlich versicherte Personen an Hand eines Infektionsfalles, der einen Assistenzarzt betraf, der sich in anginainfizierten Räumen einer Ohrenklinik infiziert haben wollte. Es wird an Hand der gesetzlichen Vor-

schriften untersucht, unter welchen Bedingungen bei den verschiedenen Gruppen des Personals im Krankensaal, wann bei einem Arzt der Versicherungsfall gegeben ist. Wesentlich ist dabei die Einbeziehung der Berufskrankheiten in die Unfallversicherung. Die Angina ist nicht verbatim durch den Wortlaut des Gesetzes oder durch eine Entscheidung bisher in sie einbezogen. Verf. bespricht die Anginainfektion durch Betriebsunfall, durch Spontanaufreten während epidemisch gesteigerter Häufigkeit sowie unter normalen und unter ungewöhnlichen Bedingungen des Klinikbetriebes. Verf. hat die entscheidenden Gesichtspunkte vor allem dadurch klären können, daß bereits längere Zeit in der Klinik Zimmerlisten mit Eintragung der einzelnen Anginafälle in die von ihnen belegten Betten geführt worden waren. Er zog den Schluß, daß eine erhöhte Ansteckungsgefahr vorliege, wenn gegenüber Kliniken anderer Fächer oder gegenüber ruhigen Zeiten vermehrt Anginafälle in den Krankenzimmern vorkämen, und besonders, wenn es sich dabei um postoperative Fälle (Spitalsangina) handele! Seine Auffassung wurde von der ersten Spruchbehörde dahin angenommen, daß der betreffende Fall mit Wahrscheinlichkeit als eine Berufserkrankung erklärt wurde.

Klestadt (Magdeburg).

Hallermann, W.: Über die versicherungsrechtliche Bedeutung der Aortenrupturen. (*Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Berlin.*) Ärztl. Sachverst.ztg 39, 1—7 (1933).

Verf. weist darauf hin, daß die Aortenrupturen, sowohl die spontanen wie die durch Trauma verursachten, immer an typischen Stellen, nämlich am sog. Isthmus aortae im Bogenteil oder einige Zentimeter über den Aortenklappen gelegen sind und führt dies darauf zurück, daß diese Rupturstellen Abschnitte bilden, die die größte Wandspannung, den höchsten Druck und die größte elastische Dehnung durch den Kreislauf erfahren. Die Entscheidung, ob die Ruptur einer erkrankten Aorta spontan oder durch ein Trauma veranlaßt ist, kann schwierig sein. Er stellt für die Beurteilung des Einflusses eines Traumas auf eine Aortenerreißung folgende Richtlinien auf. Aortenerreißungen bei gesunden Gefäßen kommen nur durch starke äußere Gewaltwirkung vor, die meist den Brustkorb betrifft. Sie entstehen durch einen plötzlichen, stark erhöhten Innendruck häufig in Verbindung mit Zerrungen an der Gefäßwand. Geringfügige Unfälle führen nicht selten, besonders wenn sie eine Zerrung der Aorta zur Folge haben, bei einem bereits erkrankten Gefäß zur Zerreißen. Die Aortenerkrankungen sind zum großen Teil nur durch eingehende mikroskopische Untersuchungen festzustellen. Die Aortenerreißungen sitzen mit großer Regelmäßigkeit an den typischen Stellen, dicht oberhalb der Aortenklappen und im Bogen innerhalb des Isthmus. Eine Aortenerreißung ist nicht in jedem Falle tödlich, sie kann zur Ausbildung eines Aneurysmas dissecans führen, das mitunter noch nach längerer Zeit infolge eines zweiten Einrisses in die Aorta zum Tode führt. Die Beurteilung der Aortenerreißung in versicherungsrechtlicher Hinsicht bedarf der genauen Kenntnisse der Aortenerkrankungen, um den Einfluß eines Unfalles abschätzen zu können.

Ziemke (Kiel).

Collatz, B.: Die Lebensaussichten bei den verschiedenen organischen Herzleiden. (*Balneol. Univ.-Inst. u. Dtsch. Kurheim, Bad Nauheim.*) Z. klin. Med. 122, 673—679 (1932).

Die Bearbeitung von 763 Sektionsprotokollen, in denen ein organischer Befund am Herzen angegeben war, und der klinischen Befunde bei 1531 herzkranken Versicherten ergab übereinstimmend, daß Frauen häufiger an Mitralfehlern, Männer häufiger an Aortenfehlern erkranken: etwa 60% aller Mitralfehler entfallen auf Frauen, etwa 80% der Aortenklappenfehler auf Männer.

Adolf Schott (Bad Nauheim).

● **Beintker, Erich:** Die schwere Staublunge in der Versicherungsgesetzgebung. Ein Beitrag zu ihrer Beurteilung auf Grund der Funktion im Vergleich zum Röntgenbefund. (*Schriften a. d. Gesamtgeb. d. Gewerbehyg. Hrsg. v. d. Dtsch. Ges. f. Gewerbehyg., Frankfurt a. M. H. 43.*) Berlin: Julius Springer 1933. IV, 84 S. u. 14 Abb. RM. 7.50.

