

Referate.

Verletzungen. Gewaltsamer Tod aus physikalischer Ursache.

Taylor, J. Madison: *Obstinate late effects of traumatic shock.* (Hartnäckige Spätfolgen von traumatischem Schock.) (*Med. dep., Temple univ., Philadelphia.*) Americ. med. Bd. 32, Nr. 6, S. 367—370. 1926.

Taylor nimmt als Grundlage der nervösen Störungen, wie Zittern, Spannungen, Schlaffheit, Ataxie, Energiemangel, Müdigkeit und gedrückte Stimmung, Anomalien des Muskeltonus und -gleichgewichts der willkürlichen, unwillkürlichen, vegetativen und anderen Muskulatur an. Die Spasmen entstehen durch eine übermäßige Adrenalinwirkung, die durch Schock, Wut oder explosive Gemütserregung veranlaßt wird. Auch Energiemangel vergrößert die Adrenalinproduktion, wodurch allmählich eine Erschöpfung der Drüse und der vasomotorischen Zentren im Rückenmark hervorgerufen wird. Durch Schreck, Angst, Furcht wird die Adrenalinsekretion gehemmt. Dadurch entsteht eine erworbene Asthenie, die Unfähigkeit wächst, alle Lebensprozesse gehen allmählich in Unordnung. Bei derartigen nervösen Störungen läßt sich, wenn man danach sucht, ein traumatischer oder emotioneller Schock, vielleicht vor 2 bis 3 Jahren, bisweilen ganz leicht, fast vergessen, nachweisen, meist beim Gebrauch von Transportmitteln.

Hörmann (Dresden).,

Meints, Friedich: *Zur Frage des Hirntraumas und seiner tödlichen Folgen.* Monats-schr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 33, Nr. 7, S. 158—160. 1926.

Kasuistische Mitteilungen von besonderer Bedeutung, die zeigen, daß ein relativ leicht erscheinender Unfall schwerste Krankheitserscheinungen, tödlichen Ausgang hervorrufen kann. Meints weist zunächst auf einen Fall von Koopmann, Prosektor des Hafenkrankenhauses Hamburg, hin: 11 jähriges Mädchen wurde im März 1924 von einem Schneeball in die linke Stirnseite getroffen, klagte über Kopfschmerzen, ging aber noch am nächsten Tage zur Schule. Als es mittags nach Hause kam, als es nur wenig, fühlte sich nicht wohl, klagte über Kopfschmerzen und starb $\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Mittagessen plötzlich. Obduktion: Keine Zeichen äußerer Gewalteinwirkung; ausgedehnte Blutung im linken Hinterhauptlappen; zwischen Dura und Pia Blutansammlungen, in der Gegend des linken Cuneus walnußgroßer, mit Blutgerinnseln ausgefüllter Hohlraum mit teils glatten, teils zerklüfteten Wandungen; Intima sämtlicher Gefäße glatt, zart, Herzklappenapparat intakt. Diagnose: Tödliche Hirnblutung bei einem Kind ohne Zeichen äußerer Gewalt bei zarten, aber intakten Gefäßen, ohne äußerlich erkennbare Anzeichen äußerer Gewaltwirkung. Weiter teilt M. einen ähnlichen eigenen Fall mit: 11jähriger Schüler stürzte in der Klasse bewußtlos zu Boden, strömte hellrote Blutschaum aus Mund und Nase, wurde bewußtlos nach dem Krankenhaus gebracht, starb hier $\frac{3}{2}$ Stunden später. Obduktion: Kleinstre Blutungen unter dem Epikard, Erweiterung des linken Ventrikels; zahlreiche Blutungen unter der Pleura, Schnittfläche hyperämisch; enorm ödematos, in der Galea über rechtem Scheitelbein tellergroße flächenhafte Blutung, im Sinus longitudinalis, weniger auch in den vier Ventrikeln und den Sinus transversi, geronnenes Blut, Dura gespannt, Pia blutig imbibiert, kein Aneurysma, keine geplatzte Wandstelle. Mäßiger Status thymo-lymphaticus. Beurteilung: Primäre Gehirnblutung, welche die vermeintliche anfängliche Lungenblutung (Ödem) rein sekundär bedingte. Der Grund des Zusammenbruchs mit nachfolgender Bewußtlosigkeit ist unbekannt, das Trauma (Sturz mit Schlag des rechten Scheitelbeins gegen Podiumkante) auslösende Ursache der Gehirnblutung und des tödlichen Verlaufs. Schlußfolgerung: Wichtigkeit der Obduktion bei unklaren Todesursachen, besonders auch in juristischer und krimineller Hinsicht.

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).,

Beneke: Trauma und Gliom. (21. Tag d. dtsc. pathol. Ges., Freiburg i. Br., Sitzg. v. 12.—14. IV. 1926.) Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 37, Erg.-H., S. 441 bis 450. 1926.

Vortr. vertritt die Auffassung, daß bei der Begutachtung der Frage der Glioment-

stehung durch Trauma jetzt zu große Skepsis üblich sei. In 40% seiner Gliomfälle war ein Trauma in der Anamnese nachweisbar. Zuzugeben ist allerdings, daß die erwartete Zunahme infolge von Kriegsverletzungen ausgeblieben ist. Aber auch Commotio sei bei diesen sehr selten. Außer dem örtlichen und zeitlichen Zusammentreffen von Gewalteinwirkung und Gliomentwicklung spricht für den Zusammenhang, daß bei kurz zurückliegendem Trauma schnellwachsende weiche, bei lange Jahre zurückliegender langsam wachsende harte Gliomformen gefunden werden. In ersterer Beziehung steht Vortr. nicht an, auch bei sehr kurzem Intervall zwischen Trauma und Tod einen Zusammenhang anzuerkennen, da er sich von dem bisweilen überaus raschem Wachstum überzeugen konnte. Auch psychische Traumen können ursächlich in Frage kommen. Als Bindeglied nimmt Vortr. ischämische Prozesse an, wie sie durch vasomotorische Einflüsse sowohl nach körperlichen wie nach psychischen Traumen entstehen können. Durch den mechanischen Reiz der bewegten Flüssigkeit in der sich herausbildenden Erweichungscyste sowohl wie durch den chemischen kann aus der reaktiven Gliose ein Gliom werden. Vortr. tritt damit zugleich der Auffassung entgegen, als ob Gliome — und Tumoren überhaupt — stets auf eine einzige Zelle zurückgehen müßten. Er führt im übrigen für seine Auffassung zahlreiche Einzelbeispiele an. *Wohlwill* (Hamburg).°

Guillain, Georges, Th. Alajouanine et A. Thévenard: *Selérose latérale amyotrophique consécutive à un traumatisme.* (Amyotrophische Lateralsklerose und Trauma.) Progr. méd. Jg. 54, Nr. 34, S. 1267—1271. 1926.

48jähriger Mann. Kaum 3 Wochen nach einem Trauma (Sturz aus 2,5 m), welches die linke Scapular- und Rückengegend getroffen hatte, entwickelt sich am linken Arm eine Muskelatrophie, die auf Hals, rechten Arm, Rumpf, Beine übergeht. Dazu fibrilläre Kontraktionen, Veränderung der elektrischen Erregbarkeit, Lebhaftigkeit einiger Reflexe. Sensibilität intakt. Liquor normal. Dann bulbäre Symptome. Diagnose: amyotrophische Lateralsklerose. Zusammenhang zwischen Leiden und Unfall wird bejaht. Die Entwicklung des anzunehmenden speziellen neurotropen Virus ist durch die Erschütterungsläsionen, Blutungen u. a. begünstigt worden.

Kurt Mendel (Berlin).°°

Gelpke: Lumbago. Rev. suisse des acc. du travail Jg. 20, Nr. 8, S. 169—176. 1926.

Verf. wendet sich hauptsächlich gegen das viel zu häufige Bestreben mancher Ärzte, die Lumbago als eine traumatische Affektion zu identifizieren. Die Lumbago ist von Hause aus eine rheumatische Erkrankung; wenn es auch eine anatomisch nicht nachweisbare, plötzlich auftretende schmerzhafte Funktionsunterbrechung besonders auch im Bereich der Hals-, Schluck-, Schulter- und Nackenmuskulatur gibt, so trifft dies erst recht für die Lendenmuskulatur zu; die Muskelrisse und Wirbelverdrehungen bilden eine ganz kleine Minderheit. Die echte rheumatische Lumbago ist sehr häufig, wenn nicht meistens, durch eine Anstrengung oder durch eine „ungeschickte“ disordinierte Bewegung ausgelöst, also ein traumatischer Rheumatismus, der aber nur ausnahmsweise im Sinne des Gesetzes traumatisch ist. Aus diesem Grunde wäre es zweckmäßig, die Lumbago überhaupt nicht zu entschädigen mit Ausnahme der einwandfreien Knochenbrüche und Muskelrisse. Anerkennung der Lumbago als Unfall ist praktisch am zweckmäßigsten als solche zu bezeichnen, wenn sie nicht in 8 Tagen geheilt ist.

Scheuer (Berlin).°°

Bowman, William B., and Lowell S. Goin: *Traumatic lesions of the spine.* (Traumatische Krankheiten der Wirbelsäule.) Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 16, Nr. 2, S. 111—123. 1926.

Die kongenitalen Defekte spielen bei Entstehung der Verletzungen eine gewisse Rolle, weil sie zu einer ungleichmäßigen Belastung der Wirbelsäule führen. Die häufigste Verletzung der Wirbelsäule ist die Kompressionsfraktur des Wirbelkörpers, die ungefähr 80% aller Verletzungen beträgt. Sie entstehen fast alle durch Hyperflexion der Wirbelsäule. Die Häufigkeitsskala ist folgende: 1. L.W., 12. B.W., 2. L.W., 11. B.W., 5. L.W. und 5. und 7. H.W. Differentialdiagnostisch kommen Tuberkulose, Lues, Metastasen, hypertrophische Arthritis und Kümmelsche Krankheit in Betracht. Frakturen der Wirbelbögen sind viel seltener. Im Röntgenbild kann man sie nur schwer, manchmal überhaupt nicht erkennen. Dornfortsatzbrüche lassen sich im seitlichen Röntgenogramm leicht nachweisen. Querfortsatzbrüche treten wieder häufiger und meist multipel auf. Veränderungen an der Symphysis sacroiliaca werden ihrer Ansicht nach zu häufig diagnostiziert und durch falsche Zentrierung der Röntgenröhre oder

eine leichte Drehung des Patienten vorgetäuscht. Spondylolisthesis, die viel häufiger vorkommt als man gewöhnlich annimmt, stellt eine statische oder traumatische Deformität der Wirbelsäule dar und beruht auf unvollständiger Verknöcherung des Bogens des 5. Lendenwirbels. Die angebliche Seltenheit dieser Krankheit wird mit der Schwierigkeit der seitlichen Röntgenaufnahme erklärt; denn nur mit deren Zuhilfenahme ist sie einwandfrei nachzuweisen. Auch die Subluxationen in der Hals- und der Lendengegend bedürfen eines seitlichen Röntgenbildes, weil sie am besten nur durch ein genaues Studium der hinteren Verlaufslinie der Wirbelkörper erkannt werden. Die Verletzungen der Wirbelsäule sind recht häufig, werden aber oft nicht diagnostiziert, teils wegen mangelhafter Technik, teils weil nicht genügende Partien der Wirbelsäule untersucht werden. Neben der sagittalen Aufnahme ist stets ein seitliches Röntgenbild notwendig.

Hans Kloiber (Baden-Baden).

Husten: Perforierender Defekt des Septum ventriculorum auf traumatischer Grundlage. (21. Tag. d. dtsh. pathol. Ges., Freiburg i. Br., Sitzg. v. 12.—14. IV. 1926.) *Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 37, Erg.-H., S. 249—259. 1926.*

Der mitgeteilte Fall hat eine große Bedeutung für die Frage nach der traumatischen Entstehung von Herzfehlern:

Der damals 22jährige junge Tischler, der bis dahin gesund und $2\frac{1}{2}$ Jahre lang bis zum Kriegsende als Pionier im Feld gewesen war, erhielt beim Ankurbeln eines Motors durch Rückschnellen der Kurbel einen schweren Schlag auf die Brust, was zu einer Hämostoe und zu schweren subjektiven und objektiven Krankheitserscheinungen führte. Es wurde eine Fraktur der 4. bis 9. linken Rippe (?), ein Herzklappenriß (?) und eine Magenquetschung festgestellt. Nach mehrere Monate langem Krankenlager wird 8 Monate nach dem Unfall gutachtlich festgestellt: eine durch Unfall entstandene Mitralsuffizienz mit Herzverbreiterung und Dekompensation und eine Zerreißung der Mitralklappe oder ihren Sehnenfäden angenommen. Nach weiterem mehrmonatlichen Krankenhausaufenthalt trat vorübergehende Besserung ein, doch wurde Patient nur vorübergehend für leichtere Arbeit tauglich, dann traten wieder zunehmende Kompensationsstörungen ein, denen der Patient — fast 6 Jahre nach dem erlittenen Unfall — endlich erlag. Die Sektion ergab eine starke Vergrößerung des Herzens in allen seinen Dimensionen (Hypertrophie und Dilatation), die Klappenapparate nicht zerriissen, aber im Septum der Kammern einen trichterförmig gestalteten, die beiden Kammern miteinander verbindenden Defekt, der nach der rechten Kammer zu kleiner war und hier von zwei dünnen, spangenartigen Strängen durchzogen war, während seine Öffnung gegen den linken Ventrikel 3 : 5 cm betrug; der trichterförmige Defekt war von sehnig-narbigen Gewebe umgeben. Während sich dieser penetrierende Septumdefekt an der Übergangsstelle des Septums auf die Vorderwand unterhalb des Aortenostiums befand, wurde nun auch noch 4 cm unterhalb des Aortenostiums mehr hinten am Übergang des Ventrikelseptums auf die Hinterwand eine ebenfalls sehnig-narbige erscheinende muldenförmige, scharf abgesetzte Vertiefung festgestellt. An den entsprechenden Stellen der Herzvorder- und der Herz-hinterwand fanden sich außen leichtaneurysmatische Ausbuchungen. Daneben bestand ein spaltförmiges Offensein des Vorhofseptums. Die Kranzarterien waren nicht sklerotisch, die Schließungsräder der Mitrals erscheinen etwas verdickt, die Sehnenfäden aber nicht verwachsen. An der Vorderwand der rechten Herzkammer fand sich offenbar entsprechend der Anprallstelle des durch den Septumdefekt durchtretenden Blutpreßstrahles eine umschriebene Endokardverdickung.

Nach der ganzen Anamnese ist der kausale Zusammenhang der vernarbten Defekte mit dem Trauma wohl zweifellos, eine angeborene Mißbildung auszuschließen. Husten nimmt eine komplette und eine inkomplette Quetschungsruptur an den beiden betreffenden Stellen des Ventrikelseptums an; hinsichtlich der funktionellen Störung kommt neben der Kommunikation der beiden Kammern noch eine durch die Dehnung des linken Ventrikels bedingte relative Mitralsuffizienz in Betracht; eine Sklerose der Pulmonalarterie fand sich nicht, wohl aber eine Erweiterung der Aorta und der Pulmonalis. Das Reizleitungssystem war nur in seinen Endausläufern beteiligt, eine Überleitungsstörung war klinisch nicht nachweisbar gewesen; Spuren von Rippenfrakturen fand man bei der Sektion nicht mehr vor! H. nimmt noch Bezug auf einschlägige Mitteilungen, indessen scheint eine derartig lange Lebensdauer nach dem Trauma bei solch schwerer Verletzung bisher noch nicht beobachtet worden zu sein! Die längste Beobachtungsdauer betrug in einem von Kötschenreuther beschriebenen Fall 6 Monate!

H. Merkel (München).

Brusselmans, Paul: Hornhautschädigung durch Ultraviolettbestrahlung. Vlaamsch geneesk. tijdschr. Jg. 7, Nr. 14, S. 229—232. 1926. (Flämisch.)

Zwei Kinder kommen in die Sprechstunde mit entzündeten Augen, deren Ursache zunächst nicht festgestellt werden kann. Es besteht starke Conjunctivitis, bei dem einen Kind außerdem große Lichtscheuheit mit Lidkrampf. Das ganze Krankheitsbild war sehr merkwürdig und ließ an eine mikroskopische Verletzung der Hornhaut denken. Einträufelung von Fluorescein ließ keine Hornhautverletzung erkennen. Verf. nahm nun eine genaue Anamnese auf und stellte fest, daß die beiden Kinder lange Zeit Arbeitern zugeschaut hatten, die bei Reparaturen an den Schienen der Elektrischen sehr starke Lichtquellen verwandten, die Verf. zufällig kurz vorher auch gesehen hatte. Das blendende, an ultravioletten Strahlen reiche Licht, hatte die Erscheinungen an den Augen hervorgerufen, die nach Cocaineinträufelung schon am anderen Tage verschwunden waren. Ähnliche Fälle sieht man beim elektrischen Schmelzen von Metallen, wenn die Augen nicht durch entsprechende Brillen geschützt werden

v. Witzleben (Heidelberg).^{oo}

Orton, Henry Boylan: Traumatic perforation of the esophagus. (Ein Fall von traumatischer Perforation des Oesophagus.) Laryngoscope Bd. 36, Nr. 3, S. 183—187. 1926.

Ein 4jähriger Idiot verschluckte eine eingefädelte Nähnadel. Das Röntgenbild zeigte die Nadel in querer Lage zwischen Oesophagus und Trachea. Der Fremdkörper wurde oesophagoskopisch entfernt. Am folgenden Tag starb das Kind. — Autopsie: Akute Encephalitis, Perforation zwischen dem Oesophagus und Aorta (!). Außerdem waren im Dickdarm zwei große Perlenknöpfe, sechs verbrannte Zündhölzchen, ein 5 cm langes Band, ein Stück roter Stoff, ein kleines Stück Zwirn, im Dünndarm ein Bandwurm zu finden. Kerekes (Budapest).^{oo}

Neugebauer: Mesenterialschrumpfung nach Trauma. (12. Tag d. südostdtsc. Chir.-Vereinig., Liegnitz, Sitzg. v. 30. I. 1926.) Zentralbl. f. Chir. Jg. 53, Nr. 19, S. 1205—1206. 1926.

Schrumpfung des Mesenteriums infolge Trauma ist eine sehr seltene Erkrankung. Neugebauer gibt die Krankengeschichte eines solchen Falles wieder. Ein 10 jähriger kräftiger Junge stürzt beim Laufen über Geleise mit dem Bauch auf eine Schiene. Zunächst keine schwerere Störung des Allgemeinbefindens. Doch das Kind kann sich von der Kontusion des Leibes nicht erholen; es stellen sich Schmerzen im Bauch ein, Obstipation, Abmagerung. 6 Wochen nachher findet sich bei dem sehr elenden Knaben ein stark geblähter Leib, der überall druckschmerhaft ist und etwas Ascites. Kein Fieber, aber Puls 130. Laparotomie bei unklarer Diagnose ergibt wasserklaren Ascitis, Omentum stark gerötet, etwas geschrumpft, der ganze Dünndarm gebläht, keine Adhäsionen, Wurm unverändert. Das letzte Stückchen des Ileums und das Coecum durch eine sehr derbe Mesenterialnarbe an die Hinterwand des Bauches geheftet; hier noch Reste des subserösen Hämatoms vorhanden. Keine Wegsamkeitsstörung des Darms. Resektion, Ileotransversostomie, Heilung. Dencks (Berlin-Neukölln).^{oo}

Peacock, Alexander Hamilton, and Raymond Fisher Hain: Injuries of the urethra and bladder. A study of thirty cases. (Verletzungen der Harnröhre und Blase. Bericht über 30 Fälle.) Journ. of urol. Bd. 15, Nr. 6, S. 563—582. 1926.

Die häufigsten Ursachen dieser Verletzungen sind Quetschungen des Dammes durch die Stürze im Reitsitz, Beckenbrüche und Automobilverletzungen. Für ein gutes Drittel der beobachteten Verletzungen ist das Automobil verantwortlich. Das männliche Geschlecht ist mit 89% ganz überwiegend beteiligt. Neben der größeren Exponierung sind hierfür vor allem die Länge der männlichen Harnröhre und ihre festere Anheftung am Schambogen haftbar zu machen. Die wichtigsten Symptome sind Blutung, Schock, Harnsperrre, Urininfiltation und Peritonitis. Aber nur in 10% der Fälle kam es zur Bauchfellentzündung. Nach den Verletzungen der Harnröhre und Blase verbleiben recht häufig Spätfolgen zurück. So vor allem Störungen der Urinentleerung und Beeinträchtigungen der Potenz. (Letztere in 60% der Fälle.) Bei 53% wurden psychische Störungen besonders in Verbindung mit Rentenansprüchen beobachtet.

Grauhan (Kiel).^{oo}

Cecarelli, Galeno: Sull'idronefrosi traumatica. (Über traumatische Hydronephrose.) Ann. d. fac. di med. e chir. e d. fac. di med. veterin., Perugia Bd. 28, S. 105—120. 1926.

19jähriges Dienstmädchen hat 11 Jahre vorher ein Trauma durchgemacht, worauf blutiger Harn auftrat. Später Schwellung in der rechten Flanke. Operation. Beschreibung des anatomischen Präparates. Verf. meint, daß ein Trauma nicht nur eine Pseudohydronephrose verursachen könne, sondern in seltenen Fällen eine echte Hydronephrose, wie in seinem Falle, was Ceccarelli durch Veränderungen am Ureter erklärt, welche ihn undurchgängig machen.

Ravasini (Triest).^{oo}

Kreisinger, Vladimír: Todesursache bei Luftembolie. Časopis lékařů českých Jg. 65, Nr. 14, S. 541—551. 1926. (Tschechisch.)

Bei einer an perniziöser Anämie leidenden Frau war eine Transfusion von 500 ccm Blut gemacht worden. Kurz nach dem Eingriff motorische Unruhe, kalter Schweiß, Auskühlen der Extremitäten und nach 5 Stunden Tod unter zunehmender Adynamia cordis. Bei der Sektion wurde Luftembolie als Todesursache festgestellt.

Diesen Fall nimmt Autor zum Anlaß zu einer Reihe von experimentellen Untersuchungen zur Klärung der Frage, ob die Gehirn-, die Herz- oder die Lungentheorie für die Ursache des Todes bei Luftembolie in Betracht komme. Die Experimente wurden in 2 Gruppen eingeteilt, und zwar umfaßt die eine Gruppe (A) jene Fälle, in welchen die Luft in das rechte Herz, die zweite Gruppe (B) jene, bei welchen die Luft in das linke Herz injiziert wurde. Die Untersuchungen wurden an 9 Hunden, 3 Kaminchen und 3 Fröschen vorgenommen. Das Ergebnis dieser außerordentlich interessanten Versuche, die durch Diagramme der Kurven über die Atmung, des arteriellen und venösen Blutdruckes und der Herztätigkeit illustriert sind und durch mikroskopische Untersuchung der Lungen und des Herzens ergänzt wurden, ist folgende: Die Injektion der Luft in das rechte Herz oder die Venen hat eine sofortige Schädigung des kleinen Kreislaufes zur Folge, welche unmittelbar zu einer Anämie der Lungen führt, wodurch es weiter zu einer Störung im großen Kreislauf kommt, da das linke Herz durch die Lungenvenen ungenügend mit Blut versorgt wird; dadurch kommt es weiter zu einer schlechten Ernährung des Herzens selbst. Diese sekundären Folgen sind gleichzeitig auch der Ausdruck für die kompensatorische Fähigkeit des Organismus. Wenn diese Kompensation nicht ausreicht, tritt der Tod ein infolge starker und plötzlicher Abnahme des partiellen Sauerstoffdruckes im Gewebe — infolge Anoxämie. Dadurch wird als erstes und am meisten das Zentralnervensystem geschädigt; das primum moriens bei dieser Art der Luftembolie ist also das Zentralnervensystem, und zwar infolge Anoxämie desselben. Bei Injektion der Luft ins linke Herz ist der Befund der gleiche. Auch hier zeigt sich, daß das Herz nicht das primum moriens ist, vielmehr bleibt das Herz noch in Tätigkeit, auch wenn die anderen Lebenserscheinungen bereits geschwunden sind. Auch in diesen Fällen ist die Anoxämie des Gehirns die Ursache des Todes, verursacht durch die rasche Unterbrechung des Blutkreislaufes. Der Unterschied der Todesursache zwischen diesen beiden Gruppen ist kein qualitativer, sondern nur ein quantitativer. Bei der Embolie in den arteriellen Kreislauf tritt die Anoxämie viel brüsker auf, als bei der venösen Embolie. Auch der vom Autor beobachtete Fall läßt sich durch Anoxämie des Zentralnervensystems erklären; sie erreichte jedoch nicht plötzlich einen so hohen Grad, um einen plötzlichen Tod herbeizuführen. Aus den Experimenten erhellt, daß alle Vorschläge zu einer operativen Therapie bei Luftembolie zu verwerfen sind. Das einzige Richtige ist hinreichende Zufuhr von Sauerstoff. Marx.

Walcher, Kurt: Über die Luftembolie. (Gerichtl.-med. Inst., Univ. München.) Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 39, H. 3, S. 314—352. 1926.