Im ersten Teile dieser heute sehr aktuellen Arbeit bringt Beintker die Ergebnisse seiner Untersuchungen an 450 Arbeitern, darunter 338 Bergleuten und 112 sonstigen Arbeitern. Er bespricht dann eingehend die subjektiven und die objektiven Symptome der Untersuchten. — Der zweite Teil behandelt die Klinik der Staublungenkrankheiten, speziell die Atemnot, deut-

liche Funktionsstörungen bei geringen Veränderungen des Röntgenbildes, deutliche Staublungen ohne Funktionsstörung und schwere Staublungen mit Veränderung der Funktionsstörung. — Der dritte Teil, die Schlußbetrachtungen, kommt zu dem Ergebnis, daß der Ausfall der Lungenfunktion bei Beurteilung der Erwerbsseinbuße das Wesentliche, dieser aber vom röntgenologischen Befunde in weiten Grenzen unabhängig sei. Er gibt zu, daß die Feststellung der Funktionsstörung an den Arzt große Anforderungen stellt bzw. überhaupt große Schwierigkeiten bereitet, macht auch Vorschläge, vielleicht die Kohlen säurebestimmung bzw. Acidose hier mit heranzuziehen, glaubt aber auch den Fatalismus bekämpfen zu sollen, welcher bei der Prognostik der Staublungenenerkrankung vielfach besteht. Zum Schlusse macht er prophylaktische Vorschläge, so außer der Staubbeseitigung usw. auch Lungengymnastik, sportliche Betätigung, Lungentraining usw. *Kalmus* (Prag).

Wätjen, J.: Zur Pathologie der Mansfelder Staublunge. Auf Grund der Untersuchung von 54 Sektionsfällen. (*Path. Inst., Univ. Halle-Wittenberg.*) Arch. Gewerbe path. 4, 310—361 (1933).

Es wird über 54 Sektionsfälle aus dem Mansfelder Bergbaugebiet berichtet; 45 mal lag schwere Staublunge, 8 mal mittelschwere und 1 mal leichte Staublunge vor. Bei 26 Fällen davon wurde anatomisch eine aktive Tuberkulose neben Staublunge festgestellt, deren Erkennung bei Lebzeiten nur zum Teil gelang; in 11 anatomisch als tuberkulosefrei erkannten Fällen war klinisch das Vorliegen einer Tuberkulose angenommen worden. Ihrem Grundwesen nach ist die Mansfelder Staublunge eine Silikose, bei der aber durch das Staubgemisch eine lokale chromatische und eine lokale mikrochemische Wirkung mit Fibrose anzunehmen ist. Die Lokalisation der groben Staubknoten und -schwielen ist vorwiegend durch eine unregelmäßige Verteilung über die Lunge charakterisiert mit Bevorzugung der rechten Lunge und der Mittelgeschosse. Durch ischämische, bakterielle und bakterielltoxische Höhlenbildungen innerhalb des Schwielengewebes, bei denen auch ein mittelbarer Einfluß von Tuberkulose in Betracht kommen kann, kommt es zu einer Staubmobilisation mit Ausbildung neuer Staubveränderungen in bislang noch weniger oder gar nicht durch Staub veränderten Lungenabschnitten. Grobe Staubknoten können sowohl ohne als auch unter Mitwirkung der Tuberkulose als vorkommend angenommen werden; ein Ausschluß der Tuberkulose für die Ausbildung der groben Verschielungen läßt sich freilich nicht durchführen. Die Tuberkulose scheint im wesentlichen als Zusatztuberkulose (Redeker) bei schon vorhandener Silikose eine Rolle zu spielen. In den Endausgängen der Mansfelder Staublunge kann die Tuberkulose unter dem Bilde exsudativ-käsiger Formen einen rasch fortschreitenden Verlauf nehmen und zur unmittelbaren wie mittelbaren Todesursache werden.

Ickert (Stettin).^{oo}

Ickert, Franz: Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei Lungentuberkulose. Tuberkulose 13, 22—27 (1933).

Verf. erläutert zunächst den Begriff der Arbeitsunfähigkeit. Er führt dann über die einzelnen Formen der Lungentuberkulose und ihr Verhältnis zur Arbeitsfähigkeit und -unfähigkeit folgendes aus: aktive und fortschreitende Lungentuberkulose geht immer mit Arbeitsunfähigkeit (AU.) einher. Bei Verdacht auf Tuberkulose sollte man den Kranken so lange als arbeitsunfähig ansehen, bis der Fall geklärt ist. Infiltrative Prozesse bedingen schon wegen der Gefahr der Einschmelzung immer AU. Hämatogene Streuungen bedingen ebenfalls, solange sie frisch sind, AU. Sie sind fortlaufend röntgenologisch zu kontrollieren; ältere (röntgenologisch härtere) Streuungen sind nicht arbeitsunfähig. Bei chronisch stationären Formen ist die Beurteilung oft schwer. Wenn nicht Aktivitätszeichen für einen neuen Schub sprechen, sind die Kranken in ihrer jeweiligen Beschäftigung arbeitsfähig. Derartige Befunde können nur durch serienmäßige Röntgen- und Blutkontrollen einigermaßen richtig beurteilt werden. Frische Pleuritis macht den Kranken arbeitsunfähig. Ausgedehnte alte Verschwartungen können die Erwerbsfähigkeit erheblich vermindern, machen den Kranken aber nicht ohne weiteres arbeitsunfähig. Bei Vorhandensein von Kavernen und von Bacillen im Auswurf entscheidet der Allgemeinbefund (Aktivität) über die Arbeitsfähigkeit. Für Bacillenstreuer ist es außerdem wichtig, in welchem Berufe sie arbeiten.

Der Pneumothorax an sich bedingt keine AU., wenn nicht der Kranke schon vorher durch den die Pneumothoraxanlage fordernden Prozeß arbeitsunfähig ist. Im 2. Teil der Arbeit erläutert der Verf. den Begriff der Invalidität. Dauernd invalide sind alle Schwerkranken, vor allem die exsudativ offenen Tuberkulosen, namentlich alle doppelseitigen, soweit sie nicht cirrhotische Tendenz zeigen. Einseitige aktive Prozesse bedingen meist nur eine vorübergehende Invalidität, ebenso Spitzenprozesse. Rückbildungsfähige Kavernen bedingen ebenfalls eine vorübergehende Invalidität. Leichte Lungenblutungen bedingen keine Invalidität, wohl dagegen schwere. Bei cirrhotischen Prozessen kommt es darauf an, ob sie Kreislaufstörungen verursachen oder nicht. Bronchiektasien bedingen meist nur eine vorübergehende Invalidität. Vorübergehend invalide sind auch viele Pneumothoraxpatienten je nach Beruf und Lage des Pneumothorax. Komplikationen von seiten des Kehlkopfes, der Nieren, des Darmes usw. verursachen meist eine dauernde Invalidität.

Köstler (Berlin).^{oo}

Ewald, P.: Spondylosis deformans und Unfall. (*Orthop. Inst. v. Ottendorff, Ewald u. Brinkmann, Hamburg.*) Z. orthop. Chir. 58, 86—92 (1932).

Betreffs der Spondylosis deformans nach Unfall schreibt Verf. entgegen Gaugle: „Wenn in der Nähe eines nachgewiesenen Wirbelbruches nach Jahren Wirbelversteifungen und Schmerzen — mit oder ohne spondylotische Veränderungen im Röntgenbild — zu finden sind, so sind diese als Unfallfolge entschädigungspflichtig. Das Röntgenbild gibt bei Arthrose und Spondylose oft einen negativen Befund. Beide Prozesse an den Gelenken und an der Wirbelsäule entsprechen sich. Die Verschlimmerung einer bestehenden Spondylose wie einer Arthrose muß man als Unfallfolge dann anerkennen, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind (örtliches, zeitliches Zusammenreffen, Erheblichkeit eines geeigneten Traumas). Bis die Erscheinungen abgeklungen sind, muß die Verschlimmerung entschädigt werden. Es gibt eine traumatische Lumbago, nämlich dann, wenn bei angeborenen Anomalien des präsaacralen Wirbels (5. Lendenwirbel, 1. Sacralwirbel usw.) und nach Erkrankungen der Zwischenwirbelscheiben infolge eines erheblichen und geeigneten Traumas sofort Arbeitsunfähigkeit eintrat. Bis zur Wiederherstellung ist die Erwerbsbeeinträchtigung entschädigungspflichtig.“ Kurt Mendel.

Fauquez, R.: Les résultats tardifs et l'accoutumance dans les lésions traumatiques du „rachis“. (Spätfolgen und Gewöhnung bei Wirbelsäulentraumen.) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 316 bis 335 (1931).

In einer eingehenden Studie werden vom Verf. die Wirbelsäulentraumen behandelt. Er weist darauf hin, daß Wirbelsäulenverletzungen viel häufiger vorkommen, als früher angenommen wurde, als man noch die Untersuchung mit Röntgenstrahlen nicht kannte, und daß mehr als die Hälfte der Verletzungen sich konsolidieren und eine Erwerbseinbuße von weniger als 30% hinterlassen. Die Prognose der sofort oder später eintretenden Folgen der Wirbelsäulentraumen hängt von verschiedenen Faktoren ab, von der Art des Traumas, von der individuellen Beschaffenheit u. ä. Es bestehen keine bestimmten Beziehungen zwischen der Stärke des Traumas, der Schwere der Verletzungen und dem Endzustande. Selbst die scheinbar schwersten Wirbelsäulentraumen, auch wenn sie mit Rückenmarksverletzungen kombiniert sind, können völlig ausheilen oder mit unbedeutender Erwerbseinbuße einhergehen. Dies lehren zahlreiche Beobachtungen, auch solche des Verf. Daß eine Gewöhnung an die Folgen von Wirbelverletzungen eintritt, und zwar fast stets, ist für den Verf. eine unbestreitbare Tatsache. Die Gewöhnung erfolgt früher oder später, mehr oder weniger vollständig, je nach dem Alter, der körperlichen Konstitution, der Intelligenz des Verletzten, seinem guten Willen und seinem Beruf.

Ziemke (Kiel).

Schröder, Paul: Beitrag zur Frage des Zusammenhanges zwischen Gelenktuberkulose und Unfall. (Unter Verwertung einer neuen Entscheidung des RVA., 1. Rek. Senat, vom 3. Oktober 1930 — I a 2273/29 1.) Mschr. Unfallheilk. 40, 49—59 (1933).

Ein 35jähriger Fischer geriet nach seiner eignen Angabe am 3. IV. 1926 beim Fischen