Walcher gibt ein gut abgerundetes Bild über das Zustandekommen, die klinische Bedeutung und die gerichtlich-medizinische Beurteilung der Luftembolie. Atmosphärische Luft wie auch therapeutisch verwendete Gase (Stickstoff, Sauerstoff, evtl. bei Applikationen von Wasserstoffsperoxyd) können in das Venensystem eindringen, und zwar von verschiedenen Körpergegenden aus. Bei Eintritt ins Venensystem erfolgt der Tod durch Herzlähmung infolge von Sperrung der Blutsäule durch größere Luftblasen und Schaum im rechten Herzen und in der Lungenschlagader. Daß die Lungencapillaren für Luft durchgängig sein können, ist wahrscheinlich. Bei nicht tödlichem Verlauf kann die Luft evtl. durch die Lunge ausgeschieden oder durch das Blut absorbiert werden. Besprechung der klinischen Erscheinungen bei der pulmonalen und bei der cerebralnen Form der Luftembolie, welch letztere bei Lungenoperationen, Pleurapunktionen, Pneumothoraxbehandlung usw., aber auch bei krimineller Fruchtabtreibung (offenes Foramen ovale!) zustande kommen kann, auch bei intrapulmonaler Drucksteigerung kann die periphere und cerebrale Luftembolie vorkommen. Über das

Quantum, das den Tod herbeiführt, wissen wir noch wenig; die Tierexperimente sind nur mit Vorsicht dabei für den Menschen zu verwerten. Was die Diagnose der Luftembolie am Lebenden betrifft, so führt die Lokalisation der Verletzung im Bereich einer größeren peripheren Vene schon zu einer Annahme einer solchen, ferner das schlürfende Geräusch an der Eintrittsstelle, zuweilen auch das intrakardiale sog. „Mühlengeräusch“, offenbar durch die Blutschaumbildung im Herzen bedingt. Bei den sog. protrahierten Formen der Luftembolie, wo also zwischen Eingriff und den schweren klinischen Erscheinungen ein längeres Intervall besteht, ist die Diagnose besonders schwierig. Bei Luftembolie im großen Kreislauf sind die meist schweren, mitunter etwas wechselnden cerebralen Erscheinungen für die Diagnose bedeutungsvoll (evtl. Augenspiegelbefund in den Netzhautgefäßen). Über die Therapie gehen die Meinungen auseinander, bei schweren Fällen ist man machtlos. Von außerordentlicher Wichtigkeit ist die exakte Feststellung der tödlichen Luftembolie an der Leiche; dieselbe hat zur Voraussetzung möglichst frühzeitige Sektion (vor Eintritt von Gasfaulnis), ferner das besonders von gerichtlich-medizinischen Autoren (Max Richter) angegebene technische Verfahren, das ja allgemein bekannt ist. Schon vor Beginn der Sektion an die Möglichkeit einer Luftembolie denken, bedeutet oft schon das Gelingen des Nachweises. Verf. bespricht dann die kritische Bewertung der Befunde, die gerade für die gerichtliche Medizin außerordentlich wichtig ist. Bei nicht frischen Leichen ist äußerste Zurückhaltung am Platz, lieber ein „non liquet“ als ein Irrtum bei der Diagnose. W. befürwortet den Luftpnaachweis im Herzen *in situ* gegenüber dem Nachweis an dem unterbundenen und herausgeschnittenen Herzen. Die Kardinalforderung ist und bleibt, besonders bei gerichtlichen Fällen, sofort an die Möglichkeit denken und möglichst frühzeitige Sektion. Die Feststellung der Luftembolie im großen Kreislauf ist außerordentlich schwierig; am ehesten noch sind die histologischen Veränderungen im Hirn und Rückenmark bei etwas protrahiert verlaufenden Fällen beweisend. Verf. bespricht ferner das Zustandekommen von Luftembolie bei chirurgischen, bei gynäkologischen und geburtshilflichen Eingriffen und wendet sich dann besonders den Beobachtungen bei Abtreibungsversuchen zu, wo die Aufmerksamkeit auf die zwei Formen, erstens die fulminante und zweitens die protrahierte Luftembolie, gelenkt wird; im letzteren Fall kann das Zeitintervall zwischen dem Zustandekommen der Luftverschleppung ins Herz ein wechselnd langes sein, so daß also plötzliche Todesfälle von Frauenspersonen im gebärfähigen Alter stets den Verdacht auf protrahierte Luftembolie wachrufen müssen. W. berichtet über 15 tödliche Fälle von Luftembolie bei Abtreibungen, die in der Mehrzahl im Münchener Gerichtlich-medizinischen Institut zur Sektion kamen, und schildert dann noch die Fälle von Luftembolie bei und nach der Geburt: Zum Schluß wird auch noch hingewiesen auf die Fälle von Luftembolie ins linke Herz und in den großen Kreislauf bei erheblicher intrapulmonaler Luftdrucksteigerung. Vielleicht spielen sie bei den verschiedenen Erkrankungen des Kindesalters eine Rolle. Luftembolie durch Luftspiration der nicht unterbundenen Nabelschnur (Fall Börschmann) wird als wenig wahrscheinlich bezeichnet. Wenn dem Arzt bei einem chirurgischen oder gynäkologischen oder geburtshilflichen Eingriff eine tödliche Luftembolie passiert, wird ihm kaum jemals der Vorwurf der Fahrlässigkeit gemacht werden können, vorausgesetzt, daß er kunstgerecht vorgegangen ist. Für den Gerichtsarzt ist, um das noch einmal zusammenzufassen, die Kenntnis des Vorkommens der Luftembolie unter den verschiedensten Bedingungen außerordentlich wichtig, für den Nachweis die frühzeitige Sektion und die peinlichste Beobachtung der technischen Vorschriften zur Feststellung des Tatbestandes die notwendige Voraussetzung. H. Merkel (München).

Maresch, Rudolf: Über eitrige Aortitis. (*Pathol.-anat. Univ.-Inst., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 39, Nr. 38, S. 1078—1080. 1926.

8 Tage nach dem Anwerfen eines Kraftwagenmotors, was dem 55jährigen Autolenker plötzlich einsetzende Schmerzen in der Brustbeinregion verursacht und seinen Krankenhaus-eintritt veranlaßt hatte, verstarb der Kranke, bei dem man klinisch eine Coronar-Atherosklerose,

eine Myomalacia cordis und eine Lobularpneumonie mit beiderseitiger Pleuritis vermutete. Indes ergab die Sektion eine fibrinös eitrige Perikarditis mit einem entzündlichen Herd im aufsteigenden Teil der Brustaorta, der sich als umschriebene, eiterige Aortitis bei näherer Untersuchung dargestellt, verursacht durch eine Mischkultur von *Staphylococcus pyogenes aureus* zusammen mit nichthämolsierenden Streptokokken. Der Aortenwandabschluß stand wohl mit dem Herzbeutel in Verbindung, nicht aber mit der Aortenlichtung, da ein Thrombus die kleine Abschlußlichtung gegen das Aortenlumen verschlossen hatte. Nach dem mikroskopischen Anblick hatte der Aortenabschluß länger bestanden, die Perikarditis war sekundär entstanden — und zwar mit dem Durchbruch nach dem Herzbeutel im Moment des Motorankurbelns. Die Quelle der eitrigen Metastase in der Aortenwand blieb dunkel. Vielleicht spielte hier ein Zahneide eine Rolle, da bei dem Mann 14 Tage vor der Erkrankung ein Zahn entfernt worden war, der ihm Beschwerden gemacht hatte.

Gg. B. Gruber (Innsbruck).

Frey, E. K.: Über Herzverletzungen. (*Vereinig. Münch. Chir., Sitzg. v. 22. VI. 1926.*) *Zentralbl. f. Chir. Jg. 53,* Nr. 42, S. 2658—2660. 1926.

Unter Vorführung von Kranken Besprechung der Diagnose und der Therapie. Neben der Blutung ist die Herztamponade die wichtigste Indikation für den chirurgischen Eingriff, nicht immer ist dabei die Herzdämpfung deutlich verbreitert, oft genügen verhältnismäßig kleine Blutmengen im Herzbeutelraum zur Kompression der Vorhöfe und zum Leerpumpen des Herzens; Kleinerwerden des Pulses ohne Verblutungszeichen ist wichtigstes Symptom. Zurückhaltung bei der Indikation für den operativen Eingriff, da die Gefahr der Perikarditis groß ist! Schilderung des operativen Eingriffs. Bei einem Fall von Revolverdurchschuß durch den rechten Ventrikel mit Ausschuß hinten an der Cavavorhofsgrenze, wo ebenfalls keine erhebliche Herzdämpfung vorlag, glückte die Naht, doch ging der Patient nach 14-tägigem, ziemlich glattem Verlauf durch Perikarditis und Pleuraempyem nach 4 Wochen zugrunde. Das Präparat zeigt die ausgezeichnete Heilung der genähten Herzwunden. Bei einem weiteren vorstellten Kranken liegt ein Steckschuß des Herzens mit Sitz des Geschosses (Schrapnellkugel) an der Hinterwand des linken Vorhofs vor; der jugendliche Patient leidet an Anfällen von Angina pectoris; man verhält sich zunächst aber ablehnend gegenüber den Operationswünschen des Patienten.

Aussprache: Grassmann hat 7 Herzverletzungen operiert (4 Schuß-, 3 Stichverletzungen), davon 1 Schuß- und 2 Stichverletzungen geheilt. Keine Operation ohne strengste Indikation! Angabe der Technik stets Überdruck, Narkose, Seidennähte, wasserdichter Verschluß von Pleura und Perikard; der postoperative Pleuraerguß muß frühzeitig evtl. mehrmals punktiert werden. Ein operativ geheilter Kranke mit Stichverletzung der linken Kammer wurde 5 Jahre lang beobachtet, war arbeits-, ja kriegsdienstfähig als Infanterist, starb an einer Kriegsverletzung. — Merkel spricht über Handlungsfähigkeit und Operationsmöglichkeit nach Herzverletzungen, über das Zustandekommen der klassischen Herzbeuteltamponade, wenn die direkte Verletzung innerhalb des kleinen dreieckigen Raumes liegt, in welchem der Herzbeutel unmittelbar der vorderen Brustwand angelagert ist; dann keine Eröffnung der Pleurahöhlen (bei 23—25% der direkten Herzverletzungen, sonst meist gleichzeitig Hämatothorax und geringes Hämoperikard mit Zeichen innerer Verblutung). Bei Vorhofverletzungen könnte evtl. das Blut auch wieder angesaugt werden und so eine längere Lebenszeit bestehen, bei kleinen Blutungen infolge von Stichverletzungen eines kleinen Venen- oder Arterienastes des Herzmuskels tritt unter Umständen erst spät (bei Bernhard Fischers Beobachtung nach Monaten) der Tod ein, dann kann die Dehnung des Herzbeutels ganz exzessiv werden (bis zu zwei Liter)! *H. Merkel (München).*

Goroney, Curt: Glassplitter- oder Messerverletzung? (*Inst. f. gerichtl. u. soz. Med., Univ. Königsberg i. Pr.*) *Arch. f. Kriminol. Bd. 79,* H. 4, S. 227—244. 1926.

Verf. erörtert, daß bei der Differentialdiagnose ganz variable Größen eine Rolle spielen: die Widerstandskraft einer Scheibe, die Beschaffenheit und lebendige Kraft des perforierenden Armes und als besonders wichtiges Moment die unberechenbaren Bewegungen, die der Arm als Teil eines lebenden Körpers in allen Phasen des Stoßes machen kann. Trotzdem sei es möglich, eine bindende Entscheidung zu fällen, wenn alle äußeren Umstände und gegebenenfalls Versuche kritisch gewürdigt werden. Für die Praxis ergibt sich, daß das Hauptgewicht darauf zu legen ist, eine Ausschlußdiagnose zu stellen, nämlich nachzuweisen, ob die fragliche Verletzung durch Glas möglich war oder nicht. Aus der Wunde allein kann nur in extrem gelagerten Fällen auf die Art der Verletzung geschlossen werden, ein den ganzen Arm durchziehender Stichkanal

würde für einen Messerstich, das Auffinden von Glassplittern in der Wunde oder, wie an einem charakteristischen Fall gezeigt, eine Lappenwunde mit treppenartigen Absätzen für eine Glasverletzung sprechen. In der Mehrzahl der Fälle lägen die Schwierigkeiten für die Beurteilung darin, daß durch Messer oder ähnliche Instrumente und durch Glassplitter einer Scheibe ganz gleichartige Verletzungen hervorgerufen werden könnten. Die Möglichkeit, daß die hier in Frage kommenden Wunden durch ein Messer beigebracht wären, müsse deshalb stets zugegeben werden. An einem kriminalistisch bedeutsamen Fall wurde ferner gezeigt, daß durch entsprechende eigene Versuche und die Berücksichtigung der Größe des Verletzten gegenüber der Höhe des Fensters im Verein mit der Kritik der Lage und Art der Wunde eine Glasscheibenverletzung sicher auszuschließen und damit die Rechtsfindung entscheidend zu unterstützen war.

Nippe (Königsberg i. Pr.).

Lyon-Caen, Louis: *Fractures de côtes et contusion pulmonaire produites au cours d'une pendaison.* (Entstehung von Rippenbrüchen und Lungenkontusion während des Erhängens.) (*Soc. de méd. lég. de France, Paris, 10. V. 1926.*) Ann. de méd. lég. Jg. 6, Nr. 6, S. 271—273. 1926.

Es wird der Sektionsbefund bei einem ca. 60jährigen Unbekannten beschrieben, welcher an dem Eingangstor einer Umzäunung erhängt aufgefunden war. Es fanden sich Brüche der drei letzten rechtsseitigen Rippen am hinteren, der dritten und vierten linken Rippe am vorderen Drittel. Der Unterlappen der rechten Lunge bot ein diffuses Hämatom und ein breites, intramuskuläres fand sich zwischen den Schulterblättern. Außer einer cirrhotischen Fettleber und Stauungsscheinungen an den inneren Organen, insbesondere an der Strangfurche nichts Bemerkenswertes. Als Ursache wird Kollision mit dem Torpfosten während des Krampfstadions angesesehen.

K. Reuter (Hamburg).

Szulislawska, Jadwiga: *Contribution à l'étude des suicides par blessures par instruments tranchants et piquants.* (Beitrag zum Selbstmord durch Schnitt und Stich.) (*Inst. méd. lég., univ., Lwow.*) Ann. de méd. lég. Jg. 6, Nr. 6, S. 245—252. 1926.

Im gerichtlich-medizinischen Institut in Lemberg wurden von 1899—1923 29 einschlägige Fälle beobachtet, die 3,61 v. H. der gesamten dort untersuchten Selbstmordfälle ausmachten. 21 entfielen auf Männer, 8 auf Frauen. In 12 Fällen war eine Halsschnittwunde die Todesursache, doch kamen Halsschnittwunden auch sonst noch vor. In einem Fall fand sich eine alte Halsschnittnarbe von einem früheren Selbstmordversuch. Eine tödliche Herzstichwunde war niemals die einzige Verletzung. Die in einzelnen Fällen sehr zahlreichen Stichwunden in der Herzgegend waren meist nur oberflächlich. In 2 Fällen, in deren einem sich eine junge Frau eine Brust fast völlig abtrennte, kam eine Vergiftung hinzu. Ausführlich berichtet Verf. über 2 Fälle. In einem derselben waren 78 Schnittwunden, die der Selbstmörder sich mit einem Taschenmesser beigebracht hatte, über den ganzen Körper verteilt. Der zweite Fall betraf einen 19jährigen Studenten, der sich im Bad mit einem Rasiermesser getötet hatte. Neben einer tödlichen Halsschnittwunde, in deren Tiefe auch der rechte Querfortsatz des 5. Halswirbels angeschnitten war, fanden sich unter anderem beide Achillessehnen, am linken Handgelenk sämtliche Sehnen, am rechten die meisten, mit Ausnahme eines Teiles des tiefen Fingerbeugers, durchtrennt, so daß die Frage, wie und in welcher Reihenfolge der junge Mann sich die Verletzungen beibringen konnte, bedeutungsvoll hätte sein können. Der Selbstmord war durch Abschiedsbriefe außer Zweifel gestellt.

Meixner (Wien).

Hesselink, W. F.: *Doppelter Raubmord zu Wijchen.* Arch. f. Kriminol. Bd. 79, H. 2/3, S. 81—103. 1926.

Bei der Ermordung zweier Geschwister durch Zertrümmerung des Schädels mit einem Holzhammer konnte aus der Lage der Blutspritzer an der Wand geschlossen werden, daß die eine Leiche nach der Tat in ihrer Lage verändert worden war. Neben Blut ließ sich an den Wänden auch verspritztes Fettgewebe nachweisen. Dieses fand sich auch an den Kleidern der Täter. Die Verteilung der Blutspritzer war bei dem Haupttäter so, daß die Blutspritzer sich fast durchweg auf der rechten Seite des Rockes fanden, die dem Opfer zugewendet gewesen sein mußte. Zur Veranschaulichkeit wurden

Stecknadeln neben den Flecken angebracht und diese photographiert. Einzelne Blutflecke mußten von einer frischen Wunde des Täters herrühren, was sich als richtig herausstellte. Wichtig war ein Fußabdruck auf dem Steinboden, der bestimmte Eigentümlichkeiten aufwies, die mit denen an den Stiefeln des Täters übereinstimmten.

G. Strassmann (Breslau).

Grünewald, Max: Die Eigenart des elektrischen Unfalls. Reichsgesundheitsblatt Jg. 1, Nr. 38, S. 829—831. 1926.

Verf. bringt in kurzer Darstellung Bekanntes. Er beruft sich hauptsächlich auf Jellinek, dem er sich anschließt. In erster Linie hebt er die Bedeutung der Überraschung für den schlimmen Ausgang elektrischer Unfälle hervor. Auch dem Status thymicus mißt er große Bedeutung bei. Er empfiehlt die Rettungsanweisungen Jellineks, besonders die künstliche Atmung.

Meixner (Wien).

Trenel, M.: Tentative ou simulacre de suicide par électrocution sur un courant de 3,000 volts. (Versuch oder Vortäuschung eines Selbstmordes durch elektrischen Strom von 3000 Volt.) (*Soc. de méd. lég. de France, Paris, 5. VII. 1926.*) Ann. de méd. lég. Jg. 6, Nr. 8, S. 419—423. 1926.

Ein geisteskranker Elektromonteur, dessen Vater schon durch Selbstmord geendet hatte, rechnete darauf, von seiner Frau wieder nach Hause genommen zu werden. Da die Frau jedoch Besorgnis äußerte, drohte ihm eine Verlängerung des Aufenthaltes in der Anstalt, in welcher er in seinem Beruf verwendet wurde. Eines Tages beschloß er, wie er eingestand, Selbstmord zu begehen. Er begab sich in die Transformatorzelle, deren Vorhängeschloß er durchsägen mußte, entfernte die Schutzkappen und griff mit beiden Händen an die Leiter, deren Spannungsunterschied 3000 Volt betrug. Es verkrümmte ihn nach rückwärts, und er gab, fortgeschleudert, sein Beginnen auf und ging in die Werkstatt zurück. Er hatte an beiden Händen Strommarken in Gestalt zahlreicher Blasen, zeigte sonst keinerlei Störung.

Verf. meint, daß in Anbetracht der Gefährlichkeit solcher Ströme man nicht annehmen darf, daß der Kranke einen Selbstmordversuch nur vortäuschen wollte, um die Entlassung zu erreichen. Er erörtert kurz die Möglichkeit, daß der Selbstmord durch elektrischen Strom begangen wird, um einen Unfall vorzutäuschen. *Meixner.*

Picard: Gangrène des deux membres inférieurs produite par l'électricité. (Brand beider Beine durch elektrischen Strom.) Scalpel Jg. 79, Nr. 39, S. 876—878. 1926.

Ein Monteur, der in einer Verteilerzelle vergessen hatte, den Strom auszuschalten, trat bei der Arbeit mit einem Fuß auf einen Hauptleiter, mit dem anderen stand er auf dem Boden (Belag ?). Mit einem fürchterlichen Knall schmolzen sofort alle Sicherungen. Unter Belebungsmitteln verschiedener Art erholt er sich binnen 5 Tagen, dann klagte er über unerträgliche Schmerzen in den Beinen. Die Unterschenkel waren bis zu den Knien blaß, kalt, unempfindlich gegen Berührung, willkürlich nicht zu bewegen, pulslos. Nach 14 Tagen begann die Abstoßung an der Haut, die noch immer blaß geblieben war. Da eine sehr heftige, nur durch Esmarchsche Binde zu stillende Blutung aus einer Tibialis ant. eintrat, schritt Verf. zur Abtragung der Unterschenkel, die wegen des anhaltend beschleunigten Pulses nicht in einer Sitzung abgenommen wurden. An einem Bein fistelte die Wunde. Die Röntgenuntersuchung ergab einen Sequester am Wadenbein und Knochenschwund bis zur unteren Drittteilung des Oberschenkels. Es wurde erst nur der Sequester entfernt. Als aber 3 Wochen später hohes Fieber einsetzte und das Knie stark anschwellt, wurde der Oberschenkel im unteren Drittel abgenommen. Nach 5 Monaten war der Mann geheilt.

Auf Grund dieses einen Falles stellt Verf. Leitsätze auf, darunter: mit Abtragungen zu warten, bis die Abstoßung von selbst begonnen hat, sich aber noch durch eine Röntgenuntersuchung über den Zustand der Knochen Aufschluß zu verschaffen.

Meixner (Wien).

Vergiftungen.

Reimoser, Jos., und Hugo Krasso: Gegenmittel bei Vergiftungen. (*Allg. Krankenh., Wien.*) Mitt. d. Volksgesundheitsamtes, Wien Jg. 1926, Nr. 9, S. 235—243. 1926.

Die beiden Verff. haben eine in alphabetischer Reihenfolge durchgeführte Aufzählung der Gegenmittel bei häufigen Vergiftungen beigelegt. Die Angaben erstrecken sich auf 109 Präparate. Zum Schluß folgt eine Erörterung der einzelnen Bestandteile in den am häufigsten verwendeten Gegenmitteln. Zwecks rascher und zweckmäßiger Einleitung der nötigen Hilfsmaßnahmen bei Verdacht einer Vergiftung wäre es sicher-

lich empfehlenswert, die Zusammenstellung in geeigneter Weise in allen Heilanstalten für das ganze Ärztepersonal leicht zugänglich anzubringen. *C. Ipsen* (Innsbruck).

Redlich, F.: Der Einfluß von Lumbalpunktionen auf schwere medikamentöse Vergiftungen, besonders Veronalvergiftungen. (*III. med. Abt., allg. Krankh., Wien.*) Mitt. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk., Wien Jg. 24, Nr. 2, S. 225—227. 1925.

Verf. beruft sich auf eine frühere Arbeit (vgl. dies. Zentrbl. 6, 315) und wiederholt daraus, daß von 13 Fällen von Veronalvergiftung, bei welchen die Lumbalpunktion vorgenommen wurde, 4 günstig beeinflußt wurden. Da von 9 Fällen, in welchen sich Veronal im Hirnwasser nachweisen ließ, 7 tödlich verliefen, von 3 Fällen, in welchen der chemische Nachweis im Hirnwasser nicht gelang, aber nur einer, bezieht er die auch von anderen Beobachtern betonte günstige Wirkung der Lumbalpunktion bei schweren arzneilichen Vergiftungen auf die Entfernung einer Giftmenge mit dem Hirnwasser.
Meixner (Wien).

Reiche, F.: Zur Kenntnis der Veronalvergiftungen und der Veronalausscheidung. (*Allg. Krankh., Hamburg-Barmbek.*) Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 45, S. 2112 bis 2113. 1926.

Bei einem unaufgeklärten Todesfalle waren in der 37. und 38. Stunde, nach anscheinender Aufnahme des Mittels, mit dem Urin 0,159 g Veronal ausgeschieden worden. Um zu erkennen, ob aus diesem alleinigen Merkmal Rückschlüsse auf die Höhe der eingeführten Dosis und damit auf die Todesursache gezogen werden könnten, wurden im Krankenhouse vergleichende Urinuntersuchungen an 14 Patienten vorgenommen, denen Veronal in verschiedenen Dosen verabreicht worden war. Die gefundenen Ausscheidungszahlen erwiesen sich als sehr variabel, ließen aber beim Vergleich mit dem zu prüfenden Fall erkennen, daß bei Berücksichtigung sowohl der Grenzwerte, als auch des Mittelwertes die Annahme berechtigt sei, daß bei einer Ausscheidung von 0,159 g die eingenommene Menge die üblichen therapeutischen Dosen (zum mindesten mit 2,31 g) nicht unerheblich überschritten haben mußte. Die hauptsächlichste Ausscheidung erfolgte innerhalb von 48 Stunden nach Verabreichung des Mittels. Der Gipfel der Ausscheidung lag in den fünf daraufhin besonders angestellten Versuchen immer zwischen der 12. bis 24. Stunde. Auch hier fanden sich Schwankungen der in 12stündigen Zwischenräumen $2\frac{1}{2}$ Tage lang ermittelten Einzelwerte. Eine Beeinflussung durch die Höhe der Veronalldosis und eine Abhängigkeit von der Urinmenge trat bei der kleinen Zahl von Versuchen nicht zutage. Die aus diesen Beobachtungen sich ergebende, recht langsame Wiederabgabe des Veronals nach oraler Zufuhr hoher (1—3 g) Dosen erklärt die klinisch gelegentlich offenkundige Kumulierung dieses Mittels und verlangt Berücksichtigung bei seiner regelmäßigen Verabreichung.

K. Reuter (Hamburg).

Schumm, O.: Über Hämatoporphyrine und Hämatoporphylie. (*Physiol.-chem. Inst., Univ., allg. Krankh., Hamburg-Eppendorf.*) Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 34, S. 1574—1577. 1926.

Nach dem Vorgehen Hoppe - Seylers werden als Hämatoporphyrine eisenfreie Spaltprodukte des roten Blutfarbstoffes bezeichnet, die in Lösung mit Alkalien oder Mineralsäuren höchst eigenartige Absorptionsspektren liefern und die sauerstoffübertragende Eigenschaft des Hämoglobins, Hämatins, Hämochromogens (Peroxydase-Wirkung) eingebüßt haben. Die Reindarstellung eines Körpers aus der Gruppe der Hämatoporphyrine ist nur Nencki-Sieber gelungen. Nencki und Zaleski lehren die Darstellung des Mesoporphyrins. Es ist dies kein natürlicher Baustein des Blutfarbstoffes und konnte in tierischen Organismen auch nicht aufgefunden werden. Weiter gelang R. Willstätter die Darstellung anderer körperfremder Hämatoporphyrine künstlich aus Hämin.

Das primäre Hämatoporphyrin ist erst im Institut des Verf. nachgewiesen worden. Dasselbe entsteht beim Menschen sowohl physiologisch als pathologisch im Darm in kleinen Mengen aus von außen eingeführtem oder aus innerer Blutung in das Verdauungsrohr gelangtem Blutfarbstoff. Das Hämatoporphyrin-Nencki scheint sich im tierischen Organismus nicht zu bilden. Von üblichen Hämatoporphyrinen sind zu nennen: Koproporphyrin, Uroporphyrin und Coproporphyrin. Das erstere ist das

physiologische, das zweite ganz vorwiegend pathologische Hämatorphyrin des Harnes. Das Koproporphyrin ist außerdem noch regelmäßig in den Fäces enthalten. Bei blutendem Magencarcinom enthalten die Fäces bisweilen bedeutende Mengen von Kopratin, d. i. die natürliche Eisenkomplexverbindung des Kopratoporphyrins in Gesellschaft mit Kopratoporphyrin. Bei Sulfonal- und Trionalvergiftungen ließ sich eindeutig auf Grund der spektro-chemischen Reaktion das Uroporphyrin Hans Fischer erkennen. Nach weiteren Untersuchungen des Verfs. werden in den Fäces gesunder Koproporphyrin und ebenso auch im Mekonium und in der Galle nachgewiesen. In einem Teil der Fälle ist im Harn Bleikranker ein erhöhter Gehalt an Koproporphyrin festzustellen. Auch erscheint diagnostisch verwertbar der hohe Gehalt an ätherunlöslichem Uroporphyrin bei akuter Hämatorphylie. C. Ipsen.