infolge Schlingern des Schiffes mit der rechten Schulter zwischen Fische und Reelingstütze. Weiterarbeit ohne Schmerzen, erst gegen Ende der Reise Schmerzen, Arzt aber nicht aufgesucht; im Laufe der Zeit zunehmende Schmerzen, Aufsuchen des Arztes, ungefähr nach 2 Monaten, am 22. VI. 1926, Röntgenaufnahme, die starke Veränderungen des Oberarmkopfes ergab. Der Arzt stellt Diagnose: traumatische Arthritis und nahm einen Zusammenhang mit dem Unfall an, der Unfall wurde 7 Tage später, also fast 3 Monate nach dem Geschehen, angemeldet. Am 29. IX. abschlägiger Rentenbescheid gegen den Fischer, der anfangs November Berufung einlegte. Mitte Januar 1928 mußte der Oberarmkopf reseziert werden. Die Untersuchung des völlig morschen, mit käsigen, schmierigen Massen überzogenen Kopfes und der übrigen Gelenkmassen ergab Tuberkulose. Der Operateur bejahte in einem Gutachten vom 17. XII. 1928 den Zusammenhang der Tuberkulose-Erkrankung des rechten Schultergelenkes mit dem Unfall. Das O. V. A. hob in einem Urteil vom 25. I. 1929 den Bescheid der Berufsgenossenschaft auf, erkannte den Anspruch auf Gewährung der Unfallentschädigung an und setzte die Rente von 50.— RM. monatlich fest. Es kam zu dieser Entscheidung, weil alle 3 Ärzte, die den Fischer behandelt und seinen Zustand aus eigener Anschauung kennen gelernt hatten, sich für einen Zusammenhang der Erkrankung mit dem Unfall ausgesprochen hatten, über Gutachten von Professoren ging es hinweg. — Gegen diese Entscheidung des O. V. A. legte die See-Berufs-Genossenschaft am 27. III. 1929 Rekurs ein. Das R. V. A. holte neben dem Gutachten des einen Professors noch das Gutachten eines anderen Professors ein. Auf Grund dieser beiden Gutachten hob es am 3. X. 1930 das Urteil des O. V. A. vom 25. I. 1929 auf und stellte den Bescheid der See-Berufs-Genossenschaft wieder her. — Verf. führt dann noch die Stellungnahme des R. V. A. in Urteilen vom 6. IX. 1929, Ia 2705/27, und vom 11. VII. 1929, Ia 7975/27, an. Er ist der Ansicht, daß eigentlich überhaupt kein Zweifel hätte aufkommen dürfen, daß ein Zusammenhang zwischen Unfall und Erkrankung, sowohl in ursächlicher wie verschlummernder Beziehung, ausgeschlossen war, daß der Unfall nicht erwiesen war (spätere Meldung, keine Augenzeugen), daß der Unfall unerheblich war (keine unmittelbare Folgen), daß schwere Gelenkveränderungen ohne alle stürmische Zeichen nach sehr kurzer Zeit gefunden wurden, die sicher schon lange Zeit zu ihrer Entwicklung gebraucht hatten. — Er fordert für die Annahme des seltenen Falles eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen einer Gelenktuberkulose und einem Unfall folgende Bedingungen: 1. Der Unfall muß einwandfrei erwiesen sein. 2. Er muß erheblich gewesen sein (deutliche Verletzungsspuren, frühzeitiges Hinzuziehen des Arztes, Arbeitseinstellung). 3. Der Unfall muß die später erkrankte Stelle getroffen haben. 4. Die Tuberkulose muß einen für die behauptete unfallweise Entstehung charakteristischen Verlauf genommen haben. Schellenberg (Ruppertsheim i. Pr.).^{oo}

Hellner, Hans: Unfall und Krebsmetastase im Knochen. (*Chir. Univ.-Klin., Münster i. W.*) Mschr. Unfallheilk. 40, 65—76 (1933).

Ein 24-jähriger Schachtmeister stürzt am 29. III. 1928 bei der Betriebsarbeit in einen 50 cm tiefen Kanal, der mit lockerem Erdreich angefüllt ist. Am Unfalltag stellt der zu Rate gezogene Arzt oberhalb des inneren Knöchels der rechten Unterschenkelgabel einen Bluterguß, eine Schwellung und eine Beweglichkeitsbeschränkung des rechten Sprunggelenks fest. 4 Monate nach dem Unfälle, am 24. VII. 1928, wird auf dem Röntgenbilde eine zerstörende Knochenschwulst am Sprunggelenke des rechten Schienbeins festgestellt. Der Herd hat die Größe eines Hühnereies. Nach Probeausschneidung läßt sich ein großzelliger, in dicht gedrängten Zügen gewachsener Krebs nachweisen. Die Neubildung ist nicht als Primärtumor anzusprechen, da schon im November 1926 aus dem Adductor magnus des rechten Oberschenkels eine Geschwulst operativ entfernt worden ist, die krebsigen Charakter besessen und als Tochtergewächs eines nicht nachweisbaren Carcinoms anderweitiger Herkunft (mit Wahrscheinlichkeit Hypernephrom- oder Schilddrüsenkrebs) angesehen werden muß. In der alten Operationsnarbe des rechten Oberschenkels hat zur Zeit des Unfalles ein kleines Rezidiv bestanden. Nach der ganzen Sachlage kann die Tochtergewächsbildung im rechten Schienbein nicht durch den Betriebsunfall hervorgerufen sein; denn eine Gewaltwirkung auf das bösartige Erstgewächs hat nicht stattgefunden. Damit ist eine Verschleppung von Geschwulstzellen und eine begünstigte Ansiedlung an der Verletzungsstelle auszuschließen. Es kommt höchstens die Möglichkeit beschleunigten Wachstums der Metastase in Betracht. Aber auch eine solche vermag man abzulehnen, da der ganze Verlauf sich in nichts von der schicksalsmäßigen Ausbreitung des selbständigen Grundleidens unterscheidet. Die Krebserkrankung hat vielmehr bei R. eine ungewöhnlich langsame Fortentwicklung genommen. Der Kranke lebt mit seiner Knochenkrebsmetastase zur Zeit der Untersuchung, d. i. 4 Jahre nach dem Unfälle, ohne daß weitere Rezidive aufgetreten sind oder sogar ein frühzeitiger Tod herbeigeführt worden ist. A. Meyer (Köln).

Fortin, M.: Ostéo-sarcome traumatique. (Traumatisches Osteosarkom.) Ann. Méd. lég. etc. 13, 62—63 (1933).

Ein 46-jähriger Arbeiter M. C. erlitt am 18. VIII. 1928 beim Abladen durch einen gepreßten Strohhallen im Gewichte von 40—50 Kilo einen Schlag gegen den inneren Condylus des rechten Oberschenkels. Der Stoß warf ihn auf ein Lastautomobil. Er empfand einen heftigen Schmerz

und konnte seine Arbeit erst 40—50 Minuten nach der Verletzung wieder aufnehmen, arbeitete, wenn auch mit Schmerzen, weiter, ging etwa nach 15 Tagen zu einem Arzt, der einen Gelenkserguß und Schmerz in der Höhe des Condylus, aber keine Knochenverdickung konstatierte; auch der Röntgenbefund war negativ. Nach einigen Tagen Ruhe nahm er die Arbeit wieder auf. Die Schmerzen nahmen jedoch wieder zu (bis Dezember), er ging wieder zum Arzt, welcher am 3. I. 1929 einen Knochentumor im Oberschenkel röntgenologisch diagnostizierte. Am 10. I. 1929 Eintritt in ein Krankenhaus, zunächst konservativ behandelt, am 23. IV. 1929 Amputation des Schenkels. Die Diagnose lautete auf Sarkom, welche histologisch bestätigt wurde (Myelosarkom). — Fortin glaubt, eine Verschlimmerung eines schon vorhandenen Tumors ausschließen und daher die Diagnose traumatisches Sarkom annehmen zu sollen.

Kalmus (Prag).

Hamburger, Maxim: Erfahrungen über Knöchelbrüche bei Versicherten und Nicht-versicherten. (*Heilanst. f. Orthop. u. Unfallverletzte, Magdeburg.*) Arch. orthop. Chir. 32, 283—296 (1932).

Bestätigung der alten Erfahrungstatsache, daß der Nichtversicherte selbst bei schweren Verletzungen schneller auf die Beine kommt. Bester Beweis Sportsleute, die eher dissimulieren. Anatomisches: Bei Aufwärtsbewegung des Fußes tritt Verbreiterung der Malleolargabel ein. Hinweis auf das starke Band vom hinteren äußeren Fibularrand zum Processus posterior calcanei. Für die Folgen sind nicht nur die groben Knochenverletzungen, sondern die Bänder- und Gelenkkapselverletzungen maßgebend. Doppelte Knöchelbrüche mit Erhaltung der Malleolargabel haben weniger schwere Folgen als einfache Wadenbeinbrüche am unteren Ende mit Sprengung der Malleolargabel. Knöchelbrüche betragen 30% aller Frakturen. Daher starke soziale Bedeutung. Verf. stellt 296 frische und alte Knöchelbrüche der Blenckeschen Klinik von 1925—1930 zusammen. Lebensalter: bei Männern 50—60, bei Frauen 40—50 bevorzugt. Behandlung: Zweck: Malleolargabelwiederherstellung. Die Art der Behandlung und der orthopädischen Nachbehandlung wird geschildert. Beispiele über Heilungsdauer bei Versicherten und Nichtversicherten. Keine genauen diesbezüglichen statistischen Zahlen.

Franz (Berlin).

● **Jahresbericht über die Tätigkeit der preußischen Gewerbemedizinalräte während des Kalenderjahres 1931.** Hrsg. v. Alfred Beyer u. Hermann Gerbis. (Veröff. Med.verw. Bd. 39, H. 1.) Berlin: Richard Schoetz 1932. 300 S. RM. 14.50.

Wie alle früheren, so bringt auch diese neue Zusammenstellung aller Beobachtungen der preußischen Gewerbemedizinalräte über gewerbliche Erkrankungen eine Fülle von bedeutsamen Einzelbeobachtungen, Ergebnissen über Serienuntersuchungen im Anschluß an berufliche Vergiftungen usw. Einen großen Raum nehmen Berichte über die gewerblichen Hauterkrankungen der verschiedensten Genese ein.

R. L. Mayer (Breslau).

Panse, Friedrich: Verhütung und sozialmedizinische Beurteilung der gewerblichen Schädigungen des Zentralnervensystems. (*Heilst. d. Stadt Berlin, Wittenau.*) Z. psych. Hyg. (Sonderbeil. d. Allg. Z. Psychiatr. 98) 5, 133—146 (1932).

Abgesehen von der heute in der Arbeitsmedizin allgemein anerkannten Tatsache, daß Leistungsfähigkeit, Anpassungsfähigkeit und Reaktionsweisen des Arbeitenden maßgebend vom Zustand seines Z.N.S. abhängen und daß somit dem Psychiater und Neurologen durch diese Bedeutung des Z.N.S. und seiner vielfältigen Reaktionsformen ein gewisses Maß von Mitwirkung an der Gewerbehygiene notwendig zugewiesen wird, fallen dem arbeitsmedizinisch interessierten Psychiater noch ganz bestimmte Arbeitsgebiete zu, auf denen er den zur Verhütung der Gewerbekrankheiten berufenen Gewerbearzt zu beraten hat. Besonders handelt es sich um die bei den vielfältigen Noxen zu erwartenden und zu verhütenden nervösen und psychiatrischen Komplikationen, deren eingehende Kenntnis beim Gewerbearzt unmöglich vorausgesetzt werden kann. Ferner um Beratung hinsichtlich tunlichster Ausschaltung besonders disponierter und gefährdeter Konstitutionen, wozu außer Frauen und Kindern auch intellektuell und charakterlich schlecht Veranlagte gehören, Trinker und gewisse Psychopathentypen. Vor allem auch zur Begutachtung müßten Nervenfachärzte früher und regelmäßiger beigezogen werden, nicht erst in letzter Instanz, bei schon neurotischer Reaktion. Eine ausführliche Besprechung der gesamten (nur zum Teil von der Unfallversicherungs-

gesetzgebung erfaßten) gewerblichen Vergiftungen (durch Metalle, nicht metallische anorganische und organische Körper) gibt einen Begriff von der Vielheit der hier zu lösenden Aufgaben, die bei dem raschen Fortschreiten der Industrie und dem Wechsel sozialer Bedingungen eine gewisse Anpassungsfähigkeit auf diesem Arbeitsgebiet voraussetzen.