Hion, V.: Veränderungen der sympathischen Nervenganglien beim akuten und chronischen Alkoholismus. (Experimentelle Untersuchungen.) (Univ.-Nervenklin., Tartu.) Folia neuropathol. Estoniana Bd. 5, H. 1, S. 36—53. 1926.

Bei akuter Alkoholvergiftung, die zum Tode führt, sind alle Stadien des Zellzerfalls zu beobachten, das Gliagewebe bleibt dabei unberührt. Bei der chronischen und subchronischen Vergiftung degenerieren die Zellen schließlich auch, werden aber durch wuchernde Gliazellen ersetzt; daneben finden sich auch normale Zellen. „Die pathologischen Erscheinungen in den sympathischen Nervenganglien bei der subchronischen und chronischen Vergiftung unterscheiden sich nur rein quantitativ“. Für dieses banale Resultat haben 6 Katzen und 25 Kaninchen daran glauben müssen. *Hallerwoden* (Landsberg).^{oo}

Hion, V.: Die Veränderungen des Plexus chorioideus bei Äethylalkoholvergiftung. (Nervenklin., Univ. Tartu.) Folia neuropathol. Estoniana Bd. 5, H. 2, S. 116 bis 143. 1926.

Nachdem die Rolle des Plexus chorioideus als eines wichtigen Gliedes der meso-ektodermalen oder hämoencephalen Barriere in letzter Zeit in den Vordergrund der Diskussion gerückt ist, hat es Verf. unternommen, sein Verhalten (in pathologisch-histologischer Beziehung) bei chronischer und bei akuter Alkoholvergiftung auf experimentellem Wege zu klären, indem er Hunden, Katzen und Kaninchen beträchtliche Mengen Alkohol verschiedener Konzentration (20—96°) entweder zu trinken gab oder mit einer Sonde direkt in den Magen einführte und die Gehirne der unter Vergiftungserscheinungen verstorbenen oder getöteten Tiere an Serienschnitten mikroskopisch untersuchte (Einzelheiten der experimentellen und pathologisch-anatomischen Technik und der mikroskopischen Befunde müssen im Original nachgelesen werden). Nach dem Ergebnis dieser Versuche äußert sich der erste Effekt einer akuten Alkoholvergiftung im Plexus chorioideus in einer eigenartigen Veränderung der Blutgefäße. Als erste verändern sich die Capillargefäße sowohl in der Lamina epithelialis wie im villösen Teil. Das Endothel der erweiterten Capillaren ist proliferiert, geschwollen und stellenweise derartig flachgedrückt, daß die Endothelkerne stäbchenförmig erscheinen; damit geht eine Störung der Permeabilität sowohl für flüssige Stoffe als auch für celluläre Elemente einher. In schweren Fällen, wo eine große Menge Alkohol im Blut in relativ hoher Konzentration zirkuliert, kann man außerdem Hämorrhagien als die Folge von Endothelrupturen, ödematóse Durchtränkung, Verdickung und hyaline Entartung des Bindegewebes konstatieren. In größeren Gefäßen findet man daneben Schwellungen, variköse Erweiterungen und Vakuolisierungen der Media und Adventitia. Das sezernierende Epithel des Plexus chorioideus reagiert selbst auf kleine Mengen Alkohol im Blut mit einer leichten Protoplasma- und Kernschwellung und einer feinen bis größeren Vakuolisierung, in deren Bereich zuerst die Mitochondrien, dann auch siderophile Granula schwinden. Die Fett- und Lipoidmenge bleibt bei der akuten Alkoholintoxikation unverändert. So halten sich die Veränderungen in physiologischen Grenzen, und erst eine außerordentlich schwere Vergiftung ruft degenerative Erscheinungen und selbst eine partielle Nekrose des Plexusepithels hervor. — Die chronische Alkoholvergiftung setzt sich aus einer ganzen Reihe von Phasen der akuten zusammen, deren jede einzelne eigenartig, maximal und zweckmäßig (im Sinne eines Schutzmittels) ist. So steht die Proliferation des Bindegewebes und der Gefäße (Vermehrung der Kerne, der Zwischen-

substanz und der kollagenen Fasern) dabei an erster Stelle, wodurch das lebenswichtige Parenchym vor dem Gift geschützt wird. In den Blutgefäßen ist die Intima überall verdickt, die Endothelzellen stellenweise bis zu 3 Reihen übereinander geschichtet und in länger dauernden Fällen teilweise degeneriert. Die Media besteht fast ausschließlich aus Bindegewebe, contractile Elemente sind wenig vorhanden, hingegen die elastischen Elemente oft vermehrt. Das sezernierende Epithel ist gegen eine chronische Vergiftung relativ resistent, ein Teil des Epithels bleibt unverändert, und nur der kleinere degeneriert (Vakuolisierung, Degeneration und Pyknose der Kerne usw., Schwund der Mitochondrien und der siderophilen Granula). *M. Minkowski* (Zürich).

Gottschalk: Akute Morphiumintoxikation. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 34, S. 1432. 1926.

Verf. teilt aus seiner Praxis die Beobachtung mit, daß bei einem 38jährigen Manne, der an chronischer Bronchitis litt, nach der subcutanen Verabreichung von 0,02 ccm Morphinum schwerste Vergiftungserscheinungen aufgetreten sind. Es bestanden eine schwere Cyanose, reaktionslose, kleine Pupillen, kleiner, frequenter Puls, und ein tiefer, komatöser Schlaf; über den Lungen war Rasseln zu hören. Nach Verabreichung von Lobelin und Campher erholt sich der Patient vollständig. Verf. warnt bei schweren chronischen Bronchitiden Morphinum zu verabreichen. *Schwarzacher* (Graz).

Ross, Ellison L.: Cocaine-epinephrin mixture, its toxicity and antidote. (Cocain-Adrenalinmischung, ihre Giftigkeit und Gegengifte.) Journ. of laborat. a. clin. med. Bd. 11, Nr. 9, S. 832—836. 1926.

Geprüft wird eine Lösung von 0,25% Cocain und 0,005% Adrenalin durch langsame intravenöse Dauerinfusion mit der Woodyattschen Pumpe an Hunden und Katzen in leichter Chlorettonnarkose. Die Menge eingelaufener Flüssigkeit zur Zeit des Eintritts des Atmungsstillstands wird als die tödliche Dose angenommen. Diese ist unter diesen Bedingungen beim Hund 12 mg Cocain pro Kilo und für die Katze 7,7 mg pro Kilo. Gibt man vorher eine geringe Dose Atropin, dann wird die Empfindlichkeit der Katze für diese Cocain-Adrenalininfusion nicht geringer. Der Tod erfolgt immer nach maximaler Blutdrucksteigerung. 5 mg Nitroglycerin pro Kilo wirken bei Hund und Katze insofern antagonistisch, als die tödliche Dose um 80—100% gesteigert wird. Bei diesen größeren Dosen tritt indessen dieselbe maximale Blutdrucksteigerung ein. Auch wenn alle Injektionen einmalig intraperitoneal gemacht werden, bewirkt Nitroglycerin, daß die Tiere die allein tödliche Dose des Cocain-Adrenalingemisches überleben.

K. Fromherz (München).

Seevers, M. H., and A. L. Tatum: The effect of double vagotomy and tracheotomy on the susceptibility of rabbits to cocaine poisoning. (Die Wirkung doppelseitiger Vagotomie und von Tracheotomie auf die Empfindlichkeit der Kaninchen für Cocainvergiftung.) (Laborat. of pharmacol., univ. of Chicago, Chicago.) Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. 23, Nr. 8, S. 763—764. 1926.

Doppelseitige Vagotomie ist ohne Einfluß auf die Höhe der tödlichen Cocain-dose beim Kaninchen. Tracheotomierte Kaninchen dagegen vertragen subcutan etwa 50% höhere Dosen Cocain als nicht operierte. Daraus geht hervor, daß bei der direkten Todesursache durch Cocain eine Asphyxie durch Verlegung der oberen Luftwege (Glottis) eine nicht unwesentliche Rolle spielt. *R. Fromherz* (München).

Heubner, W.: Quantitative Bestimmung von Atropin neben Papaverin in einer Arznei. (Pharmakol. Inst., Univ. Göttingen.) Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 34, S. 1571. 1926.

Nach Anwendung von Atropin-Papaverin-Zäpfchen (Atropin. sulf. = 0,001 (! Ref.), Papaverin. hydr. = 0,05, Ol. cacao = 2,0, M. f. supp., D. tal. dos. = Nr. X) waren bei einer Frau ausgesprochene Erscheinungen einer Atropinvergiftung bis zu beginnender Verwirrung aufgetreten. Es lag seitens des Arztes die Frage vor, ob die Atropingabe vom Apotheker zu hoch genommen worden sei, oder ob eine Überempfindlichkeit der Kranken vorliege. Es waren noch 8 Zäpfchen im Gesamtgewichte von 18 g verfügbar. Nach Lösen in Petroläther wurde der unlösliche weiße kristallinische Rückstand in Wasser aufgenommen, mit etwas Weinsäure versetzt, filtriert und 4mal mit reichlichen Mengen Chloroform ausgeschüttelt. Danach folgte auf Zusatz von Sodalösung bis zur alkalischen Reaktion mehrmaliges Ausschütteln in Äther. Das Papaverin als schwache Base war ausschließlich im Chloroformauszug, das Atropin

als stärkere Base in der Ätherausschüttelung zu erwarten. Die gewichtsmäßige Bestimmung des Rückstandes ergab = 3,3 mg Atropin oder 4 mg Atropinsulfat in je 1 Zäpfchen. Es erfolgte nun eine gewichtsmäßige Ausmittlung der Wirkung durch den Tiersversuch am Katzenauge bei früher auf ihre Reaktion geeichten Katzen, in der Weise, daß die noch geringstwirkende Verdünnung ausgeprobirt wurde. Zur Verwendung kamen 2 schon von früheren Versuchen im Institut vorhandene Katzen A und B, an denen die Grenzempfindlichkeit an der Pupille bei A = 0,001 bei B = 0,0035 mg Atropinsulfat betragen hatte. Schließlich wurde noch eine 3 ungebrauchte Katze C zum Versuche herangezogen. Der mit Äther gewonnene, die Hauptmenge des Atropins also enthaltende Ausschüttungsrückstand wurde mit verdünnter Salzsäure gelöst, der Überschuß der Säure mit Soda neutralisiert und die Lösung auf 13,3 ccm gebracht, so daß sie 0,05% Atropinbase enthalten hätte, wenn die vorgeschriebene Atropinmenge (8 mg Sulfat = 6,65 mg Base) in dem Ätherrückstand vorhanden gewesen wäre. Von dieser Stammlösung wurden Verdünnungen im Verhältnis von 1: 7, 1: 25 und weiter 1: 50 und 1: 100 hergestellt.

Nach dem Ergebnis der Prüfung gelangt Heubner zu dem Schluß, daß jedes Zäpfchen mindestens je 4 mal soviel Atropin enthalten habe, als nach dem Rezept zu erwarten war.

C. Ipsen (Innsbruck).

Dobrzanski, Antoine: *Sur l'absorption de la nicotine par les voies respiratoires.* (Über die Resorption des Nicotins durch die Atmungswege.) (*Laborat. de thérapeut., univ., Paris.*) *Cpt. rend. des séances de la soc. de biol.* Bd. 95, Nr. 21, S. 83—85. 1926.

Der Verf. hat Hunden in Narkose nach Unterbindung des Oesophagus Nicotin in toxischer oder tödlicher Dosis in die Trachea oder Nase injiziert und dabei die Wirkung auf Puls und Blutdruck beobachtet. Nach Einführung der tödlichen Dosis in die Trachea kommt es zunächst zu einer Vergrößerung der Herzschlagamplitude und zu einer vorübergehenden Beschleunigung der Atembewegungen. Der Blutdruck steigt anfangs, fällt aber dann unter die Norm. Der Puls wird zunächst verlangsamt, später bei sinkendem Blutdruck beschleunigt. Schließlich kommt es zur Lähmung der Atem- und Gefäßzentren. Bei fraktionierter Injektion kommt es zu den gleichen Erscheinungen, die jedoch schwächer auftreten. Bis zum Eintritt des Todes läßt sich dem Tier bei derartiger Dosierung 2—3 mal mehr als bei einmaliger Injektion beibringen. Bei Injektion der Nicotinlösung in die Nase treten ebenfalls die toxischen Erscheinungen auf. Die Giftigkeit ist 2—3 mal geringer. Auch nach Einblasen von Zigarettenrauch in die Trachea kommt es zu den oben beschriebenen Erscheinungen, die noch kurze Zeit nach Absetzen der Einblasung andauern.

Baumecker (Frankfurt a. M.).

Petraroia, Matteo: *Su di un caso letale di lupinosi nell'uomo. (Avvelenamento per ingestione di semi secchi di lupino.)* (Über einen Fall von Lupinosis beim Menschen. Tödliche Vergiftung durch Verschlucken von trockenen Lupinensamen.) *Poli-clinico, sez. prat. Jg. 33,* H. 39, S. 1356—1357. 1926.

17 Monate altes Kind, das in der Tenne eine Anzahl Lupinensamen verschluckt hatte, von denen etwas erbrochen worden war, stirbt nach 2 Tagen unter Benommenheit, lähmungsartiger Schwäche, schließlich vollständiger Darmlähmung. Keine Sektion. *G. Strassmann.*

Gompertz, Louis M.: *Poisoning with water hemlock (Cicuta maculata). Report of seventeen cases.* (Bericht über 17 Fälle von Wasserschierlingvergiftung [Cicuta maculata].) *Journ. of the Americ. med. assoc.* Bd. 87, Nr. 16, S. 1277—1278. 1926.

Cicuta maculata wird hier als amerikanische Varietät neben die europäische *Cicuta virosa* L. gestellt. Gompertz beschreibt die Pflanze kurz, gibt an, daß sie oft mit dem auch in Gärten kultivierten *Pastinak* (*Pastinaca sativa* L., Ref.) verwechselt werde, von dem sie sich hauptsächlich durch die grünlichweißen (bei Pastinak gelblichen) Blüten, die schmaleren Blattabschnitte und den im Gegensatz zu dem einfachen Wurzelstock des P. aus einem Bündel spindelförmiger Triebe bestehenden unterscheidet. Die Wurzelstücke unterscheiden sich von denen aller anderen Umbelliferen durch eine Anzahl querliegender Hohlräume, die auf dem Längsschnitt deutlich zu sehen sind. Sie sondern eine gelbliche, gummiartige Masse ab, ähnlich der des Pastinak, etwas süßlich „und nicht unangenehm genug, um Kinder und selbst Erwachsene davon abzuhalten, für einen übeln Ausgang genügende Mengen zu essen“. — Der Wasserschierling ist seit der Mitte des 16. Jahrhunderts in den Vereinigten Staaten bekannt, wo er zuerst vielfach mit *Conium maculatum* verwechselt wurde. Er kommt hauptsächlich im Osten vor und wird vom Volke auch als „Kuhgift“, „Menschentod“, „Natterwurz“ und „wilde Karotte“ bezeichnet. — Schierlingvergiftungen wurden zuerst 1679 von

J. J. Wepfer veröffentlicht, 1723 von Helds, Weinmann und Goritz in Deutschland (3 Studenten bei Regensburg mit 2 Todesfällen), 1814 in Amerika von John Stockbridge. Egdahl stellte die Literatur bis 1911 mit 47 Fällen zusammen. Mary R. Stratton teilte 1911 eine Vergiftung von 11 Knaben mit 2 Todesfällen mit, bisher die höchste bei einer Gelegenheit bekannt gewordene Zahl.

Das giftige, von Boehm 1876 isolierte Prinzip ist ein Harz: „Cicutoxin“, klar, braun, zäh, sauer reagierend, in Äther, Alkohol, Chloroform und verdünnten Alkalien löslich. Die Wurzelstücke sind am giftigsten, aber auch die Stengelteile und die Blätter enthalten für einen letalen Ausgang genügend Gift. Im Frühjahr ist die Pflanze am giftigsten; später nimmt die Giftigkeit der Wurzel wahrscheinlich deshalb ab, weil während der Weiterentwicklung das in ihr enthaltene Gift in die ganze Pflanze lebhafter aufsteigt und sich verteilt. Sektionsbefunde: Fehlen der Blutgerinnung noch nach 24 Stunden, stark erweiterte Pupillen, multiple Hämorrhagien der Magen- und Duodenalschleimhaut, Emphysem und Ödem der Lungen, allgemeine Kongestion des Zentralnervensystems.

Im vorliegenden Fall handelt es sich um 17 gleichzeitig erkrankte Knaben eines Internats im Alter von 9—13 Jahren. Übelkeit, Erbrechen, heftige tonische und klonische Krampfanfälle, Bewußtlosigkeit. Es stellte sich heraus, daß sie Teile einer Pflanze, die in der Nähe ihres Spielplatzes am Rand einer Sumpfstelle reichlich wuchs, gegessen hatten, die schwer erkrankten von der Wurzel, die leichter erkrankten von den Blättern und Blüten. Sie genasen alle. Der schwerste Fall war ein 13jähriger, der absolut bewußtlos war, heftige tonische und klonische Krämpfe hatte, blutigen Schaum vor dem Munde und vortretende Augäpfel. Strabismus internus, bis zum beinahe vollständigen Verschwinden der Iris erweiterte Pupillen. Extreme Cyanose. Fehlen der Cornealreflexe. Kiefer fest geschlossen. Starkes Zucken der Gesichtsmuskeln, „ein schrecklicher Anblick“. Hände fest geschlossen zur Faust, Nägel cyanotisch. Rapide Atmung, während des Krampfanfalls war der Knabe nahe am Ersticken. Die Anfälle dauerten ca. 10 Min., ließen allmählich an Intensität nach, waren von einem Erschöpfungszustand gefolgt, während dessen die Bewußtlosigkeit und Cyanose andauerte. Puls während der Anfälle beschleunigt, Patellarreflexe herabgesetzt. Dieser Patient hatte 6 Krampfanfälle, die höchste Zahl, 2 war die niedrigste. Nach dem letzten tiefer Schlaf in tiefer Erschöpfung. Alle — auch dieser schwerste Fall — erwachten am nächsten Morgen in vollem Wohlbefinden ohne jede Erinnerung an die Erkrankung. — Die nur Blüten und Blätter gegessen hatten, klagten über Schwäche und Übelkeit. Manche waren etwas cyanotisch und hatten Zuckungen. Schwindel war ein Hauptsymptom. Daneben Kälte der Extremitäten und allgemeiner Kollaps. — Behandlung: Magenspülungen und hohe Einläufe. Schwierig war die Einführung der Schlundsonde bei den Kieferkrämpfen, die gewaltsam mit metallenen Mundspatulen gelöst werden mußten. Die schlucken konnten, bekamen heißes Salzwasser vor der Magenspülung. In 3 Fällen war Morphin subcutan notwendig, manchmal Stimulantien. Abführmittel. — Vollständige Heilung aller 17 Fälle.

Der Autor plädiert für die Ausrottung dieser gefährlichen Pflanze. (!Ref.).

Touton (Biebrich a. Rh.).

Mills, Arthur: Presidential address on the present position of chloroform. (Über den gegenwärtigen Stand der Chloroformfrage.) (*Roy. infirm. a. dental hosp., Dundee.*) Lancet Bd. 210, Nr. 24, S. 1134—1137. 1926.

Die Ansichten über die Chloroformnarkose sind sehr geteilt, besonders in Amerika wird sie neuerdings vielfach abgelehnt. In der bekannten Mayo-Klinik wurden 1923 17 813 Narkosen ohne Verwendung von Chloroform ausgeführt. Kontraindikationen sind nach Verf. vor allem erhebliche Schwächezustände mit niederem Blutdruck, Schock, drohende Acidosis, besonders bei Diabetes, Peritonitis, septische Unterleibserkrankungen vor allem bei Kindern, cyclisches Erbrechen der Kinder. Chloroform schädigt besonders Herz, Leber und Nieren. 80% aller Fälle von Chloroformtod ereignen sich bei Narkosebeginn, wobei die Opfer ziemlich häufig kräftige erwachsene Männer sind. Hier handelt es sich um plötzliche Einatmung von sehr konzentrierten, unter der Maske angehäuften Chloroformdämpfen bei tiefen Inspirationen infolge heftiger Exzitation oder um plötzlich eintretendes Herzflimmern. Im letzteren Falle kommen auch veränderte Ernährungsbedingungen des Herzmuskels durch Coronarerkrankungen, toxische Wirkungen (Typhus und Diphtherie) in Frage. Verf. verwendet Chloroform und Äther mit einfacher Maske und Tropfflasche, daneben Chloräthyl, vor der Narkose Atropin und Morphin. Wenn Chloroform nicht kontraindiziert ist, wird die Narkose

mit diesem eingeleitet und mit Äther fortgeführt, wenn nötig unter Zugabe von etwas Chloräthyl auf die Äthermaske. Im Exzitationsstadium wird am besten nur Äther gegeben. Bei 25 000 Narkosen hat Verf. befriedigende Resultate erzielt.

Flury (Würzburg).^{°°}

Sudeck, P.: Über die Vorzüge und Nachteile der Narkose mit Äther, Nareylen und Lachgas. (*Chir. Univ.-Klin., Hamburg-Eppendorf.*) Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 137, H. 3, S. 493—505. 1926.

Der Vergleich zwischen Äther- und der Gasnarkose ergibt: Für Vollnarkose ist Äther vorzuziehen, wenn Muskelentspannung, besonders der Bauchdecken, notwendig ist. Für Rauschnarkose und Dämmerschlaf in der Geburtshilfe ist die Gasnarkose ausreichend und für Patienten angenehmer. Die unmittelbare Gefahr bei Äther durch Überdosierung ist gering, bei Gasnarkose gleich Null zu bewerten. Was die sekundären Gefahren, namentlich bei langer Narkose, anbetrifft, so sind zweifellos erhebliche Vorteile auf Seiten der Gasnarkose zu buchen. Der subjektive Eindruck ist bei der Gasnarkose viel günstiger. In der Handhabung ist der Äther viel einfacher, ebenso ist er im Kostenpunkt überlegen. Die Explodierbarkeit ist eine schwere Belastung des Narcylens. Einstweilen kann es noch nicht heißen, Äther oder Narcylen, da Vor- und Nachteile beider Narkotica bestehen. Der Vergleich des Stickoxyduls mit der Narcylenmarkose ergibt: Für kurze Räusche ergeben beide Gase gleichgute Resultate, für tiefe Dauernarkosen reicht in den meisten Fällen das Lachgas allein nicht aus. Die primäre Gefahr ist bei beiden Gasen gleich gering, die sekundären Gefahren sind bei Lachgas womöglich noch geringer. Die Handhabung ist bei beiden gleich umständlich, der Preis für Lachgas, da es zum Teil aus England bezogen werden muß, sehr hoch. Die Frage, welches Gas vorzuziehen ist, kann heute noch nicht entschieden werden. Das Wichtigste ist die Vollkommenheit der Apparatur und Anwendungstechnik. *Stahnke* (Würzburg).^{°°}

Sise, Lincoln F.: Ethylene: Uses and precautions. (Das Äthylen. Anwendungsweise und Vorsichtsmaßregeln.) *Surg. clin. of North America* Bd. 6, Nr. 3, S. 703 bis 710. 1926.

Die größte Gefahr der Äthylenmarkose liegt in der Explodierbarkeit und Entzündlichkeit des Äthylen in bestimmter Mischung mit Sauerstoff oder Luft. Die meist gebräuchlichen Mischungen enthalten 75—90% Äthylen und sind zu konzentriert, um explodieren zu können. Aber in einiger Entfernung von der Maske kann die Äthylen-Luftmischung sich so weit verdünnt haben, daß die Möglichkeit der Explosion oder wenigstens der Entzündung besteht. Alle Einrichtungen, die zur Entzündung Anlaß geben können, wie Brennapparate, Fulgurationsapparate, Ventilatoren, sind deshalb aus dem Operationssaal zu verbannen. Auch einer Entzündung durch statische Elektrizität ist auf jede Weise vorzubeugen. Verf. gibt daher die Vorschrift, alles Material, das durch den darüberfließenden Gasstrom elektrisch aufgeladen werden kann, wie alle Gummiträger von der Apparatur zu entfernen und durch Metall zu ersetzen. Außerdem sollen Äthylenapparat, Operations-tisch, Patient und Narkotiseur durch Kupferdraht verbunden und die ganze Gruppe wieder durch eine Metalleitung geerdet werden. Am größten ist die von der Entladung statischer Elektrizität drohende Gefahr in den trockenen Wintermonaten, in denen deshalb die Luft des Operationssaals angefeuchtet werden muß. Besondere Vorsicht verlangt auch die Aufbewahrung der Äthylenbehälter in einem, vom übrigen Krankenhaus abgeschlossenen, gut nach außen ventilierten Raum. Schließlich rät Verf. noch, die Äthylenmarkose mit Stickstoffoxyd einzuleiten und zu beenden, da die meisten Explosions zu Beginn und am Schluß der Narkose vorgekommen sind. *Kempf.*

Hamilton, Herbert C.: The toxicities of local anesthetics with special reference to apothecine. (Die Toxizität von Lokalanästhesie mit besonderer Berücksichtigung des Apothecins.) *Journ. of laborat. a. clin. med.* Bd. 11, Nr. 11, S. 1082—1086. 1926.

Verf. gibt einen Überblick über die einschlägige Literatur und hat selbst Experimente zur Ermittlung der toxischen und der wirksamen Apothecindosis angestellt. Durch intravenöse Injektion des Mittels bei Katzen und subcutane und intraperitoneale

Applikation bei Katzen, Mäusen und Meerschweinchen hat er festgestellt, daß die Toxizität des Apothesins ungefähr $\frac{1}{5}$ der des Cocains beträgt, außer wenn es plötzlich in großen Quantitäten in den Blutstrom gelangt. *Kempf* (Braunschweig).).

H. Gautier, P., et R. Colomb: *Un cas d'intoxication par le Meta. (Aldéhyde acétique polymérisé.)* (Ein Vergiftungsfall durch Meta. [Polymerisiertes Azetaldehyd].) Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 46, Nr. 12/13, S. 811—813. 1926.

Mit dem Zeichen eines schwersten Kollapses wird ein 2½-jähriger Knabe in die Genfer Kinderklinik eingeliefert, nachdem derselbe 3 Stunden vorher eine Metatablette verschluckt habe. Die ersten Symptome setzten $1\frac{1}{2}$ Stunden nach der Einnahme der Pastille ein. Im Spital erhielt der Knabe ein Brechmittel und er konnte 2mal brechen. Es setzten dann tonische und klonische Krämpfe ein. Nach Excitanten in den folgenden Stunden allmählich Erholung. Das Blutbild zeigt leichte Hyperleukocytose; Urin normal; im Stuhl kein Blut. *v. Sury*.

Khalil, M.: *Note on the toxicity of carbon tetrachloride in the treatment of ankylostomiasis.* (Über die Toxizität von Tetrachlorkohlenstoff bei der Behandlung der Ankylostomiasis.) (*Public health laborat., Cairo.*) Lancet Bd. 210, Nr. 11, S. 547—548. 1926.

Trotz der Anwendung von möglichst chemisch reinem CCl_4 kommen vereinzelt Vergiftungsscheinungen vor. Die Ursache sind wahrscheinlich Schwefelverbindungen. Da diese bei niedrigerer Temperatur destillieren als CCl_4 , kann man CCl_4 durch Fraktionieren davon befreien; man wirft den ersten Teil des Destillats fort. Auf diese Weise gereinigtes CCl_4 ist in der üblichen Dosierung von 5 ccm absolut sicher. *Nieter* (Magdeburg)..

Ullmann, Hans: *Anilin- und Nitrobenzolvergiftungen durch Schuhschwärzmittel.* (II. med. Klin., Charité, Berlin.) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 24, S. 998 bis 1001. 1926.

Es handelt sich nur um eine Zusammenfassung der in der Ärzt. Sachv.-Zeitung 1926, Nr. 7 erschienenen Arbeit (vgl. dies. Zeitschr. 8, 626). *G. Strassmann* (Breslau).

Gragert, Otto: *Blasenschädigungen durch Urotropin.* (Univ.-Frauenklin., Greifswald.) Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 50, Nr. 18, S. 1195—1198. 1926.

Schädigende Folgen nach Urotropindarreichung wurden bei 3 Fällen beobachtet.

Nach intravenöser Einspritzung von 10 ccm einer 40 proz. Lösung trat bei einer beginnenden postoperativen Blasenentzündung eine wesentliche Verschlimmerung aller Krankheitszeichen auf, ähnliche Erscheinungen traten ein nach nur 5 ccm derselben Lösung bei einer Harnverhaltung einer Eklamptischen, die im Anschluß an eine Zangenextraktion mit nachfolgendem Ödem der Vagina entstanden war. Beide Fälle zeichneten sich durch äußerst heftige und schmerzhafte Blasentenesmen aus, die erst nach Tagen langsam wichen. Im dritten Fall entstand nach 1,5 g Urotropin innerlich eine heftige Blasenblutung bei sonst klarem Urin, begleitet von sehr starken Tenesmen. Die Schleimhaut der Blase zeigte noch nach Tagen punktförmige Blutungen und größere Hämatome. Hier handelte es sich anscheinend um einen Fall von Angioneurose, in dem die Darreichung von Urotropin nicht angezeigt ist.

Bei postoperativen Schädigungen der Blase und im eklamptischen Stadium muß Urotropin, wenn auch nicht gerade als verboten gelten, so doch nur mit großer Vorsicht gegeben werden. *H. Lautsch* (Leipzig)..

Stock, Alfred: *Die Gefährlichkeit des Quecksilberdampfes und der Amalgame.* Med. Klinik Jg. 22, Nr. 32, S. 1209—1212 u. Nr. 33, S. 1250—1252. 1926.

Vortrag vor der Berliner Medizinischen Gesellschaft über Laboratoriumsgiftungen mit Quecksilber von ihm selbst sowie seiner Mitarbeiter mit Nachweis von Hg in der Laboratoriumsluft sowie Harn und Speichel. Eingehende Schilderung der Symptome der leichten durch langdauernde Einwirkung winziger Hg-Mengen bedingten Vergiftung, beginnend mit leichter, besonders geistiger Abspaltung, schwacher Benommenheit, eigentümlicher Nervosität, Unrast, Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit und des Gedächtnisses. Als Ursache Hg-Gehalt der Luft durch im Raum verstreutes Quecksilber. Wichtiger ist die allgemein verbreitete Anwendung des Hg in Form von Amalgamen für Zahnfüllungen, wobei das Kupferamalgam besonders bedenklich ist. Versuche, Hg aus Zahnfüllungen bei 30° im Vakuum zu gewinnen, ergaben kleine Mengen Quecksilber. Erfahrungen von Zahnärzten über Amalgamplomben werden angeführt. Besondere Vorsicht ist auch beim Entfernen von Amalgamplomben erforderlich. Es wird in Berlin eine Stelle zur Prüfung etwaiger Gesundheitsgefährdung durch Amalgamplomben geschaffen. *Schwarz* (Hamburg)..

Voigt, J.: Zur Frage der Giftigkeit des kolloiden Silbers (sogenannte Kollargol-schädigung). Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 52, H. 1/2, S. 33—40. 1926.

Die Beobachtung, daß Kollargol bei einem 2000 g schweren Kaninchen eine toxische Wirkung ausübt und den Tod in kurzer Zeit herbeiführte, gibt Veranlassung, die Frage zu erörtern, warum die sonst anstandslos vertragene Gabe von 1 ccm der 12proz. Kollargolvorratslösung giftig gewirkt habe. Zur Erklärung wird die Zubereitung der Lösung herangezogen; es war nämlich das Kollargol mit einer 0,1proz. Lösung von protalbinsaurem Natron gemischt, und so ein Kolloid mit einem zweiten vergesselt worden. Die Ablagerung der Silberkörnchen gab mikroskopisch Unterschiede gegenüber dem reinen Kollargol, die histologischen Bilder näherten sich denen, die nach der Injektion leicht löslicher Metalle erhalten werden. Auch die klinischen Beobachtungen am Menschen ergeben bei genauer Betrachtung, daß die ungünstigen oder tödlichen Ausgänge wohl dadurch hervorgerufen sind, daß zu gleicher Zeit noch andere kolloide Stoffe neben dem Kollargol verabfolgt worden sind. Eine Verabreichung solcher Gemische kolloidaler Substanzen müßte bis zur experimentellen Prüfung vermieden werden.

Kochmann (Halle a. S.).

Thies, O.: Schwere Verätzung mit 25 prozentiger Höllensteinklösung. Zentralbl. f. Gewerbehyg. u. Unfallverhüt., neue Folge, Bd. 3, Nr. 11, S. 315—318. 1926.

Einer in einem chemischen Betriebe arbeitenden Frau, die der Vorschrift entgegen keine Schutzbrille trug, spritzte 25 proz. Argentum nitricum-Lösung in das rechte Auge. Der anwesende Werksarzt spülte es aus. Dann kam die Verletzte in augenärztliche Behandlung. Die starke Schwellung der Lider ging unter der Behandlung rasch zurück. Die Bindegelaut wurde, soweit sie verärtzt war, nekrotisch und vernarbte schließlich unter Bildung eines partiellen Symblepharon in der unteren Übergangsfalte. Die Hornhaut trübte sich zuerst intensiv, hellte sich aber erheblich wieder auf. Durch Einpflanzung eines Lippenschleimhautlappens konnte das Symblepharon beseitigt werden. Der Fall lehrt im übrigen, wie notwendig es ist, das Personal eines Betriebes immer wieder zur Anwendung der vorgesehenen Schutzvorrichtungen anzuhalten und wie schöne Erfolge sachgemäße ärztliche Behandlung (plastische Operation) selbst in Fällen schwerer Augenverätzung erzielen kann.

Jendralski.

Buzzo, Alfredo: Behandlung der Cyankalivergiftung mit Natriumthiosulfat. Prensa méd. argentina Jg. 13, Nr. 11, S. 354—356. 1926. (Spanisch.)

Die Vergiftungsfälle mit Cyankalium, sei es, daß es in selbstmörderischer Absicht, sei es, daß es durch einen unglücklichen Zufall genommen wird, mehren sich täglich in erschreckender Weise. Das Gift wird viel zur Vertilgung von Ameisen in den Gärten gebraucht und ist leicht zugänglich, da es in jedem Laden, in dem chemische Produkte und selbst Eisenwaren feilgeboten werden, verkauft wird. Über die Giftigkeit des Cyankaliums und über sein Gegengift, das Natriumthiosulfat, hat Verf. Versuche an Kaninchen angestellt. 6 Kaninchen wurden innerlich 0,01—0,05 CyK. pro kg Gewicht gegeben. Alle starben innerhalb 3—14 Min. Die geringe Giftigkeit des Natriumthiosulfats geht aus folgenden Versuchen hervor: 6 Kaninchen erhielten intravenös 5 bis 10 ccm einer 50proz. Natriumthiosulfatlösung. Alle blieben am Leben. Die folgenden Versuche zeigten die antitoxische Wirkung dieser Lösung. 12 Kaninchen erhielten innerlich 0,01—0,06 CyK. pro kg Gewicht und nach 1—2 Min. 5—10 ccm einer 50proz. Natriumthiosulfatlösung intravenös. Von den Kaninchen starben nur 2.

Ganter.

Dettling, J.: Über Garage-Unfälle. (Gerichtl.-med. Inst., Univ. Zürich.) Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 56, Nr. 34, S. 832—840. 1926.

An Hand von 9 Fällen von Kohlenoxydvergiftungen eingehende Besprechung der Gefahrensituation in Garagen bei Leerlauf des Motors und ungenügender Ventilation, Hinweis auf die Bedeutung dieser Vergiftungsform für das Rechtsleben (Verbrechen, Haftpflicht, Versicherungen) und auf die Prophylaxe (gute Ventilation, Verbot des Leerlaufens in geschlossenen Räumen, obligatorisches Anbringen von Warnungstafeln in jeder Garage).

v. Sury (Basel).

Grinker, Roy R.: Parkinsonism following carbon monoxid poisoning. (Parkinsonismus nach Kohlenoxydvergiftung.) (Laborat. f. Neuropathol., Univ. Friedrichsberg-Hamburg.) Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 64, Nr. 1, S. 18—28. 1926.

58jährige Frau, Suicidversuch mit Leuchtgas, nach wenigen Stunden das Bewußtsein

wiedererlangt, täglich Erbrechen, aber psychisch normal und ohne motorische Störungen. Etwa 1 Monat später allmählich Störungen der Orientierung, Apathie, Verwirrtheit. Deswegen Überführung in die Anstalt. Dort bewegungslos, rigide, maskenartiges Gesicht. Starke Hypertonie in den Armen, links mehr als rechts, geringer in den Beinen. Katatonische Erscheinungen. Beim Gehen fällt sie nach rückwärts, geht kleinschrittig ohne Mitbewegungen der Arme. Sprache verlangsamt, später mutazistisch. 2 Monate nach der Vergiftung Tod an Lungenödem. — Bei der Sektion fand man im Pallidum große symmetrische, gelbbraune Nekrosen bds., rechts mehr als links, die caudalen Partien freilassend. — Die histologische Untersuchung ergab, daß die nekrotischen Partien gänzlich des Myelins beraubt waren und bds. an den proximalen Enden des Pallidums begannen, nach distal stark zunehmend, aber nur bis zur Mitte reichend; die caudalen Partien waren bis auf kleine Demyelinisationsherde frei. Striatum bis auf geringfügige Veränderungen frei, Ansa lenticularis, subthalamische Kerne und Kapsel des roten Kerns verschmälert. Im Mark, besonders im Centrum semiovale, unregelmäßige helle Flecken von demyelinisierten Herden herrührend, mit geringfügiger Schädigung der Achsenzylinder. Die Gefäße im Pallidum deutlich erweitert mit Lymphocytenherden. In den Media der kleinen Arterien Pseudocalcium. Schrumpfung der Ganglienzenellen und geringfügige proliferative Gliaveränderungen.

Verf. lehnt die Vogtsche Theorie von der Pathoklisis ab, um die regelmäßig bei CO-Vergiftung auftretende Pallidumschädigung zu erklären, und nimmt eine primäre Gefäßschädigung (Vasodilatation und degenerative Gefäßveränderungen) an, die zusammen mit der Verarmung des Blutes an Sauerstoff zur Asphyxie führe und diejenigen Partien besonders schädige, die durch an sich schlechte Blutversorgung (Capillarnetz der Endarterien im Pallidum und schwach entwickeltes Capillarnetz im Mark) besonders gefährdet sind. Auf die Übereinstimmung des klinischen Befundes, Rigidität nur in den oberen Extremitäten und links > rechts mit dem anatomischen Befunde, Nekrose des vorderen Pallidumteiles und rechts < links weist der Verf. zum Schluß hin, ebenso auf die Erklärung der psychischen Erscheinungen durch Läsion der weißen Substanz. Die von Kleist und Pinéas bei CO-Vergiftung beschriebene psychomotorische Apraxie beziehen sie ebenfalls auf letztere Schädigung und bezeichnen die Ansicht der Autoren, diese Apraxie hänge mit Läsion der basalen Ganglien zusammen, als großen Irrtum, bedingt durch mangelnde Untersuchung des übrigen Gehirnes. Auch in seinem Falle sei makroskopisch die Veränderung nicht nachweisbar gewesen.

Albrecht (Berlin).○

Kindesmord.

Carter, Godfrey: Legal definition of live birth. (Gesetzliche Bestimmung des Begriffes der „Lebend-Geburt“.) Brit. med. journ. Nr. 3425, S. 385—387. 1926.

Die Tatsache der außerordentlich großen Kindersterblichkeit im Verlaufe des Wochenbettes scheint bis heute bei den gerichtlichen Medizinern zu wenig Aufmerksamkeit gefunden zu haben. Kommen doch namentlich in den Städten, Jahr für Jahr viele, in jeder Hinsicht gesunde Kinder sowohl während, als auch unmittelbar nach ihrer Geburt ums Leben, weil ihre Ankunft nicht erwünscht ist, hat man doch erkannt, daß Entdeckung und Bestrafung hart aufeinander folgen. Das englische Gesetz gestattet sogar noch heute, ein Kind im Zustande der Entwicklung im Mutterleibe zu beseitigen. Das Verbrechen beginnt erst, wenn das Kind, nachdem es lebend geboren ist, getötet wird. Eine eigene Definition für die lebende Geburt hat das geltende englische Recht nicht in sich aufgenommen. Jedoch ist durch allgemeine Zustimmung bei den Gerichten folgende Bestimmung zu Recht geworden: Ein Kind ist lebend geboren, wenn es, nachdem jeder Teil seines Körpers getrennt vom mütterlichen Leibe ist, Zeichen einer unabhängigen Existenzfähigkeit aufweist. Nach dem Gesetze ist also ein Kind, das noch nicht gänzlich vom mütterlichen Leibe befreit ist, selbst wenn es schon atmet und die Fähigkeit zu leben besitzt, noch nicht existenzfähig. Diese Definition hält der Verf. für höchst unsinnig. Zunächst könne der ärztliche Sachverständige nach dem Tode des Kindes trotz eingehender Untersuchungen des mütterlichen Leibes nicht feststellen, ob das Kind im Sinne des Gesetzes lebensfähig war, sondern er muß diese Feststellung dem Augenzeugen, den es aber in den meisten Fällen nicht geben wird, überlassen. Der Verf. huldigt der Ansicht, das Kind sei von dem Zeitpunkte an lebens-

fähig, mit dem sein Herz zu schlagen beginnt. Zum Beweise dafür, daß er ein solches Kind mit Recht als lebensfähig bezeichnet, führt der Verf. folgendes an: Ein Kind, das durch den Kaiserschnitt aus dem Leibe der toten Mutter befreit wird, war vorher in der Lage gewesen, weiter zu leben, da es in seinem Blute eine Sauerstoffreserve besaß. Wurde der Schnitt rechtzeitig genug ausgeführt, so blieb das Kind am Leben. Nun betrachtet der Verf. den Gegenstand von einem anderen Gesichtspunkte. In manchen Fällen, wo ein Kind ohne Zweifel lebend geboren ist und die Ursache des Todes Atemnot gewesen ist, wo also die Sachlage eine sehr zweifelhafte ist, suchen sich allem Anschein nach viele mit der Ausflucht „Unaufmerksamkeit“ bei der Geburt vor der gerichtlichen Bestrafung zu bewahren. Der Verf. ist jedoch davon überzeugt, daß diese Unaufmerksamkeit in der Mehrzahl der Fälle einen kriminellen Charakter trägt. Um seine Ansicht in eine konkrete Form zu bringen, stellt er folgende Forderungen auf: 1. Jedes Kind, das in einer lebensfähigen Periode seiner Entwicklung geboren wurde, ist so lange für lebend geboren zu halten, bis hinreichendes Beweismaterial für das Gegenteil erbracht ist. 2. Jede schwangere Frau, die kurz vor der Entbindung in der Absicht, das Leben des Kindes zu verhindern, es vernachlässigt, sich vernünftigen Beistand zu ihrer Entbindung zu verschaffen, ist eines Kriminalverbrechens schuldig, wenn das Kind gerade vor, während oder kurz nach der Geburt stirbt, und zwar so lange, bis sie den Nachweis erbringt, daß der Tod des Kindes nicht durch Fahrlässigkeit oder eine verbrecherische Handlung verursacht war (vgl. Forderung der 2. Kommission in den Draft Code).

Többen (Münster i. W.).

Sharpe, William, and A. S. Maclaire: Intracranial hemorrhage in the new-born. (Intrakranielle Blutung beim Neugeborenen.) (*New York polyclin. hosp., New York.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 86, Nr. 5, S. 332—338. 1926.

Intrakranielle Blutungen verschiedenen Grades kommen bei Neugeborenen ziemlich oft vor. Nach Untersuchungen der Verff. in ca. 9%. Die akuten Symptome sind oft geringfügig und können auch fehlen; die häufigsten sind bis zum Stupor sich steigernde Schläfrigkeit, Ungeschick bezüglich Unfähigkeit beim Saugen und Schlucken sowie partielle muskuläre Zuckungen oder allgemeine Krämpfe. Erstgeborene, ausgetragene Knaben, die eine lange Austreibungsperiode hinter sich haben, unterliegen häufiger dieser Komplikation. Kinder nach spät ausgeführten Zangenoperationen sind häufiger vertreten als nach frühzeitiger unternommenen Forcepsapplikationen. Weitere ätiologische Faktoren sind Zangenanwendung bei höher stehendem Kopfe sowie Extraktion am Beckenende. Hämorrhagische Diathese spielt beim Neugeborenen keine größere ätiologische Rolle. Lumbalpunktion ist als frühzeitige diagnostische und als therapeutische Maßnahme nutzbringend, wenn kein schwerer Schockzustand besteht. Die frühzeitige Erkennung und Behandlung des akuten Stadium intrakranieller Blutung bei Neugeborenen wäre imstande, die große Zahl der durch deren Spätfolgen physisch und psychisch zurückgebliebenen Kinder zu verringern. Saenger (München).^o

Schoenholz, L.: Nachweis intrakranieller Blutungen bei toten Neugeborenen ohne Autopsie. (*Frauenklin., med. Akad., Düsseldorf.*) Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 38, S. 1775—1777. 1926.

Um auch ohne Leichenöffnung die Todesursache bei Neugeborenen in manchen Fällen klären zu können, ist der Verf. dazu übergegangen, Blutungen der Schädelgefäß im Röntgenbild sichtbar zu machen, und zwar durch Einspritzung von Mennige in die Blutbahn von der Drosselvene aus. Die Injektion ist möglichst sofort nach der Geburt bzw. dem Tode des Kindes auszuführen, andernfalls ist das Kind solange in physiologischer Kochsalzlösung von ca. 40° Temperatur zu halten, um die Injektionsmasse, die im wesentlichen aus einer Mischung von Mennige und Gelatine besteht (Mennige 60,0, Aqua dest. 100,0, Creta alba 20,0, Gelatine 20,0), nicht schon während der Injektion gerinnen zu lassen. Nachdem die Jugularis der einen Seite nach unten unterbunden ist, wird die gewärmede Flüssigkeit mit einer Rekordspritze auf dieser Seite schädelwärts eingespritzt. Die Injektion ist beendet, wenn in der Jugularis der

anderen Seite die rote Flüssigkeit erscheint. Zur Verhütung des Abfließens der Mennige wird die Vene nach oben hin abgebunden. Ein stärkerer Druck muß zur Verhütung künstlicher Gefäßzerreißungen vermieden werden. Die verschiedenen intrakraniellen Blutungsmöglichkeiten könnten so röntgenologisch nachgewiesen werden; vor allen Dingen die Blutungen im Bereich des Kleinhirnzeltes und in die Gehirnkammern.

Specker (Beuthen).

Dalla Volta, Amedeo: *Morte sospetta d'infante per strappamento delle vie respiratorie.* (Verdächtiger Tod des Kindes durch Verletzungen der Luftwege.) (*Istit. di med. leg., univ., Padova.*) Rass. internaz. di clin. e terapia Jg. 7, H. 4, S. 234—247. 1926.

Ein in der Tat etwas merkwürdiger Fall von schweren Verletzungen des Kindes im Gesicht, Hals und Rachen, der vom Verf. auf Selbsthilfe bezogen wird. 21jährige Erstgebärende wird im Bett von Wehen überrascht, sie will das Kind mit Gewalt herausgezogen haben und, weil es tot schien, mitsamt der gleichzeitig geborenen Placenta in einen Eimer getan haben. Es findet sich bei ihr ein Dammriß. Bei dem reifen Kind ist der rechte Mundwinkel in 11 cm Länge aufgerissen bis zum Unterkieferwinkel, der rechte Unterkiefer gebrochen. Einriß der Mundschleimhaut, der Hinterwand des Pharynx, der Zungenwurzel, Durchtrennung der rechten A. lingualis, Durchtrennung der rechten V. jugularis, ext. Einriß am rechten Stimmband, Blutungen in der rechten Halshaut. Lungen zum großen Teil entfaltet, im Magen Luft. Zahlreiche subpleurale Ecchymosen. Die Todesursache wird in einer Kombination von Verblutung aus den beschriebenen Verletzungen mit Erstickung durch den in den Rachen eingeführten Finger gesehen. Versuche an Kindesleichen lassen es dem Verf. möglich erscheinen, daß die tiefen Rachenverletzungen durch Einführen des 2. und 3. Fingers in den Rachen und mehrfache Versuche, das Kind herauszuziehen, entstanden sein können, so daß sich die tödlichen Verletzungen des Kindes durch Selbsthilfe der Mutter bei der Geburt erklären lassen. Eine vorsätzliche Kindestötung wird nicht angenommen.

G. Strassmann (Breslau).

Audebert et Sorel: *Hématome du cordon ombilical ayant déterminé la mort du foetus „in utéro“.* (Hämatom der Nabelschnur als Ursache eines intrauterinen Fruchttodes.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. Bd. 15, Nr. 6, S. 410 bis 411. 1926.

Kasuistischer Beitrag. Der intrauterine Tod einer reifen 3550 g schweren männlichen Frucht wird durch ein Hämatom der Nabelschnur erklärt. Die histologische Untersuchung des Hämatoms ergab diffusen Bluterguß in der Warthonschen Sulze. Die thrombosierten Nabelvenen erweitert; beide Arterien verdickt, zeigen eine Endarteriitis. Eine kleine Arterie war durch einen sklerosierenden Prozeß verlegt, die Muskulatur fast vollkommen zerstört. Der Prozeß wird trotz Fehlens von klinischen, serologischen und anatomischen Zeichen der Syphilis bei Mutter und Kind auf Syphilis zurückgeführt. *Clara Schoenhof* (Prag)._o

Francis, T. E., and A. B. Slack: *Two neo-natal deaths.* (Zwei Todesfälle bei Neugeborenen.) Brit. med. journ. Nr. 3411, S. 866. 1926.

1. Lebensfrisch geborenes Mädchen, das bald nach der Geburt verfällt. Blutung aus einem kleinen Ulcus an der Bauchinsertionstelle des Nabelstranges. Die Obduktion ergibt einen Bluterguß in den Peritonealraum. Die Mutter des Kindes hatte bereits 6 Totgeburten; 1 Kind starb im Säuglingsalter, nur 1 Mädchen ist am Leben. Es wird Hämophilie angenommen. — 2. Unvermuteter Tod einige Stunden p. p. Die Obduktion ergibt eine Zwerchfellhernie mit Verlagerung des Dünndarms und der Milz in die linke Brusthöhle. *v. Reuss.*_o

Kunstfehler, Ärzterecht.

Seiderer, Fritz: *Der Schutz des Titels der Ärzte i. S. des § 147 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsgewerbeordnung.* Zeitschr. f. Medizinalbeamte u. Krankenhausärzte Jg. 39/48, Nr. 16, S. 381—386. 1926.