Liguori (Illenau).^o

Koelsch: Zur Prophylaxe und Entschädigung der (gewerblichen) Vergiftungen. (*Bayer. Inst. f. Arbeitsmed., München.*) Münch. med. Wschr. 1933 I, 59—63.

Der Verf. bespricht zunächst die Verhütung der Haushalts- und Lebensmittelvergiftungen, wobei die Belehrung der Jugend die größte Rolle spielt, geht dann auf die einschlägigen Gesetzesbestimmungen (Handel mit Giften, Verwendung gesundheitsschädlicher Farben usw.) ein. Der Hauptteil der Arbeit behandelt die gewerblichen Vergiftungen, die unter anderem durch Putz- und Reinigungsmittel, Farben und Lacke, Beizen, Lösungs-, Verdünnungs- und Rostschutzmittel, Sprengstoffe, Härtemittel, photographische Artikel, bestimmte Kunstdünger, Pflanzenschutz- und Saatbeizmittel, Mittel zur Desinfektion und Ungeziefervertilgung entstehen können. Die ätiologischen Feststellungen bereiten dem Arzt wegen der Verwendung von Decknamen und Hütung des Fabrikgeheimnisses oft Schwierigkeiten. Von besonderer Bedeutung sind die kombinierten Giftwirkungen. Eine Reihe von gewerblichen Vergiftungen werden an sich als Unfälle in Erscheinung treten, eine Reihe anderer, die langsam zustande kommen und so zu einer chronischen Erkrankung führen, sind durch die Verordnung vom 11. II. 1929 in die Unfallversicherung einbezogen worden. Hier besteht Meldepflicht für den Arzt. Der Verf. gibt eine Zusammenstellung der gemeldeten und der entschädigten Fälle von gewerblichen Berufskrankheiten in den Jahren 1929 und 1930. Es folgt eine Aufzählung und kurze Besprechung der im Deutschen Reich auf Grund der Gewerbeordnung zum Schutze der Arbeiter erlassenen Sonderverordnungen.

Engelhardt (Berlin).^o

Mayer, R. L.: Gutachtliche Beurteilung von Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. Gewerbliche Dermatosen. (*Univ.-Hautklin., Breslau.*) Dermat. Wschr. 1932 II, 1758 bis 1768.

Die Arbeit gliedert sich in 2 Abschnitte: 1. Gewerbliche Dermatosen. 2. Gerichtliche Entscheidungen. Zu 1. a. Begutachtung von Hautkrankheiten. In allen Fällen, in denen entschädigungspflichtige Hautkrankheiten vorliegen, besteht für den Arzt eine Auskunftspflicht gegenüber den Berufsgenossenschaften, den Ausführungsbehörden der Unfallversicherung und auch den Versicherungsämtern. Spohrs Ansicht, daß die letzteren nicht auskunftsberechtigt seien, ist abzulehnen, da im Gegensatz zu den eigentlichen Unfällen bei Berufskrankheiten das Versicherungsamt berechtigt ist, Erhebungen anzustellen, während bei Unfällen solche nur die Berufsgenossenschaft macht. Die Auskünfte sind in der von Berufsgenossenschaft oder Versicherungsamt geforderten Form zu erstatten. Statt der verlangten Ausfüllung eines Formblattes darf nicht ein freies Gutachten erstellt werden. Das Ausfüllen der grünen Anzeige hat in richtiger Form zu geschehen (Grötschel und Mayer, Med. Welt 1932, 786). Wenn auch seltener, als vielfach angenommen wird, so kommen doch tatsächlich Fälle vor, in denen ein Kranker absichtlich seine berufliche Dermatoase unterhält. Während das Deutsche Gesetz dagegen, abgesehen von erwiesenen Versicherungsbetrug, keine Maßnahmen kennt, tritt nach schweizerischem Gesetz dann eine geringe Abfindung ein, „wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Versicherten nicht erwartet werden kann, jedoch die Annahme begründet ist, daß der Versicherte nach Erledigung seiner Versicherungsansprüche und bei Wiederaufnahme der Arbeit die Erwerbsfähigkeit wiedererlangen werde. Unter Bezugnahme auf Rodenacker (vgl. diese Z. 20, 212) wird die Frage der Renten neurose kurz gestreift, aber nicht eingehend beantwortet. b) Allgemeine Fragen. Kunstharz. Ausgangsmaterial ist Phenol und Aldehyd (meist Formaldehyd). Fast alle Arbeiter erkranken, wenn sie zum ersten Male in derartigen Betrieben arbeiten. In der Regel