Die Approbation als Arzt gewährt dem Approbirten lediglich die Befugnis zur Führung des entsprechenden Titels, ohne mit der Befugnis zur Ausübung der Heilkunde das Geringste zu tun zu haben. Das Recht zum Gewerbebetrieb, von dem § 1 Absatz 2 der R.G.O. spricht, ist also etwas ganz anderes und hat mit der Befugnis approbiert Medizinalpersonen, sich als Arzt zu bezeichnen oder sich einen ähnlichen Titel zuzulegen, durch welche der Glauben erweckt wird, daß der Inhaber eine geprüfte Medizinalperson sei, gar nichts gemein. Der gesetzliche Tatbestand des § 147 Absatz 1 Ziffer 3 R.G.O. enthält also zwei Alternativen, entweder 1. die Bezeichnung einer Person, die nicht approbiert ist, als Arzt, wobei der Gesetzgeber durch Beifügung einiger

Ausdrücke in Klammern bezeichnet hat, wie er diese aufgefaßt wissen will. Die Beilegung dieses Titels ist ohne weiteres strafbar. Oder 2. die Beilegung eines ähnlichen Titels, der nach dem Zusammenhang eine ähnliche Bezeichnung bedeutet, durch eine Person, die nicht approbiert ist, um hierdurch den Anschein zu erwecken, daß sie approbiert sei. Trotz der Erheblichkeit der Umstände des Einzelfalles ist es eine Rechtsfrage, ob der gewählte Titel arztähnlich ist; dagegen Tatfrage, ob der Titel geeignet ist, jenen Glauben zu erwecken, ob der ersten oder der zweiten Alternative zuwidergehandelt wurde. In der Rechtsprechung ist dies ausdrücklich niedergelegt. Auch die Führung eines rechtmäßig erworbenen Doktortitels kann die Anwendbarkeit des § 147 begründen, da in dem Gebrauch des die Würde bezeichnenden Wortes „Doktor“ allein oder in Verbindung mit anderen Umständen sehr wohl die Führung eines dem Arzt-titel ähnlichen Titels liegen kann und der § 147 sowohl gegen die Annahme falscher Titel, als auch gegen solche überhaupt gerichtet ist, die den erwähnten Glauben im Publikum zu erwecken geeignet sind, gleichviel, ob dieser förmlich erworben ist oder nicht. In der Praxis sind meist die Umstände des konkreten Falles von ausschlaggebender Bedeutung. Das Erfordernis, daß die gewählte Bezeichnung inhaltlich einen arztähnlichen Titel darzustellen geeignet ist, muß gewahrt sein. Ob weiter die Bezeichnung die Annahme einer Prüfung als Arzt erwecken kann, muß der tatsächlichen Beurteilung auf Grund aller einschlägigen Verhältnisse überlassen bleiben. *Spiecker* (Beuthen).

Lustig, Walter: *Approbation sowie ärztliche Bezeichnungen in dem geltenden und in dem in Aussicht genommenen Strafrecht.* Fortschr. d. Med. Jg. 44, Nr. 27, S. 1084 bis 1085. 1926.

Verf. bringt Ausführungen zu dem in Aussicht genommenen Strafrecht, die, so kurz sie sind, das Wesen der Sache voll erfassen und recht beachtenswert sind. *Arth. Schulz.*

Whiteside, George W.: *The physicians position in medical legislation.* (Des Arztes Stellung nach ärztlicher Gesetzgebung.) Med. times Bd. 53, Nr. 12, S. 299—301 u. S. 314—315. 1925.

Der ärztliche Stand in den amerikanischen Staaten führt einen ebenfalls schweren Kampf gegen die Laienbehandler. Zwar der Doktortitel ist geschützt, und das Recht der ärztlichen Praxisausübung hängt von der Eintragung in eine staatliche Liste ab, aber auch die Kurpfuscher (Heilgehilfen, Masseure u. ä.) können behandeln, wenn sie in eine Liste eingetragen sind, wofür nur das Bestehen einer Prüfung an einer Heilgehilfenschule nötig ist.

G. Strassmann (Breslau).

Genest: *Interessenkollision bei ärztlicher Schweigepflicht.* Zeitschr. f. Bahn- u. Bahnkassenärzte Jg. 21, Nr. 11, S. 271—274. 1926.

Der Verf. führt des näheren aus, welch große Schwierigkeiten und Mühen der Bahnverwaltung aus der Auffassung über die ärztliche Schweigepflicht entstehen können, wie sie im nachstehend verzeichneten Falle vertreten wurde.

Der Bahnverwaltung war bekanntgegeben worden, daß ein Lokomotivführer sich von einem Privataugenarzt wegen eines schweren Augenleidens behandeln ließ. Da es infolge der Schweigepflicht nicht möglich war, den Namen des betreffenden Erkrankten festzustellen, blieb nichts anderes übrig, als die bahnaugenärztliche Untersuchung des in Frage kommenden Lokomotivpersonals anzutreten, wobei es sich um 500 Köpfe handelte. Da der Erkrankte möglicherweise einen anderen Wohnsitz als der betreffende Augenarzt hat, wird eventuell die Untersuchung auf 2000 Köpfe zu erstrecken sein, die naturgemäß eine sehr erhebliche Zeit in Anspruch nimmt. Da während dieser ganzen Zeit der Erkrankte die öffentliche Sicherheit in ausgedehntestem Maße gefährden kann, wird die Frage erörtert, ob in einem Falle wie dem vorliegenden formale absolute Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht berechtigt ist.

Nachdem bereits von ärztlicher Seite die Frage verneint wurde, wird auch vom juristischen Standpunkte aus in diesem Falle die Schweigepflicht als falsch bezeichnet, da nur ein unbefugtes Offenbaren strafbar sei. Die Offenbarung des ärztlichen Geheimnisses ist, abgesehen von den im Reichsstrafgesetzbuch erörterten Fällen, auch dort erlaubt, wo die Verschwiegenheit mit den berechtigten Interessen des Offenbarenden oder Dritter kollidiieren würde. Da das Interesse einer Person, die sich lediglich gegen dienstliche Nachteile schützen will, viel unwichtiger ist als das Interesse

vieler Menschen, um deren Leben und Gesundheit es geht, ist die Aufgabe der Schweigepflicht hier nicht nur strafrechtlich völlig unbedenklich, sondern eine offensichtliche Pflicht, deren Nichterfüllung die schwersten Folgen nach sich ziehen kann. Das Reichsgericht hat in ähnlichen Fällen bereits in diesem Sinne entschieden. *Spiecker* (Beuthen).

Moinat, Th.: Das ärztliche Berufsgeheimnis und die Sicherheit beim Eisenbahnverkehr in Verbindung mit der körperlichen und geistigen Verfassung der verantwortlichen Beamten. Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 70, 2. Hälfte, Nr. 14, S. 1560 bis 1564. 1926. (Holländisch.)

Das ärztliche Berufsgeheimnis bleibe unberührt bestehen; nur der Gesetzgeber stelle Ausnahmebestimmungen fest, falls diese im allgemeinen Interesse nötig sind; nicht der Arzt selbst soll dieses Bestimmungsrecht haben, weil es die Tür öffne zu allerhand Mißbräuchen. Der behandelnde Arzt soll nicht die Kontrolle über seinen eigenen Patienten haben; im Interesse sowohl der Verkehrssicherheit als wie der verantwortlichen Beamten selber ist es jedoch aus praktischen Gründen notwendig, für diese zweitgenannte Forderung den Eisenbahnarzt zu entlasten. Die Niederländische Eisenbahngesellschaft hat die Schwierigkeit gelöst, indem sie eine Kranken- und Unterstützungskasse errichtete, unter Leitung von Vertretern der Verwaltung, des Personals und der Ärzte, von der alle Beamten, also auch die eine verantwortliche Stellung einhaben, Mitglied sein müssen. Die Ärzte werden durch die Mitglieder der Kasse gewählt. Sie verpflichten sich u. a., falls sie Dienstuntauglichkeit bei einem Teilnehmer feststellen, davon den nächsthöheren Beamten in Kenntnis zu setzen; falls sie Abweichungen vom Normalen konstatieren, die Anlaß zu Fahrlässigkeit im Dienste geben können, benachrichtigen sie den ärztlichen Berater, der den Betreffenden einer speziellen Untersuchung unterziehen oder in einer Klinik aufnehmen läßt. *Lamers* (Herzogenbusch).

Lustig, Walter: Das Berufsgeheimnis. Fortschr. d. Med. Jg. 44, Nr. 22, S. 912 bis 915. 1926.

Verf. berichtet in übersichtlicher Weise zum Teil an der Hand von Beispielen über die gebräuchlichste Auffassung der einzelnen Voraussetzungen des Gesetzes und stellt demgegenüber den entsprechenden Paragraphen des Entwurfs von 1925. Er bemängelt die Einbeziehung der Kurpfuscher und die Beschränkung auf die Berufsmäßigkeit und begrüßt die eindeutigere Fassung in dem Ausdruck „zugänglich geworden“ und „ohne besondere Befugnis“, vor allem aber den vorletzten Absatz, der den oft bestehenden Gewissenskonflikt der Ärzte beseitigt. *Jacobs* (Niebüll).

Zur Hilfeleistung des Arztes im Falle des § 360, 10 des Strafgesetzbuches (Liebesparagraph). Münch. med. Wochenschr. Jg. 73, Nr. 31, S. 1289—1290. 1926.

Urteilsmitteilung (von Ober-Landesgerichtsrat Ermel, Königsberg i. Pr.): Ein bewußtlos auf der Straße liegend aufgefunder Laufbursche wurde zum Revier gebracht. Ein Arzt, der 2mal telefonisch um Hilfe ersucht wurde, erklärte, wegen eines anderen dringenden Falls in seiner Wohnung (Herzkranker, dem er gerade eine Einspritzung gemacht hatte und den er selbst noch beobachten zu müssen glaubte) nicht kommen zu können. Das Amtsgericht verurteilte ihn, nach § 360, 10 St.G.B., weil er bei einem Unglücksfall trotz polizeilicher Aufruforderung nicht gekommen sei. Das Oberlandesgericht gab auf Revision des Arztes das Urteil auf, weil dem Verunglückten ein anderer Arzt ebenso gut hätte helfen können, dieser also nicht 2mal hätte gerufen werden sollen und tatsächlich durch die Beobachtung des anderen Kranken verhindert war.

(Der Ausdruck „Liebesparagraph“ ist unangebracht; wenn schon ein Name sein soll, wäre „Beistandsparagraph“ eher am Platze; Ref.) *Klieneberger*.

Odin, L.: Das Ausstellen unrichtiger ärztlicher Zeugnisse (nach dem Entwurf zu einem neuen Strafgesetzbuch). Reichs-Gesundheitsblatt Jg. 1, Nr. 30, S. 689. 1926.

Der Entwurf erweitert den Kreis der Personen, die sich durch falsche Atteste strafbar machen, auch auf nicht approbierte, sich mit Heilkunde oder Krankenpflege befassende Personen (z. B. Hebammen) und auf Tierärzte; in sachlicher Beziehung wird der Kreis dadurch erweitert, daß auch Atteste, die nicht für Behörden oder Versicherungsgesellschaften bestimmt sind, wenn sie vorsätzlich falsch ausgestellt sind, Anlaß zur Bestrafung geben. *Stier* (Charlottenburg).

Frankfurter, J.: Die Gutachtertätigkeit des Arztes und ihre Bedeutung in Rechtsstreitsachen. Fortschr. d. Med. Jg. 44, Nr. 29, S. 1160—1161. 1926.

Zeugnisse und Gutachten medizinisch geschulter Personen, die auf Grund wissenschaftlicher Erwägungen gewonnen werden und als Grundlage rechtlicher Entschei-

dungen dienen sollen, gelten als amtliche Dokumente und genießen den Schutz öffentlicher Urkunden, gleichgültig ob der Aussteller des Zeugnisses oder der Begutachter eine Amtsperson ist oder nur in einem Einzelfall von der Behörde mit dieser Aufgabe betraut ist. Die amtliche Bestellung als solche verleiht auch der Tätigkeit des Arztes in solchen Fällen öffentlichen Charakter. Die dabei vorkommenden Vergehen sind als Amtsdelikte zu werten und werden nach strengerer Bestimmungen bestraft. Ein solches Zeugnis oder Gutachten ist rechtlich und sachlich verschieden von den Zeugen-aussagen, die nur gewisse Beobachtungen wahrheitsgemäß wiedergeben und keinerlei Schlüsse enthalten dürfen. Hier verleiht erst die eidliche Bekräftigung der Aussage besonderen Rechtscharakter, eine falsche Aussage wirkt sich im Meineidsdelikt aus, Privat- und Amtspersonen sind völlig gleichgestellt. Ganz anders bei der Gutachter-tätigkeit. Für die Rechtsbeurteilung jeglicher Gutachtertätigkeit sind die Bestimmungen über den Sachverständigenbeweis im Straf- und Zivilprozeß heranzuziehen, die, soweit nicht eine Verschiedenartigkeit in der Struktur beider Prozeßarten selbst liegt, die gleichen sind. Verf. erörtert an der Hand von Gutachterfällen die Rechtsstellung des Arztes bei dieser Tätigkeit sowie ihre Bedeutung für den Ausgang des Prozesses. In einem Schadenersatzprozeß wies das Gericht die Ansprüche ab, indem es sich das im nebenherlaufenden Strafverfahren erstattete ärztliche Gutachten zu eigen machte, welches auf Unzurechnungsfähigkeit des Angreifers lautete. Das Kammergericht ordnete ein weiteres Gutachten eines anderen Arztes an und erklärte alle erhobenen Forderungen als zu Recht bestehend unter Übergehung des erstgenannten Gutachtens, da der vom Gericht bestimmte Auslagenvorschuß nicht geleistet wurde. In solchem Falle kann das Gericht auf Antrag des Gegners oder von Amts wegen ein weiteres Gutachten einfordern, sobald ihm das erste zu seiner Entscheidung nicht genügt. Den Auslagenvorschuß erhält der Sachverständige, wenn die Gutachtertätigkeit auf Parteiantrag zugelassen wird, in Fällen der amtlichen Anordnung des Gerichts aber nicht. Bei Bewilligung des Armenrechts werden die Gerichtskosten, einschließlich der Sachverständigenvergütung, bis zur Besserung der Vermögenslage des Begünstigten gestundet. Der Gutachter erhält dann seine Gebühren vom Gericht. Das Reichsgericht entschied im angezogenen Fall, daß mit dem Entfallen einer Vorschußpflicht entweder der von Amts wegen bestellte Sachverständige zur Begutachtung zuzulassen oder das erste Gutachten anzuerkennen war. Eine völlige Nichtbeachtung des ersten Gutachtens ist nicht gerechtfertigt, da es im Strafverfahren zur Grundlage des Einstellungsbeschlusses wegen Geisteskrankheit gedient hatte. Das Kammergerichtsurteil wurde aufgehoben und zur nochmaligen Verhandlung zurückverwiesen. Ein anderes Beispiel zeigt den Zusammenhang der Sachverständigentätigkeit in der öffentlichen Fürsorge mit dem ordentlichen Gerichtsverfahren. Ein auf Grund des ärztlichen Gutachtens für dienstunfähig erklärter Beamter wurde in den Ruhestand versetzt. Er verlangte, gestützt auf dieses Gutachten, die Zahlung einer Unfallpension und der Heilungskosten. Das den Verwaltungsbehörden als Grundlage dienende erste Gutachten wurde auch vom ordentlichen Gericht benutzt. Dieses kann freilich das erste Gutachten auch nur teilweise benutzen und, soweit für die Gerichtsentscheidung relevante Tatsachen darin keine Aufklärung finden, sich neu einzuholender Gutachten bedienen.

Frankfurter, J.: Die Verantwortlichkeit bei falscher Arztbehandlung. Fortschr. d. Med. Jg. 44, Nr. 26, S. 1048—1049. 1926.

Verf. nimmt Stellung zu einigen zivilrechtlichen Entscheidungen, in denen Schadenersatzanspruch an Ärzte wegen falscher Behandlung gestellt wurde. Er kommt zu folgendem Ergebnis: Bei sachgemäßer Behandlung nach streng wissenschaftlichen Grundsätzen kann ein Arzt für eine trotzdem eingetretene Verschlimmerung der Krankheit nicht haftbar gemacht werden. Wird nach falscher Diagnose und falscher Behandlung ein zweiter Arzt hinzugezogen, erkennt dieser das Leiden richtig und behandelt es demnach, so kann nur der erste Arzt für die bleibenden Schädigungen

Ziemke (Breslau).

haftpflichtig gemacht werden. Stellt sich aber heraus, daß auch der zweite Arzt trotz der richtigen Diagnose nicht richtig behandelt hat, so müßten die Gerichte nach Ansicht des Verf. auch ein Mitverschulden des zweiten Arztes feststellen. Ferner ist es nach Verf. nicht angängig, ein Verschulden des Geschädigten selbst im Sinne des § 254 BGB. darin zu erblicken, daß er nicht von selbst einen anderen Arzt zu Rate zog, als er merkte, daß die augenblickliche Behandlung nicht zum Ziele führte, wie es in einem Urteil des Landgerichts Kassel geschehen ist. *B. Mueller* (Greifswald).

Stephens, Harold M.: The legal responsibility of hospitals. (Die gesetzliche Verantwortlichkeit der Krankenhäuser.) Hosp. med. a. nursing world Bd. 30, Nr. 3, S. 71—91. 1926.

In bezug auf die Haftpflicht werden in den Vereinigten Staaten die staatlichen und privaten Krankenhäuser verschieden beurteilt. Insbesondere sind alle sog. Wohltätigkeitsanstalten nicht als haftpflichtig anzusehen. Auch über die Personalverhältnisse und die Berichterstattung gibt die Darstellung einen Überblick. *K. Reuter* (Hamburg).

Schielerdmair: Wer haftet, wenn ein Kranke bei unsachgemäßer Behandlung in einer Heilanstalt Schaden erleidet? Münch. med. Wochenschr. Jg. 73, Nr. 37, S. 1529 bis 1530. 1926.

Auseinandersetzung über den verschiedenen Umfang zivilrechtlicher Haftung (§§ 823, 831, 847 BGB.), je nachdem die Anstalt von einer Einzelperson oder einer juristischen Person (Verein, Gemeinde, Staat usw.) betrieben wird. *Giese* (Jena).

Frankfurter, F.: Die Haftung für die in öffentlichen Krankenanstalten zugefügten Körper- und Gesundheitsschäden. Fortschr. d. Med. Jg. 44, Nr. 15, S. 682—683. 1926.

An der Hand eines Vorkommnisses von mehrfacher Chromvergiftung mit teilweise erheblichen Gesundheitsschädigungen und zum anderen Teil mit Komplikationen durch Todesfolge nach Verwechslung der vorgeschriebenen Salbe seitens des Pflegepersonals einer städtischen Heilanstalt werden vom Verf. die seitens des Reichsgerichts angewendeten Grundsätze bei Beurteilung der Haftpflicht in zivilrechtlicher Hinsicht dargetan. Dabei gilt allgemein, daß eine Schadenersatzpflicht besteht, gleichgültig, ob die Behandlung gegen Entgelt oder unentgeltlich vorgenommen wurde. Auch ist es belanglos, ob die angewendeten Heilmittel in eigener Verwaltung hergestellt werden oder aus einer fremden Apotheke herrühren. Es ist Pflicht des Arztes und des Pflegepersonals, streng darauf zu achten, daß die Kranken jeweils das richtige Heilmittel in zweckmäßiger Form verabreicht erhalten. Für jeden Verstoß nach dieser Richtung sind sie verantwortlich und haftpflichtig. Bei Geschehnissen in einer öffentlichen Krankenanstalt ist die Besitzerin dieser selbst in erster Linie für alle Vermögensausfälle und auch für die Behebung ideeller Nachteile haftbar. Ein ideeller Schaden entsteht z. B. bei weiblichen Kranken durch die etwa mit dem Verstoß verbundene vermindernde Heiratsaussicht. Bei öffentlichen Krankenanstalten spielt auch die Haftfrage wegen unzutreffender Auswahl und Anstellung geeigneter Ärzte und eines angemessenen Pflegepersonals keine untergeordnete Bedeutung. Andererseits geht es nicht an, die Ärzte zu verpflichten, auch alle rein mechanischen Verrichtungen bei den einzelnen Einreibungsakten z. B. zu überwachen und etwaigenfalls für die Unachtsamkeit der hiermit betrauten und geschulten Krankenwärter für haftpflichtig anzusprechen. Geeignete Vorkehrungen gegen eine leichte Verwechslung z. B. von gefährlichen Giften ist ärztlicherseits vorzusehen. Ebenso ist zu verlangen, daß etwa neuartige zur Verwendung gelangende Heilmittel vorerst chemisch untersucht und auf ihre Gesundheitsschädigung geprüft werden. Im allgemeinen genügt die Beifügung der Analyse seitens des Herstellers eines zu Versuchszwecken übergebenen Medikamentes. Doch hat bei augenscheinlichem Zweifel der Arzt die Pflicht, die nötigen Nachprüfungen vorzunehmen. Die Nachprüfungspflicht besteht auch während der Behandlung des Kranken. Bei Auftreten ungewohnter Krankheitsscheinungen gilt für Wärter und Wärterinnen die Mitteilungspflicht an den Arzt. Bei Bedenken gegen das Heilmittel nach der Entlassung des Kranken ist der Arzt zur Benachrichtigung gegenüber dem entlassenen Kranken verpflichtet. Aus der Natur des Dienstvertrages,

den der Arzt mit Übernahme der Privatbehandlung des Kranken eingeht, sowie aus der Fürsorgepflicht der Stadt gegenüber den in den städtischen Spitälern behandelten Bürgern erfließt die Pflicht zu diesen besonderen Fürsorgemaßnahmen.

C. Ipsen (Innsbruck).

Harris, Arthur M.: The physicians month in the law courts. (Ärztliches Handeln vor Gericht.) Med. times Bd. 53, Nr. 12, S. 302 u. S. 313. 1925.

Bei einer Frau, die von der Kuh beim Melken hingestoßen wird, diagnostiziert ein Arzt einen Radiusbruch und behandelt sie dementsprechend viele Wochen mit einem Schienenverband. Es stellt sich heraus, daß tatsächlich eine Dislokation der Ulna vorlag. Die Verurteilung des Arztes wurde auf seine Berufung aufgehoben, weil er unter den örtlichen Verhältnissen keine Röntgendiferenzleuchtung vornehmen konnte. Es hätte nachgewiesen werden müssen, daß bei sachgemäßer Behandlung unter den örtlichen Verhältnissen und bei den zur Verfügung stehenden Mitteln die Unterscheidung einer Fraktur von einer Ulnadislokation möglich gewesen wäre, was verneint wurde. — Bei einem im Krankenhaus wegen einer Armrißquetschwunde aufgenommenen Mann entwickelt sich schließlich nach einer längeren Behandlung eine Osteomyelitis, obwohl alle modernen Hilfsmittel zur Verfügung standen und angewandt wurden. Die Hauptfrage war, welche Behandlungsweise hätte angewandt werden sollen und ob die angewandte, die nicht die ganz übliche war, nur deshalb als fehlerhaft anzusehen war. Das wurde verneint.

G. Strassmann (Breslau).

Graßberger, Roland: Zur Frage der Möglichkeit von Impfschädigungen durch prophylaktische Anwendung von Toxin-Antitoxin-Gemischen. (Hyg. Inst., Univ. Wien.) Arch. f. Hyg. Bd. 97, H. 3/4, S. 97—140. 1926.

Veröffentlichung der Versuche, die Verf. als Vorstand des Wiener Hygienischen Universitätsinstituts in seiner Eigenschaft als gerichtsarztlicher Sachverständiger zur Aufklärung der bekannten, in Verfolg von Impfungen mit dem Löwenstein - Bussonschen Diphtherieimpfstoff in einem österreichischen Kinderheim aufgetretenen Erkrankungs- und Todesfälle durchgeführt hat. Auf Grund der anamnestischen Erhebungen sowie der klinischen und pathologisch-anatomischen Befunde kann nicht daran gezweifelt werden, daß die aufgetretenen Erkrankungen und Todesfälle auf den Gehalt der Ampullen an freiem Diphtheriegift zurückzuführen sind. Der Verlauf der Erkrankungen ermöglicht die Schätzung, daß die giftigen Ampullen eine relativ große Menge freien Giftes enthielten, etwa 0,007—0,01 ccm pro 250 g Mensch. Die Untersuchung der toxischen Wirksamkeit und des Serumbindungsvermögens der von der Behörde beschlagnahmten restlichen Ampullen ergab sowohl ungiftige als auch giftige Ampullen; die Giftampullen zeigten untereinander keine dem Experiment zugänglichen Verschiedenheiten der Toxinkonzentration. Der Vergleich der Wirksamkeit des Inhalts der Giftampullen mit dem seinerzeit zur Herstellung dieser Ampullen verwendeten Toxin „Kling VI“ ergab, daß der Inhalt dieser Ampullen nur halb so giftig war wie das 10fach verdünnte Ausgangstoxin. Das Serumbindungsvermögen des giftigen Ampulleninhalts und der ursprünglichen Giftlösung unterschieden sich jedoch nur wenig voneinander. Weder durch präcipitierendes Serum, noch durch den anaphylaktischen Versuch gelang der Nachweis vom Pferdeserum im Ampulleninhalt. Durch die Bestimmung des Gesamt-N und fraktionierte Fällungen mit Sulfosalicylsäure wird sogar der Nachweis erbracht, daß der Inhalt der Giftampullen weniger Gesamt-N und weniger durch Sulfosalicylsäure fällbare Eiweißkörperchen enthält als die entsprechenden Verdünnungen der zur Herstellung des ursprünglichen Gemisches verwendeten Giftlösung.

Aus all diesen Versuchen zieht Verf. den Schluß, daß die beobachteten Schädigungen auf eine Verwechslung der Lösungen bei der Herstellung der Ampullenflüssigkeit zurückgeführt werden müssen. Um allen Einwänden gegen diese Annahme zu begegnen, hat Verf. noch weitere Versuche unternommen, aus denen hervorgeht, daß weder durch langes Lagern, noch durch Übergang von Alkali oder anderen Substanzen aus dem Ampullenglas in den Impfstoff, noch durch Änderungen in der H- oder OH-Ionenkonzentration, noch durch versehentlich in den Ampulleninhalt hineingelangte Säuren, noch durch den Einfluß des Lichtes oder der Temperatur, noch durch bakterielle Verunreinigung oder versehentliche Erhöhung oder Verminderung des Phenolzusatzes eine Aufspaltung des Ampulleninhalts und damit ein Giftigwerden des Impfstoffes erklärt werden kann.

Karl L. Pesch (Köln).°°

Vollmer: Über Impfschädigungen. Zeitschr. f. Medizinalbeamte u. Krankenhausärzte Jg. 39/48, Nr. 16, S. 391—397. 1926.

Nach kurzem Überblick über die gewöhnlichen Impfschädigungen teilt Verf. eine Beobachtung mit, die er bei der Impfung in einem Säuglingsheim machen konnte.