gehen die Krankheitserscheinungen aber nach etwa 8 Tagen wieder zurück. Trotzdem beide Komponenten schädlich sind, soll doch möglichst in jedem Falle der Versuch einer Feststellung gemacht werden, gegenüber welcher Substanz Überempfindlichkeit besteht. Schwierigkeiten in der Erkennung von Schädlingen. Es wird auf Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene und das gewerbehygienische Laboratorium des Reichsgesundheitsamtes hingewiesen, das unter Umständen unentgeltliche Analysen macht. Teerbetriebe. Es ist oft sehr schwer zu entscheiden, ob in Teerbetrieben Beschäftigte als berufskrank anzusehen sind oder nicht, da nicht alle dort anfallenden und hautreizenden Stoffe (Ammoniak) eine Entschädigungspflicht bedingen. Dinitrochlorbenzol. Mittels Tropfmethode ist festgestellt worden, daß bei einer Empfindlichkeit gegenüber einer Verdünnung von 1:100000 bis zu 1:1000000 absolute Ungeeignetheit zum Arbeiten mit diesem Stoff besteht. In anderen Fällen kann bei genügendem Schutz damit gearbeitet werden. Händereinigung bei Herstellung und Verwendung von Farben. Hinweis auf ein bei Springer erhältliches Merkblatt. Unzweckmäßige Händereinigung gibt in Farbenfabriken vielfach Anlaß zum Ausbruch von Ekzemen. Meist genügt mechanische Reinigung mit Wasser, Seife, Bürste, Marmorsand und Bimsstein. Chlorkalk ist nie rein, sondern nur in entsprechenden Zubereitungen (Rezepte) zu verwenden. Nach Benutzung sind die Hände kurz in 10proz. Bisulfitlauge zu tauchen und gründlichst mit Wasser nachzuspülen. Zu 2. Es wird ein Fall von Röntgenschädigung nach therapeutischer Bestrahlung und ein Fall, von Diathermieverbrennung besprochen, die beide zugunsten der angeklagten Ärzte entschieden wurden, da Kunstfehler nicht nachzuweisen waren. Als letztes wird über einen Fall berichtet, in dem die vorgenommenen Bestrahlungen nicht den gewünschten Erfolg gebracht, aber gewisse Schädigungen zur Folge gehabt hatten. Da der Arzt den Erfolg nicht ausdrücklich garantiert hatte und es sich um ein kosmetisches Leiden gehandelt hatte, wurde der Kranke zur Zahlung des Honorars verurteilt, ihm aber die Berechtigung zugesprochen „den durch die Behandlung erlittenen Schaden gegen die Honorarforderung aufzurechnen“.

S. Fuss (Ludwigshafen a. Rh.).

Bemmel, C. van: Bericht betreffs der Untersuchung von Zementarbeitern in Holland. (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 477—494 (1931).

Ergebnis der Untersuchung von 469 Arbeitern, von denen 100 in der Zementindustrie, 306 im Baumaterialienhandel, der Betonindustrie und in Jutesackbetrieben tätig waren. Leichte Erkrankungen der Atmungsorgane hatten 71, chronische Bronchitis 26, Pneumokoniose 18. Es wurden 40 Röntgenaufnahmen gemacht, davon waren 22 Fälle negativ, 6 zeigten Tuberkulose, 4 zweifelhafte Staublunge, 8 die Anfangsstadien der Staublunge. Es ergibt sich also in Übereinstimmung mit der Literatur, daß die Gesundheitsschädigung durch den Zementstaub gering ist; die Schutzmaßnahmen müssen in technisch-hygienischer Verbesserung der Arbeitsmethoden bestehen.

Teleky (Düsseldorf).

Vigdortschik, N.: In welchen Fällen sind Carcinome bei Herstellern und Verbrauchern von Röntgenröhren als Röntgenstrahlencarcinome anzusehen? (*Inst. z. Studium d. Berufskrankh., Leningrad.*) Zbl. Gewerbehyg., N. F. 9, 221—223 (1932).

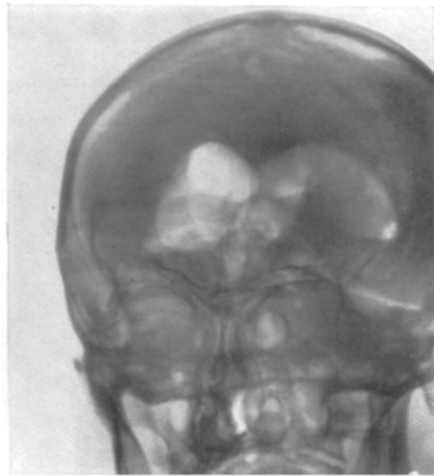
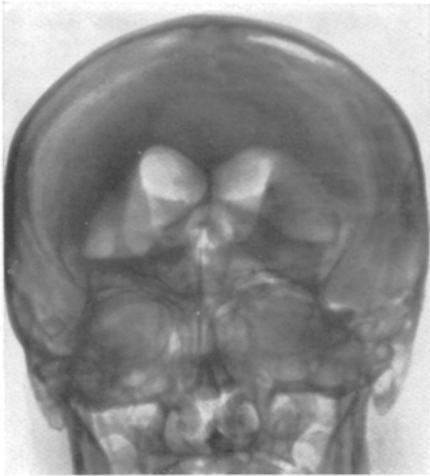
Eine 54jährige Ärztin war 20 Jahre lang röntgenologisch tätig, in den ersten 10 Jahren ohne jegliche Schutzmittel. Nach 7jähriger Tätigkeit trat eine Geschwulst an der linken Mamma auf, einige Zeit danach wurde auch die rechte Mamma von der Geschwulst ergriffen. Die Geschwulst wurde chirurgisch behandelt und erwies sich als Scirrhus. Zur Zeit besteht eine Leukopenie neben einer Reihe anderer nicht näher zu beschreibender Erscheinungen. V. ist nun der Ansicht, daß es sich hier um einen mit der Röntgenstrahlenwirkung zusammenhängenden Krebs handelt. Er bejaht also die Berufskrankheit. Besonders beweisend erscheint ihm, daß hier eine Leukopenie vorliegt, während sonst die Krebserkrankung mit einer Leukocytose verlaufe. In solchen Fällen muß man eine Röntgenschädigung annehmen, obgleich keine Hauterscheinungen hier vorliegen.