Der Chefarzt dieser Abteilung hatte mit aus einem Privatinstitut stammender Lymphe eine Anzahl Säuglinge teils mit, teils ohne Erfolg geimpft. Geimpfte und nichtgeimpfte Kinder zeigten nach einigen Wochen an den Hinterbacken und an der Kreuzbeinregion einen Ausschlag, der pustulös war und gegen alle Salbenbehandlung renitent blieb. Die Pusteln hatten Linsen- bis Erbsengröße und zeigten zum Teil deutlich eine zentrale Delle; sie hatten eine gelbrötliche Farbe mit kleiner eitriger Spalte und rotem Hof. Der Reifezustand der Pusteln war ein verschiedener; einige waren abgeblättert und eingetrocknet, andere voll und frisch und wieder einige in der ersten Entwicklung begriffen. Das Allgemeinbefinden war nicht gestört, ebensowenig bestand Temperaturerhöhung. Bei Behandlung mit Vasenolstreupuder heilten die Pusteln ab und hinterließen kleine, pigmentierte Stellen. Verf. glaubt, daß einmal die Lymphe zu alt, dann aber auch die Infektion eine rein von außen stammende gewesen sei, und zwar lediglich übertragen durch mangelnde Sauberkeit ungenügend geschulter Pflegerinnen und durch mangelnde Desinfektion der Wäsche. Er schließt daran die Forderung, in Säuglingsheimen nur besonders geschultes Personal zu verwenden. *Specker* (Beuthen).

Turnbull, Hubert M., and James McIntosh: *Encephalo-myelitis following vaccination.* (Postvaccinale Encephalitis.) (*Pathol. inst., London hosp. a. Bland-Sutton inst., Middlesex hosp., London.*) Brit. Journ. of exp. pathol. Bd. 7, Nr. 4, S. 181—222. 1926.

7 tödlich verlaufende Fälle von postvaccinaler Encephalitis wurden genau untersucht: Krankengeschichten und Sektionsprotokolle. Mit Ausnahme eines Falles starben alle während eines akuten Anfalles von Encephalomyelitis. In den 6 Fällen fand man Hyperämie der Leptomeningen der Hirnsubstanz und des Hirnstamms, im Rückenmark injizierte Gefäße und perivasculäre Hämmorrhagien. Mikroskopisch wurden perivasculäre Infiltrationen im Gehirn und im Rückenmark festgestellt. Die Milz war in allen 7 Fällen entzündlich geschwollen, wahrscheinlich infolge einer Komplikation mit Bronchopneumonie, nicht des Erregers der Encephalomyelitis. Es kann kein Zweifel bestehen, daß die Schutzpockenimpfung ein ausschlaggebender kausaler Faktor war. Die Vaccine stammte von verschiedenen Impfanstalten; eine Verunreinigung mit Eitererreger lag nicht vor: histologische Untersuchungen und bakteriologische Züchtungsversuche. Ein Beweis dafür, daß die Infektion von der Impfstelle entlang den Nerven nach dem Rückenmark ihren Weg genommen habe, konnte nicht erbracht werden. Zeitlich bestand kein Zusammenhang zwischen diesen Fällen und der Encephalitis epidemica. Charakteristisch für die Enc. postvaccinalis ist der Befund von breiten Erweichungszonen um die Gefäße in der weißen Substanz. Unterschiede gegenüber Poliomyelitis und Enc. epidemica. Von Fall 5 und 6 konnte das Vaccinevirus im Gehirn sowohl durch Übertragung auf die Haut-Passagen beim Kaninchen wie in die Hoden nachgewiesen werden. Neurotropische Eigenschaften von besonderer Intensität lagen nicht vor. Es wird auf Analogie mit der bei der Variola beschriebenen (Wetphal u. a.) Encephalitis hingewiesen: der histologische Befund ist sehr ähnlich wie bei den oben mitgeteilten Fällen. Schluß: Die 7 Fälle von Encephalitis standen bestimmt mit der Vaccination in ursächlichem Zusammenhang.

E. Paschen (Hamburg).

Schaly, G. A.: Netzhautblutungen nach Bluttransfusion. (*Univ.-Augenklin., Groningen.*) Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 77, Sept.-H., S. 350—354. 1926.

1. 40jährige Frau mit perniziöser Anämie klagt einige Stunden nach einer Transfusion von 500 ccm Citratblut über schlechtes Sehen. Befund: Beiderseits zahlreiche größere und kleinere Netzhautblutungen, links auch in der Macula. Bei drei folgenden Infusionen keine neuen Klagen. Die Sehschärfe verbesserte sich nicht wesentlich. Die Netzhautblutungen verfärbten sich, wurden aber nicht resorbiert. — 2. 27jähriger Mann mit aplastischer Anämie bemerkte nach Transfusion von 500 ccm Citratblut einen roten Schleier vor den Augen. Befund: Beiderseits retinale und präretinale Blutungen auch in der Maculagegend. Auch bei diesem Patienten verschlechterte sich der Befund bei den folgenden Transfusionen nicht. Exitus nach 1 Monat. — 3. 27jähriges Fräulein mit aplastischer Anämie bekam nach Transfusion von 550 ccm Citratblut Sehstörungen, als deren Ursache große Netzhautblutungen gefunden wurden. Exitus nach 14 Tagen. — 4. 40jähriger Mann mit perniziöser Anämie konnte vor der Transfusion untersucht werden und hatte keine Netzhautblutungen. Nach der Transfusion stellten sich aber bei ihm Sehstörungen infolge Netzhautblutungen ein. Nach einer weiteren Transfusion traten auch neue Blutungen wieder auf. Exitus nach einigen Wochen. Die anatomische Untersuchung der Augen ergab arteriosklerotische Veränderungen der Netzhautgefäße, zahlreiche Blutungen in den verschiedenen Netzhautschichten. Bei mehreren

anderen Kranken untersuchte Schaly den Augenhintergrund vor der Blutübertragung und fand in einem Teile der Fälle Netzhautblutungen, die aber nach der Transfusion nicht zunahmen.

Die Netzhautblutungen, welche nach Bluttransfusionen wahrscheinlich infolge der vorübergehenden Blutdrucksteigerung auftreten können, stellen also eine nicht unbedenkliche Komplikation dar, denn die Sehstörungen bilden sich vielfach nicht wieder zurück.
Jendralski (Gleiwitz).

Blechmann, G., et François: *Les rayons ultra-violets peuvent-ils causer des accidents graves ou mortels?* (Können Ultraviolettstrahlen schwere Zufälle oder sogar den Tod hervorrufen?) Bull de la soc. de pédiatr. de Paris Bd. 24, Nr. 2, S. 78 bis 84. 1926 u. Ann. de l'inst. d'actinol. Jg. 1926, Nr. 1/2, S. 109—113. 1926.

Ein 5 Monate altes kongenital luetisches Kind kam am Tage nach der rite ausgeführten dritten Bestrahlung mit Ultraviolettlicht ad exitum. Sektion wurde nicht vorgenommen.

Wegen der Möglichkeit eines evtl. Zusammenhangs mit der Ultraviolettbestrahlung werden die Fragen erörtert, 1. ob der Arzt für die Folgen verantwortlich gemacht werden kann; 2. ob bei Ultraviolettbestrahlungen die Anwesenheit eines Arztes notwendig ist; 3. ob die Eltern gegen den Arzt etwas unternehmen können. Der „Concours Médical“ antwortet: Verantwortlich ist der Arzt, der die Bestrahlung vornimmt, nicht der Arzt, der sie verordnet, vorausgesetzt, daß die Bestrahlung indiziert ist; es ist dafür gleichgültig, ob er selbst bestrahlt oder die Schwester bestrahlen läßt. Eine Pflegeperson, die selbstständig Bestrahlungen vornimmt, ist für die gesetzten Schädigungen haftbar und würde wahrscheinlich außerdem wegen ungesetzlicher medizinischer Tätigkeit strafbar sein. Verantwortlichkeit besteht nicht nur gegenüber dem Patienten bzw. den Eltern, sondern auch den evtl. gesetzlichen Vormündern gegenüber.

In der Aussprache wird auf die Unwahrscheinlichkeit des Zusammenhangs zwischen Exitus und Bestrahlung in vorliegendem Fall hingewiesen. K. G. Ledermann (Breslau).^{oo}

Versicherungsrechtliche Medizin.

Marbe, K.: Zur praktischen Psychologie der Unfälle und Betriebsunfälle. Verhandl. d. physikal. med. Ges., Würzburg Bd. 50, Nr. 5, S. 172—174. 1925.

Erfahrungen von großen Versicherungsgesellschaften und Zählungen in Schulen haben erwiesen, daß Menschen, die einmal einen Unfall erlitten haben, größere Tendenz haben, noch mehr Unfälle zu erleiden als solche, die keinen Unfall gehabt haben. Das gleiche gilt vom Verursachen von Unfällen; auch das ist z. T. auf in der Persönlichkeit liegende Momente zurückzuführen, und es sind die gleichen Menschen, die häufig Unfälle erleiden und die sie häufig verursachen. Damit wird die Unfallverhütung zu einem auch psychologischen Problem. (Der Arzt wird hinzufügen, daß es auch zu einem Problem der Psychopathologie wird, da die Menschen mit vermehrter Tendenz zu Unfällen aber äußere Neuropathen und Psychopathen sind.) Stier (Berlin).^{oo}

Gelderken, D. N. van: *Unfall im Zusammenhang mit dem Dienstverhältnis.* Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 70, 2. Hälfte, Nr. 13, S. 1446—1447. 1926. (Holländisch.)

Ein Tischler radelt mit seinem Arbeitgeber zusammen von einer Arbeit auswärts nach Hause, wobei ihm am Rad etwas passiert. Der Arbeitgeber sagt ihm, er soll die Reparatur abends zuhause vornehmen. Dabei fliegt ihm ein Stückchen Eisen ins Auge, und die Linse geht verloren. Das Rad war dem Arbeiter vom Arbeitgeber leihweise überlassen und wurde von diesem nur zur Beförderung zu den Arbeitsstellen benutzt. Die Reichsversicherungsbank wies Schadenersatz ab, der Berufsrat wies die Forderung zu, während der Oberberufsrat die Anfrage schließlich endgültig ablehnte, weil das Rad während der Reparatur zuhause kein Betriebsgegenstand sei.
Lamers (Herzogenbusch).

Mayer, W. H.: Syphilis of the nervous system in the railroad employee. (Syphilis des Nervensystems bei den Eisenbahnbeamten.) Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 39, Nr. 4, S. 159—161. 1926.

Verf. hat alle Formen der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems bei Eisenbahnbeamten beobachten können. Er zählt 6 Gruppen auf. Von großer Bedeutung scheint ihm der mit Krampfanfällen einhergehende Typus zu sein, der die Kranken ungeeignet für den Eisenbahndienst macht, während die von einem hemiplegischen Insult betroffenen Syphilitiker

bei sorgfältiger Behandlung und dauernder Beobachtung im Eisenbahndienst verbleiben könnten. Mayer kann nicht den Standpunkt von jüngeren Neurologen teilen, die erklären, daß jeder, der positive Wa.R. hat, für den Eisenbahndienst nicht mehr in Frage komme. Nach seiner Ansicht sollte der Laboratoriumsbefund nicht allein für so schwerwiegende Entscheidungen ausschlaggebend sein. Er kann sich auch nicht des Eindruckes erwehren, worauf Verf. nebenher zu sprechen kommt, daß durch die intensive Salvarsanbehandlung, wie sie in den letzten Jahrzehnten üblich geworden ist, dem frühen Auftreten der Neurosyphilis Vorschub geleistet werde.

Nawratzki (Nikolassee).

Frank, Alfred: Trauma und Lues, Trauma und Tumor. Kasuistischer Beitrag. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 33, Nr. 7, S. 157—158. 1926.

55jähriger Arbeiter erlitt Quetschung des rechten Daumenballens durch Stemmeisen, trotz Behandlung keine Besserung, periostale Auflagerung des Metacarpus I, Destruktion des Knochens. Verdacht auf Sarkom, später auf Osteomyelitis. Da Wa.R. +++ antisyphilitische Kur, die zum Rückgang der periostalen Auflagerung und zur Arbeitsfähigkeit führte. Frank nimmt eine Verschlimmerung der Lues durch Unfall an (P. hatte trotz des „Unfalls“ noch 4 Wochen gearbeitet). In dem zweiten Falle handelte es sich um die Erkrankung eines zellarmen Fibroms beider rechter Unterarmknochen. Der Zusammenhang mit einem vor 3½ Jahren erfolgten Unfall wurde negiert.

Heller (Charlottenburg-Berlin).

Benassi, G.: Isteria traumatica? Commento a una perizia medico-legale. (Traumatische Hysterie?) (Istit. di med. leg., univ., Bologna.) Zacchia Jg. 4, Nr. 1/3, S. 25—37. 1925.

Eine 56jährige Frau erhält einen Schlag auf den Kopf ohne besondere Verletzung, geht noch einige Schritte ins Haus hinein, fällt dann in Ohnmacht und bekommt Konvulsionen. Im Anschluß daran entwickelt sich ein typisch hysterisches Krankheitsbild. Verf. verteidigt in seinem gerichtlichen Gutachten die These, daß es sich um eine bloße Hysterie handle, und daß trotzdem eine genaue Anamnese keinerlei frühere hysterische Erscheinungen enthielt, daß Trauma bloß ein Auslösungs faktor und nicht die Ursache der Krankheit sei.

Wilder (Wien).

Balli, Ruggero: La sindrome da irritazione del troneo nervoso lombo-saerale branca anastomotica nell'infortunistica. (Das Syndrom der Reizung des lumbosakralen Nervenstammes und des anastomotischen Astes beim Unfallsverletzten.) (Istit. di radiol. elettrol. e terapia fisica, univ., Pavia.) Boll. d. soc. med.-chir. Pavia Jg. 1, H. 3, S. 535—536. 1926.

Von der echten Sakralisation ist die Pseudosakralisation, bei der nicht die Querfortsätze, sondern die ileo-lumbo-sakrale Apertur verändert ist, zu unterscheiden. Eine dritte Gruppe von Erkrankungen, bei denen der gleiche Symptomenkomplex sich entwickelt, sind die Spätfolgen von Wirbelbrüchen, eine vierte angeborene Bildungsanomalie der Wirbel. Traumen haben für die Entstehung des Syndroms bei den letzten drei Gruppen eine entscheidende Bedeutung, indem sie die Wirbelstatik verändern und Entzündungen an den Gelenkflächen des 5. Lenden- und 1. Kreuzbeinwirbels hervorrufen.

Kastan (Hamburg).

Tschmarke: Unfall und Tuberkulose. (9. Tag. d. Vereinig. mitteldtsch. Chir., Zwickau, Sitzg. v. 6. VI. 1926.) Zentralbl. f. Chir. Jg. 53, Nr. 40, S. 2540—2542. 1926.

Kurz zusammengefaßte Übersicht über die Bedingungen, unter denen ein Trauma eine tuberkulöse Erkrankung auslösen oder verschlimmern kann, und Aufstellung von Anhaltspunkten für die Beurteilung.

Tatsächlichkeit und Erheblichkeit des Unfalls, Betroffensein der tuberkulös erkrankten Körpergegend durch den Unfall, Nachweis des vorher vorhandenen Herdes, zeitlicher Zusammenhang von mindestens 4—6 Wochen, höchstens 6 Monaten, kontinuierlicher Verlauf.

Verschlimmerung vorhandener Tbc. und Miliartbc. ist möglich, primäre Lungentbc. durch Verletzung kaum denkbar, Impftbc. als möglicher Unfall anzuerkennen.

Im Anschluß an den Vortrag Aussprache, in der Wendel-Magdeburg 2 Fälle mitteilt, die den obigen Ausführungen entsprechen (1. Aufflackern einer akuten Lungentbc. durch schweren Unfall; 2. Sekundäre tuberkulöse Erkrankung des verletzten Körperteils).

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

Jungmann: Tod durch Rippenfellentzündung. Folge einer Verbrühung? Ärztliche Sachverst.-Zeit. Jg. 32, Nr. 18, S. 245—246. 1926.

Ein 62jähriger Arbeiter, dem bei Ablassung eines Kessels das heiße Wasser die Arme verbrannte, hatte sich gleichzeitig durch die Wasserdämpfe das Gesicht verbrüht. Die Brand-

wunden heilten allmählich ab. Etwa 10 Wochen später erkrankte er an einer frischen Kehlkopfentzündung, später an einer linksseitigen und nach deren Abheilung an einer rechtsseitigen Rippenfellentzündung, an der er unter Versagen des Herzens unter allgemeiner Erschöpfung zugrunde ging. Der behandelnde Arzt behauptete, daß eine Überhitzung der Lungen stattgefunden, eine Miliartuberkulose entstanden und endlich embolische Prozesse die Schuld an der Entstehung der Rippenfellentzündung gewesen seien. Verf. widerlegt diese in keiner Weise durch den objektiven Befund gerechtfertigten Behauptungen. Er weist darauf hin, daß eine Überhitzung der Lungen, d. i. doch wohl eine Verbrühung ohne schwerste Veränderungen der oberen Luftwege gar nicht denkbar ist, zumal nach einem beschwerdefreien Zwischenraum von 10 Wochen. Ebenso unhaltbar sei die Annahme, daß infolge der Überhitzung der Lungen das Rippenfell geschädigt sei und sich auf dem geschädigten Organ Tuberkelbacillen niedergelassen hätten, was vom behandelnden Arzt auch nur als möglich angenommen wurde. Da eine Überhitzung der Lungen überhaupt nicht stattgefunden haben könnte, so könne eine solche auch nicht für eine möglicherweise später aufgetretene Miliartuberkulose verantwortlich gemacht werden. Septische Prozesse nach Brandwunden seien an sich möglich, es sei aber nicht ersichtlich, warum diese erst 10 Wochen nach dem Unfall und nach Verheilung der Brandwunden ohne Schüttelfrost und hohes Fieber in die Erscheinung getreten sein sollten. Endlich könnten embolische Prozesse nach dem ganzen Verlauf der Erkrankung bei der tödlichen Erkrankung nicht mitgewirkt haben, da solche plötzlich einsetzen, die Schmerzen in der Herzgegend und die Rippenfellentzündung sich aber ganz allmählich entwickelt hätten. Ein Zusammenhang zwischen Unfall und Erkrankung sei daher völlig von der Hand zu weisen.

Ziemke (Kiel).

Frank, Paul: Brustquetschung, Tod nach $2\frac{1}{2}$ Jahren an Luftröhrenkrebs. Kein Zusammenhang. (Städt. Rettungsamt, Berlin.) Med. Klinik Jg. 22, Nr. 28, S. 1080 bis 1082. 1926.

Ein 58 jähriger Zusammenbauer erlitt beim Zusammenziehen eines Kessels durch Ausrutschen der Brechstange aus der Zugwinde eine Quetschung der rechten Brustseite. Es wurde über Schmerzen geklagt, die Arbeit wurde aber nicht ausgesetzt. $1\frac{1}{2}$ Jahr später erlitt er einen neuen Unfall, einen starken Stoß gegen die Brust, dadurch, daß beim Einschrauben einer Schraube am Kessel ein Ende des Schraubenschlüssels abbrach. Nach diesem Unfall soll der Mann 15 Minuten ohnmächtig gewesen sein und über heftige Brustschmerzen und Übelkeit geklagt haben. Ein äußerer Befund wurde vom Arzt nicht festgestellt, nur seien die Rippen druckempfindlich gewesen. Nach 1 Jahr trat leichter Katarrh auf, später stellte sich grauerter Auswurf ein, der Kranke magerte ab, $1\frac{1}{4}$ Jahr später erfolgte die Aufnahme ins Krankenhaus, der Mann klagte über blutigen Auswurf, Husten und Schwäche, 2 Monate später erfolgte der Tod an Bronchialkrebs. Verf. kann sich nicht entschließen, anzunehmen, daß die beiden Unfälle das Krebsleiden aus sich selbst hervorgerufen haben, daß ferner die Kontusionen das Wachstum eines entwicklungsfähigen Krebses verursacht haben, da zwischen dem Auftreten deutlicher Symptome des Leidens und dem Unfall eine viel zu lange Zeit ($2\frac{1}{2}$ Jahre) liegt, und ein Lungenkrebs nicht solange Zeit braucht, um erhebliche Erscheinungen zu machen; deshalb kann auch nicht angenommen werden, daß schon zur Zeit des ersten Unfalls eine krebsige Erkrankung des Lungengewebes bestanden hat. Auf das ablehnende Gutachten hin lehnte die Berufsgenossenschaft die Ansprüche der Witwe ab. Rekurse wurden sowohl vom Oberversicherungsamt, als auch vom Reichsversicherungsamt zurückgewiesen mit der Begründung, daß einer der erwähnten Unfälle das Krebsleiden des Verstorbenen weder verursacht, noch wesentlich verschlimmert hätte. Schellenberg (Ruppertsbain i. Taun.).

Seeliger, P.: Arthritis deformans und Unfall. (Chir. Univ.-Klin., Freiburg i. Br.; Münch. med. Wochenschr. Jg. 73, Nr. 25, S. 1027—1028. 1926.

Eine Arthritis deformans kann nur auf dem Boden einer „arthritischen Veranlagung“ entstehen, die zum Teil in einer falschen Zusammensetzung der Synovia ihren Ausdruck findet. Ein Bluterguß auf Grund eines Traumas kann im Gelenk vollkommen resorbiert werden und wird nur dann Veranlassung zur Bildung einer Arthritis deformans geben, wenn die Reaktion der Synovia nach der sauren Seite zu verschoben ist. Das Trauma ist als auslösende Ursache aufzufassen. Man hat demnach zu unterscheiden zwischen einer unmittelbar an das Trauma sich anschließenden Arthritis deformans in dem unmittelbar oder in seiner Nachbarschaft getroffenen Gelenk und einer später auftretenden Form in einem anderen Gelenk des gleichen Gliedes auf Grund der veränderten Statik und Mechanik. Letztere Form bildet sich nicht innerhalb weniger Wochen, sondern gewöhnlich erst nach mehreren Monaten bis zu 1—2 Jahren. Entsprechend der Anschauung des Verf. von der Entstehung der Arthritis deformans auf Grund der Umstimmung des Gesamtkörpers glaubt er auch chronisch deformierende

Entzündungen an Gelenken eines vom Unfall nicht betroffenen Gliedes durch Überlastung im Anschluß an Verletzungen des anderen als Unfallfolge anerkennen zu müssen.
Colmers (München).

Schlunk, F.: Der varico-atonische Symptomenkomplex. Behandlung. Bedeutung in der Unfallpraxis. Med. Klinik Jg. 22, Nr. 32, S. 1221—1224 u. Nr. 33, S. 1261 bis 1262. 1926.

Als Unfallfolgen sind lokalisierte Varico-Atonien nur dann anzusprechen, wenn vorher kein varico-atonischer Symptomenkomplex vorhanden war; immer ist das vom Unfall nicht getroffene Bein mit zu untersuchen. Sind hier Anzeichen des Komplexes vorhanden, dann kann der Unfall als Ursache mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen und lediglich auf eine Verschlimmerung erkannt werden. Eine lokalisierte Varico-Atonie kann bedingt werden durch Schenkelhalsbrüche, Ober- und Unterschenkelbrüche, schweren Kontusionen des Oberschenkels, Unterschenkels und Kniegelenkes. Keine zu große Freigiebigkeit bei Festsetzung der Rente. Bestehen nur mäßige Varicen oder Ödeme, keine Rente; bei kleinem Geschwür nicht über 3-markstück groß, sowie stärkerem Ödem und isolierten Ekzemen, ebenfalls keine Rente; bei großen Geschwüren oder mehreren kleinen 15—20% genügend. Bei anderen Komplikationen Steigerung bis 33% bei einseitigen, bis 66% bei doppelseitigem Unfall. Keine Dauerrenten.
Wortmann (Zwenkau).

Magnus, Georg: Der ursächliche Zusammenhang zwischen Unfall und Unterschenkelgeschwüren. (Chir. Abt., Krankenh. „Bergmannsheil“, Bochum.) Fortschr. d. Therapie Jg. 2, H. 17, S. 555—556. 1926.

Lues und Krampfadern stellen weitaus das größte Kontingent des Ulcus cruris. Ist mit den heutigen diagnostischen Hilfsmitteln die syphilitische Natur eines Geschwürs ausgeschlossen, so ist sorgfältig auf Krampfadern zu fahnden; im Liegen wie im Stehen sind beide Beine zu untersuchen. Von grundlegender Bedeutung ist allemal, wie sich der erstbehandelnde Arzt zur Frage des vom Verletzten ihm erstatteten ersten Berichtes gestellt hat. Ist er alsbald konsultiert worden und hat er seine Aufzeichnungen gewissenhaft durchgeführt, so kann er in den allermeisten Fällen die ganze Frage sofort klären. Leider ist der erste ärztliche Bericht häufig nicht zuverlässig und eindeutig genug. Dann bekommen Zeugenaussagen und andere Momente erhöhten Wert. Hat der Verletzte früher schon Schäden am gleichen Bein gehabt? Wann hat er den Unfall angezeigt? Seit wann feiert er krank? Bei Beurteilung einer Verschlimmerung macht die Feststellung des Zusammenhangs ebenfalls große Schwierigkeiten. Der Nachweis, daß ein Trauma den Verlauf eines Ulcerationsprozesses maßgebend beeinflußt hat, kann sehr schwer sein. — Die kausale Therapie des Ulcus cruris varicosum ist die Operation der Krampfadern, die in sehr vielen Fällen das Geschwür zur Abheilung bringt. Je schneller und energischer die stationäre Behandlung im Krankenhouse eingeleitet wird, desto weniger Fälle werden zu entschädigen sein.
Arth. Schulz (Halle a. S.).

● **Die Schädigungen der Haut durch Beruf und gewerbliche Arbeit.** Hrsg. v. Karl Ullmann, Moriz Oppenheim u. J. H. Rille. Bd. 2. Liefg. 9—12. Leipzig: Leopold Voss 1926. S. VIII, 385—567, 1 Taf. u. 182 Abb. RM. 20.—.

● **Die Schädigungen der Haut durch Beruf und gewerbliche Arbeit.** Hrsg. v. Karl Ullmann, Moriz Oppenheim u. J. H. Rille. Bd. 3. Liefg. 3—6. Leipzig: Leopold Voss 1926. S. 97—308, 2 Taf. u. 93 Abb. RM. 24.—.

Die Lieferungen 9—12 des II. Bandes enthalten zunächst den Schluß des Wirthschen Beitrages über „Die von Tieren und tierischen Produkten auf den Menschen übertragbaren schädlichen Stoffe, die Veränderungen auf der Haut erzeugen“. Es folgen 2 Abschnitte von Tryb: „Über Hautveränderungen bei Melkern“ und „Rotz als Berufskrankheit“. Rebentisch bearbeitet die „Milzbrandinfektion durch Beruf und Gewerbe“, Brezina den „Gewerblichen Hautmilzbrand“. Zu den Themen Rotz und Milzbrand macht G. Morawitz einige ergänzende Bemerkungen auf Grund des Wiener Materials der letzten 12 Jahre. Habermann bespricht dann „Die in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben vorkommenden beruflichen Hautschädigungen“, Ravogli „Die Hautblastomykose als Gewerbelekrankheit“, Moriz Oppenheim „Pellagra und Pellagroide“. Mit den Abschnitten von Perutz: „Toxikologische Bemerkungen über die eine Dermatitis venenata erzeugenden pflanzlichen und tierischen Substanzen“, Wimmer: „Morphologisches über Pflanzen und Tiere, welche Hautschädigungen hervorrufen“, Broers: „Beruflich er-

worbene Hautveränderungen durch Stoffe vorwiegend vegetabilischen Ursprungs, *Dermatitis venenata phytogenes*", Ullmann: „Über Hautschädigungen durch giftige Tiere“, Mense jun.: „Hautveränderungen durch Gewerbe und Beruf in den Tropen“ schließt der II. Band. — Die Lieferungen 3—6 des III. Bandes enthalten außer dem Schluß des Brezinaschen Artikels über „Gesetzliche und andere Bestimmungen zur Verhütung bestimmter gewerblicher Hautkrankheiten“ und einer kurzen Abhandlung von Finger: „Über die Behandlung der beruflichen und gewerblichen Dermatiden“ noch 3 ausführliche und wichtige Abschnitte: von Koelsch über „Die gewerblichen Erkrankungen der oberflächlichen Schleimhäute und der Zähne“, von Hessberg über „Schädigungen und Veränderungen der Augen durch Gewerbe und Beruf“ und von Ullmann über „Krebsentwicklung als Folge beruflich gewerblicher Hautschädigungen“. Dann folgt ein ausgezeichnetes Sach- und Autorenregister für alle 3 Bände. Auch diese Lieferungen sind, wie alle bisher erschienenen, mit reichlichen, sehr guten Abbildungen durchsetzt und hervorragend ausgestattet. — Damit ist dieses Standardwerk vollständig. Es bringt — zumal den Dermatologen, Gewerbe- und Gerichtsarzten — eine Fülle von Anregungen und wird jedem, der auf dem Gebiet der Berufserkrankungen arbeitet oder sich hierüber orientieren muß, unentbehrlich sein. Der Herausgeber Karl Ullmann, die Mitherausgeber Oppenheim und Rille, alle Mitarbeiter und der Verlag können auf das Werk stolz sein. *Max Jessner* (Breslau).

Beintker: Hautleiden als Berufskrankheiten im Sinne der Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 23, S. 968—970. 1926.

In der Verordnung sind Hautkrankheiten bis auf Einzelfälle fortgelassen. Bei der Erörterung der chronischen Arsenvergiftung sind sie als Nebenerscheinung gewürdigt, bei den durch Benzol und seine Homologen bedingten Schädigungen überhaupt nicht erwähnt. Dadurch wird die Rechtslage recht bedenklich, ganz abgesehen davon, daß es ungerechtfertigt ist, aus einer so bestimmt abgegrenzten Krankheitsgruppe, wie sie das gewerbliche Ekzem darstellt, nur einige wenige Fälle herauszugreifen. Am zweckmäßigsten ist es, alle gewerblichen Ekzeme zu melden, auch diejenigen, die nicht in der Verordnung besonders genannt sind, um Material zum Ausbau der vorbeugenden Tätigkeit zu gewinnen. Für den behandelnden Arzt ist eine Meldepflicht nur dann gegeben, wenn der Krankheitszustand ausdrücklich in der Verordnung genannt ist, eine Melderecht jedoch auch dann vorhanden, wenn bei einer Hauterkrankung der ursächliche Zusammenhang mit einer in der Verordnung bezeichneten Schädlichkeit angenommen werden kann. Dagegen ist ein Melderecht für Berufskrankheiten der Haut, bei denen solch ein ursächlicher Zusammenhang nicht gegeben ist, zu verneinen, wiewohl es sehr wünschenswert wäre, auch in derartigen Fällen Unterlagen zu erhalten. *Goldmann* (Berlin)._o

Hasselmann, C. M.: Die Meldepflicht der gewerblichen Berufskrankheiten vom Standpunkt des praktischen Dermatologen unter besonderer Berücksichtigung der Stellung der Gewerbeekzeme. (*Dermatol. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 73, Nr. 37, S. 1523—1526. 1926.

Verf. sagt, durch die gemäß § 11 der Verordnung vom 12. V. 1925 über die Gleichstellung der Berufskrankheiten mit den Unfällen herausgegebenen Richtlinien sei eine Rechtsunsicherheit aufgekommen darüber, welche Erkrankungen meldepflichtig seien. Namentlich gelte dies hinsichtlich der Erkrankungen durch Benzol, da die gewerblichen Ekzeme nicht in die Aufzählung der durch Benzol verursachten Krankheitsformen aufgenommen seien. Verf. bemerkt im weiteren aber mit Recht, daß die Richtlinien eben sind, was ihr Name besagt, und daß ihnen eine Rechtsverbindlichkeit nicht zukommt. Der Arzt hat jede Erkrankung zu melden, bei der er nach gewissenhafter Prüfung einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Gift und klinischer Erscheinung für gegeben erachtet, gleichgültig, ob sie in den Richtlinien aufgeführt ist oder nicht. *Holtzmann* (Karlsruhe).

Gordon, Leo v.: Die Berufskrankheiten des Gehörorgans. Zentralbl. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. sowie deren Grenzgeb. Bd. 9, H. 8, S. 433—461. 1926.

Das ausführliche Referat gibt außer der Aufzählung aller beruflichen Krankheiten auch eine Anzahl Hinweise auf Grenzfälle, die kaum von Berufsunfällen zu unterscheiden sind.

Berücksichtigt werden Ursachen, Entstehungsart, Verlauf und Vorbeugung. Die übersichtliche Zusammenstellung enthält die Schädigungen des äußeren, mittleren und inneren Ohres. Besonders eingehend abgehandelt werden die Hörschäden der Eisenbahnbeamten, der Webereiarbeiter und der Telephonisten. Die Notwendigkeit vollständiger fachärztlicher Untersuchung der Beamten vor der Einstellung wird stark betont. Auch mit den Erkrankungen durch Luftdruckveränderungen und mit den Störungen auf dem Gebiete des musikalischen Gehörs beschäftigen sich eigene Abschnitte.

Klestadt (Breslau).

Ranken, David: *Occupational deafness.* (Ertaubung durch den Beruf.) Journ. of state med. Bd. 34, Nr. 6, S. 318—322. 1926.

Aufzählung der bekannten Formen und ihrer professionellen Ursachen nebst den Tierversuchen Wittmaacks. Neu kommt hinzu die Ertaubung der Flieger. Es werden drei Arten unterschieden. Ertaubung mit Trommelruptur nach sehr schnellen Abstiegen, oft verbunden mit Tubenverstopfung. Sodann eine Erkrankung der Flugzeugführer und Beobachter, die vorübergeht, aber doch den Flug mehrere Stunden überdauern kann; sie kommt nicht wie die erste Art durch plötzliche große Druckdifferenzen zu beiden Seiten des Trommelfells zustande, sondern ist eine reine Lärm schädigung durch die Motoren. Die dritte Form betrifft die Personen, deren Amt es ist, Flugmaschinen auszuprobieren. Auch diese Erkrankung ist vorübergehender Natur, da diese Beamten wie die Piloten doch nur verhältnismäßig kürzere Zeit den Schädigungen ausgesetzt sind. Bei allen Formen der professionellen Taubheit ist die Anwendung aller nur möglichen Vorbeugungsmittel von größter Bedeutung. Diese werden denn auch entsprechend gewürdigt, ohne übrigens neue Gesichtspunkte zu geben.

Theodor S. Flatau (Berlin).

Zur Verth, M.: *Entstehung und Einteilung der Leistenbrüche unter besonderer Berücksichtigung ihrer Begutachtung. Leistenbruch, Konstitution, Bauchdruck.* (*Orthop. Versorgungsstelle, Altona.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 197, H. 1/6, S. 190—204. 1926.

Das Reichsversicherungsamt kennt nur die rein traumatische Bruchentstehung, seine Spruchpraxis ist gut umschrieben und festgelegt. Dagegen hat das Reichsversorgungsgericht die Bruchentstehung als Gewerbekrankheit neu eingeführt. An seiner Formulierung übt Verf. Kritik: sie lautet: „a) Der Umstand, daß ein Leistenbruch während einer dienstlichen Tätigkeit ausgetreten ist, die geeignet ist, die Bauchpresse erhöht in Anspruch zu nehmen, rechtfertigt nicht schon die Vermutung, daß der Bruch durch diese Tätigkeit herbeigeführt ist; b) vielmehr kann ein solcher Zusammenhang nur angenommen werden, wenn die Bruchbildung auf eine zeitlich hinlänglich genau bestimmte dienstliche Einwirkung zurückgeführt wird, die mit einer erheblich vermehrten Anspannung der Bauchpresse verbunden war, und nachweisbar im Anschluß daran wesentliche Beschwerden bemerkbar geworden sind.“ Die Sätze identifizieren die Begriffe „Bauchpresse“ und „Bauchdruck“, während erstere nur eine der Voraussetzungen des letzteren ist und es wohl niemals zu einer länger anhaltenden Steigerung des Bauchdruckes über 1 Atm. kommt. Die Formulierung müßte also an den beiden Stellen statt „Bauchpresse erhöht“ und „vermehrte Anspannung der Bauchpresse“ lauten: „geeignet, den Bauchdruck zu erhöhen“ bzw. „die mit einer erheblichen Erhöhung des Bauchdruckes verbunden ist“. Im übrigen erhalten die Leitsätze der R. Versorg. Ger. durch die obigen Untersuchungen eine weitere Stütze, die in folgender Einteilung einen Niederschlag erfahren würde: 1. Ausschließlich dynamische Bruchentstehung (Preßbrüche durch einmalige zeitlich begrenzte außergewöhnliche Bauchdrucksteigerung bedingt) unterliegt neben den Rißbrüchen der Entschädigung durch das Reichsversorgungsgesetz ebenso wie der Unfallentschädigung (R.V.A.); 2. durch dynamische und statische Einwirkung entstandene Brüche (allmählich entstandene Preßbrüche), die eine gewisse konstitutionelle Bruchbereitschaft voraussetzen, sind entschädigungspflichtig, sofern die einwirkende äußere Ursache unter die gesetzlichen Bestimmungen des R.-Versorg.-Ges. fällt. 3. Vorwiegend statisch zu erklärende Brüche (Senkbrüche), die eine erhebliche konstitutionelle Schwäche voraussetzen, sind nicht entschädigungspflichtig. Sievers.

Steinthal, K., und H. Nagel: Die Leistungsfähigkeit im bürgerlichen Beruf nach Hirnschüssen mit besonderer Berücksichtigung der traumatischen Epilepsie. (*Chir. Abt., städt. Katharinenhosp., Stuttgart.*) Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 137, H. 3, S. 361 bis 400. 1926.

Auf Grund der von den Versorgungsämtern Württembergs zur Verfügung gestellten Akten wird über das spätere Schicksal der jetzt noch lebenden Gehirnverletzten des Weltkrieges berichtet. — Von diesen (639) sind etwa 60% durch bleibende Lähmungen und 24% durch bleibende Sprachstörung in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Traumatische Epilepsie tritt bei 28,9% in ausgesprochener Form, unter Hinzurechnung der leichteren epileptiformen Symptome in 35,5% auf. In etwa 49% kam die Epilepsie zur Ausheilung, häufiger spontan, während die operativen Erfolge recht bescheiden waren. Besonders bemerkenswert ist, daß durch plastische Schädeldeckungen bei einer Reihe von Nicht-epileptikern die Epilepsie ausgelöst wurde. Von den 227 Epileptikern waren nur 11 sozial verloren, bei 17 war eine Veränderung der Persönlichkeit eingetreten, 50 nahmen einen Berufswechsel vor; die Mehrzahl übt den alten Beruf aus, wenn auch häufig die körperlich-seelische Unversehrtheit beeinträchtigt und die Berufsfähigkeit erschwert ist. Klagen über Kopfschmerzen und Schwindelanfälle sind an der Tagesordnung; eine außerordentliche Verlangsamung aller Willensaktionen, Nachlassen des Gedächtnisses, der Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer sowie gesteigerte Erregbarkeit sind häufig festgestellt worden. — Was die verschiedenen Momente betrifft, welche die Entwicklung der Epilepsie vielleicht begünstigen, so ergab die Statistik, daß 1. bei Sitz der Verwundung im Parietallappen und Infektion die Epilepsie häufiger auftritt; 2. oberflächliche Narben mehr als tiefe dazu führen. Die Spätepilepsie (die erst nach beendeter Wundheilung ausbrach), ist prognostisch ungünstiger als die primäre. Hinsichtlich der Rentenentschädigung ist zu ersehen, daß von den 58 reinen Epileptikern 8 mit mehr als 50%, 17 mit 50% und 33 mit weniger als 50% entschädigt sind. Im übrigen sei auf das Original verwiesen, das eine gründliche statistische Auswertung enthält. *V. Hoffmann (Köln).*

Der Grundsatz des dreizehnten Senats vom 15. Mai 1925 (Seite 41, Nr. 13 dieses Bandes) findet keine Anwendung auf einen 1918 erlassenen Bescheid, der für Jugendirresein Dienstbeschädigung anerkannt hat. Ein ohne vorherige Genehmigung des Hauptversorgungsamts erlassener Berichtigungsbescheid leidet an einem wesentlichen Mangel und ist auf Berufung des Klägers aufzuheben. § 65 Abs. 2, § 71 Verfahrungsge setz vom 10. 1. 22. in der Fassung des Art. 21 Nr. 5 Ziff. 5 der Personal-Abbau-Verordnung vom 27. 10. 23., §§ 2, 24, 55 Abs. 2, § 57 Abs. 1, § 104 Abs. 4 RVG. XIV. Senat, Urt. vom 8. 1. 26. M Nr. 362/25. Entscheid. d. Reichsversorgungsgerichts Bd. 5, H. 5. S. 262—266. 1926.

Herbst 1918 Rentengewährung (66 $\frac{2}{3}$ %) für Verschlimmerung eines vor und bei Dienstantritt latenten Jugendirreseins, Herbst 1921 Besserung, Rückkehr der Arbeitsfähigkeit, Rentenherabsetzung (20%). 1923 Antrag des Vormunds: Neuregelung, Übernahme der Behandlungskosten (Verschlimmerung, Anstaltsinternierung). Ablehnung des Antrags (Versorgungsamt), weil vorliegende Krankheit nach heutigem Stand der Wissenschaft körperlich bedingt, nicht exogen beeinflußt, frühere Anerkennung zu Unrecht erfolgt ist. Berufung. Anerkennung der Erwerbsunfähigkeit als Dienstbeschädigung (Versorgungsgericht). Begründung: Gleiche Beurteilung der Dienstbeschädigung 1918 und heute; Beseitigung rechtskräftiger früherer Entscheidung nicht gerechtfertigt; Unterlassung der Einholung vorheriger Genehmigung des Hauptversorgungsamts. (Bedenkliches Beispiel einer juristischen [formalen] Entscheidung, Übergehung der ärztlichen [sachlichen] Beurteilung. Ref.) *Klieneberger.*^{oo}

Kaldewey, Walter: Moderne Gesichtspunkte bei der Begutachtung nervöser Störungen als Unfallfolgen. (*Psychiatr. u. Nervenabt., allg. städt. Krankenh., Nürnberg.*) Zeitschr. f. Bahn- u. Bahnkassenärzte Jg. 21, Nr. 7, S. 155—172. 1926.

Vortrag, welcher einen kurzen historischen Überblick bringt und sodann die neuzeitlichen Anschauungen im Sinne von Bonhoeffer, Naegeli, Ref. u. a. darstellt.

Reichardt (Würzburg).

Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für perniziöse Anämie abgelehnt. Med. Klinik Jg. 22, Nr. 37, S. 1422—1423. 1926.

Ein 36jähriger Schuhmacher, der 2 mal wegen allgemeiner Körperschwäche zurückgewiesen, 1911 eingestellt wurde, wurde kurz darauf wegen chronischen Mittelohrleidens für dienstunbrauchbar erklärt. Auch nach einer zweiten Einstellung 1915 wurde er bald wegen Mittelohreiterung 3 Monate im Lazarett behandelt und 1917 arbeitsverwendungsfähig als Schuhmacher entlassen. Während seiner Dienstzeit nach 1915 hatte er Krankheiten nicht mehr durchgemacht. Erst im Sommer 1924 wurde er 4 Wochen wegen Grippe behandelt, dann im April 1925 wegen schwerer perniziöser Anämie, der er im November 1925 erlag. Da im Felde keinerlei Erkrankungen aufgetreten waren, die irgendwie mit der 6 Jahre später auftretenden perniziösen Anämie ursächlich zusammenhingen, da die perniziöse Anämie, zumal die primäre Form eine ganz rapide verlaufende Krankheit ist, deren Verlauf von wenigen Monaten bis zu 1—2 Jahren schwankt, da der Verstorbene endlich in der Zeit von seiner Entlassung bis zur Erkrankung 1924 von irgendwelchen Erkrankungen frei war, die auf eine perniziöse Anämie hindeuteten, so mußte eine von Kriegseinflüssen unabhängige, auf einer Anlage beruhende Neuerkrankung angenommen und ein Zusammenhang des Todes mit einer Dienstbeschädigung abgelehnt werden. Aller Wahrscheinlichkeit nach hat die 1924 überstandene Grippe den Anstoß zur Erkrankung gegeben. Die bestehende chronische Mittelohreiterung hat die von Geburt an vorhandene Anlage vielleicht noch labiler gemacht, ist aber für die Beurteilung belanglos, weil ihr Wiederaufflackern 1915 durch die Behandlung beseitigt wurde und sie erst wieder 1925 auftrat, also nach einer Pause von 10 Jahren. *Ziemke* (Kiel).

Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für Magenkrebs abgelehnt. Ärztl. Sachverständ. Zeit. Jg. 32, Nr. 22, S. 306—307. 1926.

Ein 38jähriger Mann, der 1915 durch Granatsplitter das rechte Auge verloren hatte und nach den Akten im Felde nie über Magenbeschwerden geklagt hatte, klagte über solche zum erstenmal 1923, wurde 1925 wegen eines Magenkrebses bettlägerig und starb im Dezember 1925 an den Folgen des Leidens. Von den Angehörigen wurde das tödliche Leiden auf eine im Jahre 1916 erlittene Verschüttung zurückgeführt. Nach der Zeugenaussage war aber die Verschüttung keinesfalls schwerer Art gewesen, da der Verstorbene freiwillig bei der Truppe blieb. Im Lazarett war keine Verletzung der Magengegend oder überhaupt des Unterleibes festgestellt worden. Die Verschüttung könnte als Ursache nur in Frage kommen, wenn die ersten Beschwerden seitens des Magens kurz nach der Verschüttung, Wochen oder Monate nachher aufgetreten wären. Die ersten Beschwerden wurden aber erst 7 Jahre später geäußert. Es fehlte also für die Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs die Erheblichkeit der Gewalteinwirkung, die örtliche Übereinstimmung zwischen Gewaltwirkung und Geschwulstbildung, der zeitliche Zusammenhang und die Brückensymptome. Auch Dienstbeschädigung durch Verschlimmerung war in hohem Grade unwahrscheinlich schon deshalb, weil dann der Verlauf innerhalb ganz kurzer Zeit hätte tödlich sein müssen. Es wurde daher der Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod als in hohem Grade unwahrscheinlich abgelehnt.

Ziemke (Breslau).

Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für Tuberkulose nicht angenommen. Fortschr. d. Med. Jg. 44, Nr. 16, S. 715—716. 1926.

Kesselschmied, der 20jährig ohrleidend war, 20- und 21jährig (1909 und 1910) wegen allgemeiner Körperschwäche zurückgestellt, 1911 wegen Durchlöcherung beider Trommelfelle der Ersatzreserve zugeteilt wurde, 1912 Lungen- und Rippenfellentzündung durchmachte, 1915 eingezogen wurde, 1916 wegen Mittelohreiterung, Rachen- und Kehlkopfkatarrhs — ohne Tbc.-Befund — ins Lazarett kam, 1917 entlassen wurde, überstand Frühjahr 1924 eine Grippe, erkrankte Sommer 1925 an Bronchialkatarrh mit anschließender Lungenentzündung, Übergang zu Tbc. und Exitus. Der Gutachter nimmt an, daß latente Tbc. vor dem Kriege bestand, die Erkrankungen im Felde nicht tuberkulös waren und jedenfalls ausheilten, die späteren (1924, 1925) Neuerkrankungen, also unabhängig von Kriegseinflüssen seien, Dienstbeschädigung nicht vorliege. *Klieneberger* (Königsberg i. Pr.).

Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für multiple Sklerose und Lungentuberkulose angenommen. Fortschr. d. Med. Jg. 44, Nr. 16, S. 714—715. 1926.

Ein im November 1916 zum Kriegsdienst eingezogener 26jähriger Landwirt, der im Januar 1917 ohne Angabe von Gründen entlassen, im November wieder eingestellt, Januar 1919 endgültig entlassen wird, stellt 1925 Versorgungsantrag wegen Nervenleidens, das seit 1922 sich verschlimmert habe. Er führt das Leiden auf den Krieg zurück und behauptet, daß seit Februar 1918 das rechte Bein wiederholt versagt habe. 1923 habe er erstmalig den Arzt aufgesucht. Das Leiden wurde als multiple Sklerose gedeutet. Der Kranke starb Ende Oktober 1925 an Tbc., die sich in den letzten Jahren entwickelt haben soll. — Der Zusammenhang der multiplen Sklerose (die nicht differentialdiagnostisch sicher ist, Ref.) mit dem Kriege, der lediglich auf eine vereinzelte, durch nichts bewiesene, unwahrscheinliche Angabe des Rentenbewerbers sich stützt, wird bejaht, die Tbc. als unmittelbare Folge der multiplen Sklerose an-

erkannt, da ihre Entwicklung durch den Zwang der Bettruhe und Bewegungshinderung begünstigt wurde, der Tod demgemäß der „Dienstbeschädigung“ zur Last gelegt. (Es ist unverständlich, wie in der heutigen Zeit ein solches Gutachten erstattet, noch unverständlicher, wie es gedruckt werden kann. Ref.) *Klieneberger* (Königsberg i. Pr.).

Schnizer, v.: Dienstbeschädigung als Ursache für Herzleiden nicht anerkannt.
Med. Klinik Jg. 22, Nr. 41, S. 1575—1576. 1926.

Ein 39jähriger Fuhrmann stirbt an einem Herzleiden, das der behandelnde Arzt auf die Kriegstrapazen zurückführt. Die angestellten Ermittlungen ergaben, daß der Verstorbene während seiner aktiven und Kriegsdienstzeit nicht erheblich krank war, nach der Entlassung an einem akuten Gelenkrheumatismus und 4 Jahre später an einer Alkoholneuritis gelitten hat. Die Todesursache war nach dem Krankenblatt eine wesentliche Folge arteriosklerotischer Veränderungen und von Alkoholmißbrauch, der zur Schädigung der Nieren und des Herzens führte und schließlich zum Tode. Während der Dienstzeit lag eine Erkrankung von seiten des Herzens niemals vor. Aus diesem Grunde mußte ein ursächlicher Zusammenhang abgelehnt werden. *Jacobs* (Niebüll).

Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für Endokarditis und ihre Folgen (Tod) abgelehnt.
Med. Klinik Jg. 22, Nr. 38, S. 1459—1460. 1926.

Kasuistische, insofern interessante Mitteilung, als ein 31jähriger Landwirt, der 6 jährig wegen Mittelohreiterung operiert wurde, 15jährig einen schweren Gelenkrheumatismus durchgemacht hatte, 1914 wegen Herz- und Ohrenleidens vom aktiven Dienst zurückgewiesen, 1915 zum Landsturm eingezogen wurde, den ganzen Krieg ohne Erkrankung gut überstand. Nur wenige Tage vor der Entlassung wurde er wegen linksseitiger Ischias behandelt, die nach 3 Wochen völlig ausgeheilt war. Bei der Untersuchung war ein deutliches systolisches Geräusch festgestellt worden. 1919 erneute Mittelohreiterung, Operation. 1921/22 Bronchialkatarrh, Herzfehler. 1922 Influenza, Gelenkrheumatismus, 1924 Knieschwellung, Sommer 1925 Grippe, Gelenkrheumatismus, Herbst 1925 Endokarditis mit allgemeinen septischen Erscheinungen, Blutadergeschwulst, Tod. Ablehnung des Zusammenhangs der Herzkrankung und des Todes, mit dem Kriege, da Herzstörungen schon vor dem Kriege, offenbar im Anschluß an schweren Rheumatismus bestanden, der Kriegsdienst auffallend gut ausgehalten wurde und erst einige Jahre nach der Entlassung der Begutachtete mehrfach an Grippe, Gelenkrheumatismus und schließlich akuten Herzstörungen erkrankte. *Klieneberger*.

Schnizer, v.: Rentenerhöhung wegen Herzschwäche abgelehnt. (Gerichtliches Gutachten.) Fortschr. d. Med. Jg. 44, Nr. 25, S. 1017—1019. 1926.

Nach einer Lungenentzündung 1913 im aktiven Dienst war bei einem Mann eine chronische Herzmuskelinsuffizienz mit Herzverbreiterung zurückgeblieben, wofür eine Erwerbsminderung von 50% angenommen wurde. Bei einer Untersuchung 1914 wurde das Krankheitsbild als Basedow aufgefaßt und 75% Rente bewilligt, diese jedoch 1918 auf 50% herabgesetzt, da keine Basedowerscheinungen gefunden wurden. Bei einer Kur in Nauheim 1925 wurde Arteriosklerose mit breiter Aorta gefunden. Vorher Gelenkrheumatismus, der schon 1922 aufgetreten war. 1926 wurde vom Gerichtsarzt wieder Basedow angenommen, der aber bei der Nachuntersuchung nicht bestätigt werden konnte. Verf. führt des näheren aus, daß nur ein geringer Teil der krankhaften Erscheinungen vom Herzen als Dienstbeschädigung anzusehen seien, während der Hauptteil auf nicht durch Dienstbeschädigung bedingte Leiden entfalle, die teilweise Alterserscheinungen, teilweise Neuerkrankungen seien. Es sei nicht angängig, wie dies vom Gerichtsarzt getan sei, das ganze Krankheitsbild als Dienstbeschädigung zu entschädigen, weil eine klare wissenschaftliche Trennung der einzelnen Leiden vorgenommen werden müsse. Der auf die Dienstbeschädigung entfallende Anteil sei mit 50% Erwerbsminderung reichlich bemessen. Ein Grund zur Rentenerhöhung liege daher nicht vor. *Ziemke* (Breslau).