Otto Strauß (Berlin).

rechts

links rechts

links



Links

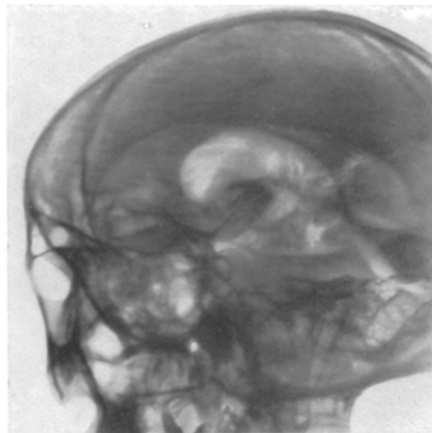
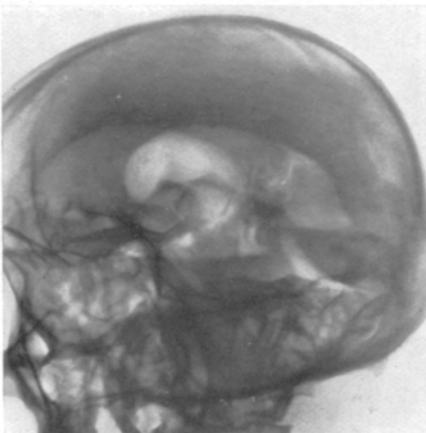
Rechts

Abb. 3. Occipitofrontales Stereoenkephalogramm. 11. III. 1932.
Abstand 70 cm; Röhrenverschiebung 65 mm. Lineare Verkleinerung 1 : 0,3.

rechts

links rechts

links



Links

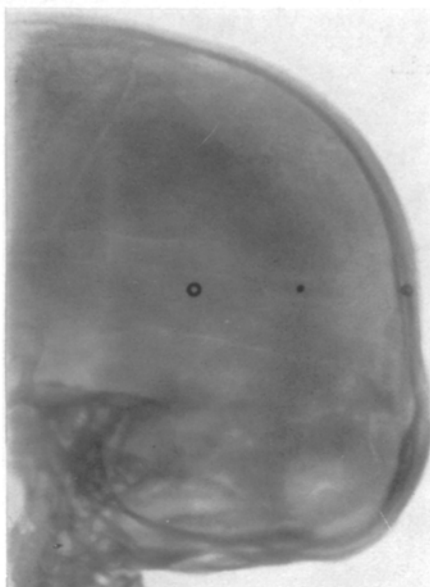
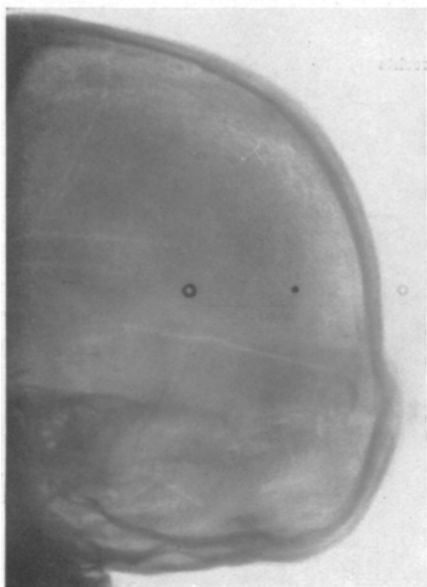
Rechts

Abb. 4. Stereoenkephalogramm im 1. schrägen Durchmesser. 11. III. 1932.
Abstand 70 cm; Röhrenverschiebung 65 mm. Lineare Verkleinerung 1 : 0,3.

rechts

links rechts

links



Links

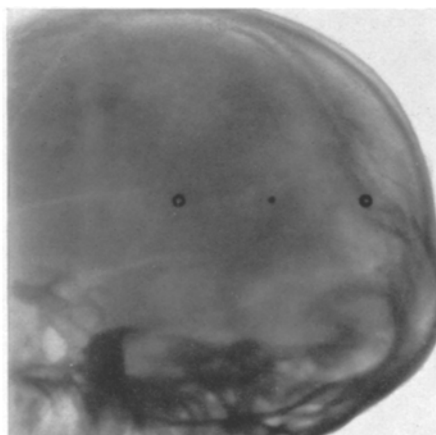
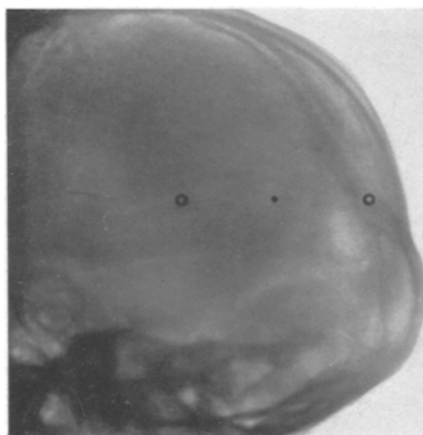
Rechts

Abb. 5. Hinterhaupt dextrosinistral. 19. IX. 1932.
70 cm Abstand; Röhrenverschiebung 65 mm. Lineare Verkleinerung 1 : 0,42.

rechts

links rechts

links



Rechts

Links

Abb. 6. Hinterhaupt, 2. schräger Durchmesser. 19. IX. 1932.
70 cm Abstand; Röhrenverschiebung 65 mm. Lineare Verkleinerung 1 : 0,36.