Schnizer, v.: Tod an Ruhr (7 Jahre nach dem Kriege) nicht als Dienstbeschädigung anerkannt. Med. Klinik Jg. 22, Nr. 35, S. 1344—1345. 1926.

Ein Mann, der nach seiner Einstellung im Felde häufig wegen Magenkatarrhs erkrankte, wurde nach Feststellung eines Zwölffingerdarmgeschwürs mit 30% Rente entlassen. Bei der letzten amtsärztlichen Untersuchung 1920 wurde ein Magengeschwür angenommen und ihm die Rente belassen. 1925 erkrankte er, nachdem er sich vorher gut befunden hatte, plötzlich an einer typischen Ruhr, in deren Verlauf er infolge einer Lungenentzündung starb. Ein Zusammenhang der Ruhr mit dem Dienstbeschädigungsleiden, dem Magenkatarrh, wurde abgelehnt unter dem Hinweis, daß die im mittleren und unteren Abschnitt des Darmkanals auftretenden Ruhrgeschwüre streng von einzelnen Magen- und Darmgeschwüren zu trennen seien, wie sie der Verstorbene während seiner Dienstzeit gehabt hatte. Auch ein Zusammenhang der tödlichen Ruhr mit zwei im Jahre 1914 aufgetretenen Mastdarmgeschwüren mit vorübergehender Blutung sei abzulehnen nach dem ganzen Verlauf der Ruhr. Endlich sei eine Erleichterung des Eintritts der Ruhr durch das vorausgegangene Dienstbeschädigungs-

leiden ebenfalls nicht anzunehmen, da es sich um eine unabhängig von Kriegseinflüssen 7 Jahre nach der Entlassung selbständig auftretende Neuerkrankung gehandelt habe. *Ziemke* (Kiel).

Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für Aderverkalkung und nachfolgenden Tod angenommen. Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 32, Nr. 20, S. 275—276. 1926.

Ein 40jähriger Mann, der schon vorher an einem Herzfehler gelitten und infolge Emphysems und Arteriosklerose jahrelang unter Atembeschwerden gelitten hatte, wurde 1917 eingezogen und kam 1918 wegen Arterienverkalkung, Schrumpfnieren und Herzverweiterung in Lazarettbehandlung. Nach dem Kriege verschlimmerte sich das Leiden weiter und 1925 führte es durch einen Schlaganfall zum Tode. Es wurde für die Aderverkalkung und ihre Folgen Dienstbeschädigung durch Verschlimmerung angenommen. Da der Tod infolge Bruch eines Gehirngefässes durch die Aderverkalkung herbeigeführt wurde und Dienstbeschädigung für die Verschlimmerung der Aderverkalkung vorlag, so war der Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod als wahrscheinlich anzunehmen. *Ziemke*.

Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für Arteriosklerose anerkannt. Fortschr. d. Med. Jg. 44, Nr. 27, S. 1086—1087. 1926.

Bei einem 1914 eingezogenen Oberleutnant trat das Hauptleiden, die Aderverkalkung, und seine Einflüsse auf das Herz erst als Spätfolge einer Verwundung am linken Oberschenkel, insbesondere eines sich anschließenden Gasödems in den Vordergrund. Wenige Monate nach dem Gasödem zeigten sich Störungen von seiten des Herzens: Unruhe, Atemnot bei Anstrengungen, erregter Puls, unregelmäßige Herztätigkeit und Schlaflosigkeit. Verf. führt aus, daß erfahrungsgemäß langwierige Eiterungen das Herz durch Entzündung der Innenhaut schädigen können, namentlich wenn sie auf schweren Infektionen wie Gasphtlegmonen beruhen. Die Herzschädigung trat im vorliegenden Fall zuerst unter dem Bilde eines Nervenleidens, besonders mit Veränderungen der Druckverhältnisse auf; erst später traten die Störungen seitens des Herzens und des Gefäßsystems in den Vordergrund und infolge des erhöhten Blutdruckes kam es zur Gehirnblutung. Diese war die Ursache des Todes und war wissenschaftlich als mittelbare Folge der Verwundung und ihrer Komplikation anzusehen. *Ziemke* (Breslau).

Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für einen Herzfehler abgelehnt. Fortschr. d. Med. Jg. 44, Nr. 27, S. 1087—1088. 1926.

Ein 45jähriger Mann, der bereits vor der Einstellung 3 mal Gelenkrheumatismus gehabt hatte, war im Felde durch seine Fettleibigkeit aufgefallen, hatte aber damals Erscheinungen von Herzschwäche nicht gehabt. Im Jahre 1914 kam er ins Feld und war nach seiner Erkrankung an Muskelschmerzen im Rücken im September 1914 und geringfügigen äußeren Erkrankungen nicht wieder erkrankt. Seine Beschwerden im Kriege beruhten im wesentlichen auf Plattfüßen. Wahrscheinlich hatte der Mann schon vor dem Kriege infolge seines Gelenkrheumatismus eine Schädigung seines Herzens erlitten. Nach dem Kriege soll er zeitweise alljährlich ärztliche Hilfe wegen seines Herzleidens in Anspruch genommen haben. Von einer Verschlimmerung durch den Kriegsdienst kann aber deswegen keine Rede sein, weil er während des Krieges wegen des Herzleidens niemals den Arzt aufgesucht hat, übrigens bei der Untersuchung auch normaler Herzbefund festgestellt worden war. Die Herzmuskelentartung führte 1925 durch Herzschwäche zum Tode. Wie weit sie zurückliegt, ließ sich mit Sicherheit nicht mehr bestimmen, im Kriege bestanden jedenfalls keine Anzeichen für sie; wenn sie sich nach dem Kriege wieder bemerkbar machte, so war dies durch zunehmende Fettleibigkeit und Alkoholismus bedingt. Es handelte sich also um den schicksalhaften Verlauf eines durch den Krieg nicht bedingten Leidens; Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod war als nicht wahrscheinlich abzulehnen. *Ziemke* (Breslau).

Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für Lungenkrebs abgelehnt. Fortschr. d. Med. Jg. 44, Nr. 24, S. 977—978. 1926.

Ein 48jähriger Mann, der seit 10 Jahren heiser gewesen war und Husten und Auswurf gehabt hatte, wurde 1915 zum Landsturm eingezogen, erkrankte 1 Jahr später an chronischem Kehlkopfkatarrh und kam ins Lazarett, wo Lungenerweiterung, abgeheilter Prozeß der rechten Lunge, akuter linksseitiger Lungenkatarrh und Mitralklappenstenose festgestellt wurde. Er wurde nach 3 Monaten garnisonstüchtig zur Truppe entlassen. Bald darauf neue Erkrankung an dem alten Leiden und am 1. IX. 1916 Entlassung als beschränkt kriegsverwendungsfähig. Im Jahre 1918 war er nochmals wegen Mittelohrentzündung und bald darauf wegen Bronchitis des rechten Unterlappens und Geräuschen an der Herzspitze kurze Zeit in ärztlicher Behandlung und wurde Ende November 1918 endgültig entlassen. Auf einen Versorgungsantrag 1919 erhielt der Mann wegen geringgradiger Lungenveränderung und Verschlimmerung eines bereits vorhandenen Kehlkopfleidens 30% Erwerbsminderung, bei der Umanerkennung 1922 Herabsetzung auf 20%. Vom Dezember 1924 bis Februar 1925 Krankenhausbehandlung wegen Lungenkrankheit. Es wurde eine Lungentuberkulose oder Lungenneubildung angenommen. Im August 1925 wurde nach Untersuchung einer Halsdrüse Lungenkrebs festgestellt, der durch die Obduktion bestätigt wurde. Es wurde mit großer Wahr-

scheinlichkeit angenommen, daß der Lungenkrebs nicht als Kriegsfolge anzusehen sei, weil er erheblich rascher als 7 Jahre verlaufe, welche Zeit zwischen Entlassung und Tod lag. Auch eine Entwicklung des Krebses auf dem Boden einer tuberkulösen Kaverne wurde wegen der Länge der Zeit abgelehnt und kam als Dienstbeschädigung höchstens in Form einer Verschlimmerung des Lungenleidens durch den Krieg in Frage. Da der Mann 1921 und 1922 zuerst angefangen hatte, zu husten und erst im Herbst plötzlich stark abgenommen hatte, wurde der Beginn der Erkrankung um 1921 angenommen und der Krebs als eine von Kriegseinflüssen unabhängige Neuerkrankung angesehen.

Ziemke (Kiel).

Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für Psychose nach Malaria angenommen. Med. Klinik Jg. 22, Nr. 27, S. 1045—1046. 1926.

Patient zeigte nach Malaria spinale Symptome, psychische Veränderung, epileptische Anfälle. Tod durch Suicid. Verf. nimmt depressive Psychose auf Grund von organischen Veränderungen, bedingt durch Malarialtoxin, an. Dienstbeschädigung wird als vorliegend erachtet. Henneberg (Berlin)._o

Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie.

● **Streicher, Hubert: Das Wahrsagen. (Kriminol. Abhandl. Hrsg. v. W. Gleispach.)** Wien: Julius Springer 1926. VII, 162 S. RM. 9,60.

Nach kurzer Erörterung der Geschichte des Wahrsagens und eingehender Beschreibung der verschiedenen üblichen Verfahren von der Astrologie bis zum Kartenauflegen und zur Traumdeutung beschäftigt sich Verf. mit den seelischen Grundlagen des Wahrsageglaubens. Einst Gemeingut einer ganzen Bevölkerung und als Mittel zu ihrer Beherrschung genährt und unterhalten, ist er auch heute noch sehr verbreitet. Verfechter des Wahrsageglaubens suchen ihn auf verschiedenste Art, oft sehr leidenschaftlich, zu begründen. Die Jüngsten verweisen namentlich auf ungewöhnliche Fähigkeiten in der Ekstase. Die Tätigkeit der meisten Wahrsager hat aber mit Ekstase nicht das geringste zu tun. Bei allem Wahrsagen, das nach bestimmten Regeln erfolgt, erledigt sich diese Erklärung von selbst. Die Offenbarungen der Hellseher sind oft so dunkel und allgemein gehalten, daß man alles Mögliche daraus deuten kann. Die meisten Wahrsager sind Schwindler, die entweder von vornherein eine gute Menschenkenntnis besitzen oder sie sich im Laufe ihrer Tätigkeit angeeignet haben. Bei den wenigen gläubigen Wahrsagern dürfte ein gewisses Minderwertigkeitsgefühl die Grundlage sein, das nach einem Ausgleich verlangt, der die Eitelkeit befriedigt. Das ohne besondere Mühe zu erlernende Wahrsagen nach den üblichen Verfahren und die dadurch erlangte Macht über Menschen können diese Befriedigung gewähren. Ankündigungen in Zeitungen spielen bei der Beschaffung der Kunden die größte Rolle. Bei denen, die eine Wahrsagung suchen, ist der Glaube gewöhnlich an die Wahrsagefähigkeit eines bestimmten Menschen oder an die Leistungsfähigkeit des Verfahrens beschränkt. Kaum jemals versuchen sie, sich mit dem, was sie erwarten dürfen, klar auseinanderzusetzen. Die Grundstimmung ist meistens die Scheu vor der Wirklichkeit. Sie verlangen eine bestimmte Wahrsagung gar nicht, da diese ungünstig ausfallen könnte, ziehen vielmehr jene, die sich möglichst weit auslegen lassen, so daß auch die eigenen Wünsche Berücksichtigung finden können, vor. Das Wahrsagen bedeutet ganz allgemein eine Schädigung des Fragestellers. Sie liegt erstens darin, daß er für etwas ganz Wertloses eine oft recht nennenswerte Zahlung leisten muß. Zweitens wird der Fragesteller oder ein anderer durch Wahrsagungen oft zu Handlungen oder Unterlassungen verleitet, die ihn nachher einschneidend schädigen. Drittens wird der Wahrsageglaube oft zu rechtswidrigen Handlungen ausgenutzt, indem der Wahrsager den Gläubigen weiterhin in der unerhörtesten Weise ausbeutet. All dies verlangt eine Bekämpfung des Wahrsagens von Staats wegen. Doch gelingt es sowohl nach dem geltenden österreichischen wie auch deutschem Recht nur höchst selten, den Wahrsager zu fassen. Die Anwendung der Bestimmungen über den Betrug scheitert häufig daran, daß die mangelnde Selbstgläubigkeit des Wahrsagers nicht zu erweisen ist. Wenn eine schriftliche Weissagung vorliegt, so wird dadurch der Nachweis der Täuschung sehr erleichtert. Bei körperlichen Schädigungen läßt sich die Bestimmung über die fahrlässige Körperverletzung meist nicht anwenden, da hierzu die Einsicht in die Gefähr-

lichkeit der Handlung erforderlich ist. Die neuen Strafgesetzentwürfe bringen in diesen Verhältnissen keine wesentliche Änderung. Dagegen ist das gewerbsmäßige Wahrsagen in vielen deutschen Staaten durch Polizeibestimmungen verboten. So in Wien, in Bayern, Hessen, Baden, Sachsen. In den Strafgesetzen vieler außerdeutscher Staaten ist das Wahrsagen als Übertretung bedroht. Verf. nennt in diesem Zusammenhang Frankreich, Belgien, Luxemburg, Spanien, Chile, Italien, Dänemark, Schweden, Finnland, Ungarn, einige Schweizer Kantone, England und Sowjetrußland. Er meint, daß dem Unfug nur durch ein unbedingtes gesetzliches Verbot des Wahrsagens gegen Entgelt gesteuert werden kann, und schlägt folgende Ergänzung zum Entwurf des deutschen Strafgesetzes vor: „Wer öffentlich das Wahrsagen betreibt oder hierzu Kunden wirbt, ist mit Gefängnis (etwa bis zu 6 Monaten) oder Geldstrafe zu bestrafen. Ebenso ist zu bestrafen, wer offene oder verdeckte Wahrsagerannoncen zur Verbreitung übernimmt. Der Versuch ist als strafbar zu erklären. Die Strafe erhöht sich, wenn die Tat gewerbsmäßig oder im Rückfall begangen wurde. Ist durch das Wahrsagen eine körperliche Verletzung oder ein anderer schwerer Erfolg verursacht worden, so wäre Gefängnisstrafe bis zu deren Höchstmaß vorzusehen. In besonders schweren Fällen ist die Strafe Zuchthaus bis zu 10 Jahren; in besonders leichten Fällen kann das Gericht von Strafe absehen.“

Meixner (Wien).

● **Jaensch, Walther:** *Grundzüge einer Physiologie und Klinik der psychophysischen Persönlichkeit. Ein Beitrag zur funktionellen Diagnostik.* Berlin: Julius Springer 1926. X, 483 S. u. 27 Abb. RM. 33.—.

Zunächst werden zahlreiche Untersuchungen angestellt über Art und Beschaffenheit der eidetischen Anlage. Diese wurden in Beziehung gebracht zu den beiden vom Verf. aufgestellten Haupttypen (Biotypen), dem T- (Tetanie-) und B- (Basedow-) Typus nebst ihren Mischformen. Diese Typen zeigen die Tetanie- und Basedowsymptome bald nur einzeln, bald nur angedeutet, bald in stärkerer Ausprägung, aber immer noch innerhalb des Normalen. Dann finden sich Übergänge bis zur ausgebildeten Krankheit. All das deckt Verf. durch Heranziehung der verschiedenen der inneren Klinik entnommenen Untersuchungsmethoden auf. Ein Vergleich mit Kretschmers Typen ergibt, daß die Biotypen des Verf. manche Berührungs punkte mit diesen haben, im großen ganzen aber von ihnen abweichen. Während Kretschmer zu seinen Ergebnissen vielfach auf rein intuitivem Wege gelangt ist, beruhen die Ergebnisse des Verf. auf ausschließlich experimentell gewonnenen Tatsachen. Manche Fragen der Rassenhygiene, der Jugendmedizin, der Psychopathologie und Psychiatrie rücken durch die Untersuchungen des Verf. in ein neues Licht. Es ist ein umfangreiches Material, das der Verf. zusammengetragen und verarbeitet, aus dem er seine Schlüsse gezogen, neue Wege der Forschung gewiesen hat, ein Stoffgebiet, aus dem verschiedene wissenschaftliche Fächer, die Psychologie, die innere Medizin, die Psychiatrie, die Pädagogik, die gesamte Konstitutionsforschung neue Anregungen werden schöpfen können.

Ganter (Wormiddt).

Hellstern, Erwin P.: *Weiterer Beitrag zur Psychopathologie des Verbrechers* Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. 17, H. 7/8, S. 284—292. 1926.

Verf. veröffentlicht einige für die Psychopathologie der Rechtsbrecher charakteristische Schreiben von Strafanstaltsinsassen. Fast immer war die Absicht, sich irgendeinen kleinen Vorteil zu verschaffen, durchsichtig. Sorge um das körperliche Wohl, vor allem Wunsch nach besserer Kost, auch Aberglauben spielten eine Rolle. Die unscheinbarsten Begebenheiten erlangten unverhältnismäßige Wichtigkeit.

Raecke (Frankfurt a. M.).

Pipper, Ulrich: *Die Psychopathologie der Aussage des Kindes in forensischer Beziehung.* Arch. f. Kinderheilk. Bd. 78, H. 1, S. 20—31. 1926.

Das Kind vermögt nicht immer Selbsterlebtes und Gehörtes auseinanderzuhalten und ist Suggestionen außerordentlich zugänglich. Alle Aussagen von Kindern vor Gericht sind deshalb mit größter Vorsicht zu verwerten. Ganz besonders gilt dies bei sensiblen, phantasie reichen, zum Lügen geneigten oder gar hysterischen Kindern. Jedes Kind sollte deshalb vor der Verwertung seiner Aussage von einem psychiatrischen Gutachter untersucht werden. Aber auch die Aussagen abnormer Kinder dürfen in Ausnahmefällen verwertet werden, wenn ihre Glaubwürdigkeit durch andere Tatsachen erwiesen wird. Psychisch sonst gesunde Stotterer sind wie geistig gesunde

Kinder zu beurteilen. Damit nicht von außen herantretende Einflüsse die kindlichen Aussagen unbrauchbar machen, muß der Tatbestand durch eine möglichst beschleunigte, einmalige Vernehmung geklärt werden. Alle Suggestivfragen sind unbedingt zu vermeiden.

Campbell (Dresden).

Carp, E. A. D. E.: Einige Fälle von Kriminalität bei Kindern. (*Süd-holländ. Neurol.-Vereinig., Endegeest, Sitzg. v. 21. II. 1926.*) Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **70**, 2. Hälfte, Nr. 12, S. 1361. 1926. (Holländisch.)

Ausführlich wird ein Fall mitgeteilt von Sadismus bei einem 16jährigen Knaben, der schon in frühestem Kindesalter sadistische Neigungen gezeigt hatte. Mit 4 Jahren biß er wiederholt ein benachbartes Mädchen in die Füße, in den Schuljahren trat und schlug er junge Mädchen auf die Füße und gegen die Beine, was später überging in Schlägen mit der Peitsche und Stechen mit einem Messer in Beine und Füße, alles schon früh vergesellschaftet von erotischen Sensationen. Auch der geschuhte Fuß erregte ihn. Neben diesen sado-fetichistischen Neigungen waren auch masochistische vorhanden, denn er ließ sich den neu-beschuhten Fuß mit Wollustgefühlen von einem Wagen überfahren oder schlug sich selbst mit einem Eisen darüber.

Lamers (Herzogenbusch).

Hadley, Ernest E.: Comments on pedophilia. (Bemerkungen über Pädophilie.) Med. journ. a. record Bd. **124**, Nr. 3, S. 157—162. 1926.

Psychoanalytische Betrachtungen über einen 25jährigen Studenten, der an teilweiser Impotenz mit Ejaculatio praecox litt. Er war von der Mutter übermäßig lange gestillt worden, hatte schon als kleiner Junge Cunnilingus und Fellatio mit gleichaltrigen Mädchen betrieben, mit 7 Jahren Coitusversuche gemacht, mit 12 die erste Ejaculation erzielt. Später hatte er bei Prostituierten nur Mißerfolge. Dagegen bekam er Erektionen bei unzüchtigen Berührungen seiner kleinen Nichten. Es entwickelte sich ein sadistischer Drang, kleine Kinder zu mißbrauchen und zu töten. Doch blieb es bei Spielen der Phantasie. Auch bestanden depressive Verstimmungen und Haßinstellung gegen die Gesellschaft. Einige Zeit nach seiner Behandlung gelangte er ins heterosexuelle Stadium, paßte sich an und wurde Vater eines Sohnes. Verf. leitet hier die Pädophilie vom kindlichen Autoerotismus ab.

Raecke (Frankfurt a.M.).

Zeehandelaar, J.: Homosexualität und ärztliche Begutachtung. Psychol. u. Med. Bd. **2**, H. 1, S. 75—78. 1926.

Ein 37jähriger verheirateter Tapezierer, Vater von 2 Kindern, hatte bei der Heilsarmee als Jungling Gelegenheit, mit anderen jungen Leuten herumzutollen, wobei er geschlechtliche Erregung, auch Erektion und zuweilen Ejakulation bekam. Immer geschah dies in bekleidetem Zustand. Im übrigen pflegte er Umgang mit Mädchen und hatte heterosexuelle Träume. Als Offizier der Heilsarmee trieb er in seinem 22.—24. Lebensjahr mit anderen Offizieren Onanie. Später kam eine Pause in den homosexuellen Betätigungen, doch kehrten diese wieder, und als er vor einem Jahre bei einer solchen Gelegenheit seine Genitalien entblößte, erfolgte Anzeige. Die ärztliche Untersuchung führte zur Annahme, daß bei dem Manne durch Jugendfixationen bei sexueller Lust eine homosexuelle Komponente zur Verstärkung gebracht wurde. Durch psychische Behandlung gelang es, die Festkuppelung an die Jugendindrücke zu lösen und die sexuellen Gedanken ausschließlich an den normalen Geschlechtsverkehr mit der Frau zu knüpfen. Es wurde daher dem Gerichte empfohlen, nur eine bedingte Verurteilung auszusprechen. Diesem Vorschlage gab die Berufungsinstanz nach.

Haberda (Wien).

Joël, Ernst, und Fritz Fränkel: Zur Pathologie der Gewöhnung. II. Mitt. Über Gewohnheit und psychische Gewöhnung. Therapie d. Gegenw. Jg. **67**, H. 2, S. 60-63. 1926.

Anknüpfend an eine frühere Arbeit stellen die Verff. fest, daß auf diesem Gebiete der Pathologie die Begriffe nicht genügend scharf geklärt sind. Von Gewöhnung an ein Gift sollte nur dann gesprochen werden, wenn eine Toleranzerhöhung vorliegt. Bei rein psychischer Bindung an das Gift, ohne Resistenzsteigerung, sollte man von Gewohnheit sprechen. So kommt es bei häufiger Cocainnahme zwar vielfach zur Gewohnheit, zur Sucht, aber nicht zur Gewöhnung. Neben der körperlichen Gewöhnung gibt es aber auch eine echte psychische Gewöhnung. Hier reichen die Anfangsdosen im späteren Verlauf der Sucht nicht mehr aus, nicht weil der Körper das Gift schneller zerstört oder auf andere Weise eliminiert, sondern weil sich die Seele gegen die anfängliche Sensation abgestumpft hat und nach neuen und stärkeren verlangt. Im ersten Falle hat sich der echte Bedarf gar nicht geändert, wohl aber im zweiten Fall. Psychische und somatische Gewöhnung können nebeneinander bestehen. — Die vorgebrachten Gedankengänge werden am Beispiel verschiedener Gifteleidenschaften erläutert.

E. Joël (Berlin).

Ehrenfreund, R. N. Erasmo: *Responsabilità penale in cocainista. Perizia medico-forense e considerazioni.* (Die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Cocainisten.) Ann. di med. nav. e colon. Bd. 1, H. 1/2, S. 8—28. 1926.

Sehr ausführliche Schilderung eines straffällig gewordenen jugendlichen Cocainisten, der verurteilt wird, weil er einer Prostituierten, mit der er mehrere Monate verkehrt hatte, bei der Trennung eine goldene Zigarettendose entwendete. Im Gefängnis keine Zeichen nervöser Erschöpfung trotz brüsker Entziehung des Cocains. Nach der Entlassung kurzer Aufenthalt in einer Heilanstalt, aus dieser Einziehung zum Militär, Desertion, erneute Verurteilung. Bei der Untersuchung keine Zeichen einer geistigen Erkrankung.

Weder das italienische Militär- noch das Strafgesetzbuch erkennt den Cocainismus als solchen als Strafausschließungsgrund im Sinne einer Geisteskrankheit an. Die Verleitung zum Cocainismus könnte nach Meinung des Verf. u. U. als Verleitung zum Selbstmord bestraft werden, da nicht behandelter Cocainismus zur Kachexie und schließlich zum Tode führt. Er definiert den Haschischdeliranten als einen solchen, der sieht und handelt, den Opiumdeliranten als einen, der sieht, aber nicht handelt, den Cocaindeliranten als einen, der weder sieht noch handelt. Von den Sexualfunktionen ist beim Cocainisten nur die Fähigkeit zum Lustgefühl erhalten, während die Beischlafsfähigkeit abgeschwächt oder aufgehoben ist. Im übrigen wird nichts wesentlich Neues gebracht.

G. Strassmann (Breslau).

Erlenmeyer, Albrecht: *Zur Theorie und Therapie des Morphinismus.* Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 103, H. 4/5, S. 705—718. 1926.

Die letzte Arbeit des Altmeisters in der Therapie der Toxikomanien gibt einen Überblick über die gegenwärtigen Ansichten von dem Wesen des Morphinismus ohne eine selbständige Theorie aufzustellen. Besonders wird hingewiesen auf den Einfluß der Morphiumsucht auf das Herz und die Gefäße. Bei gewohnheitsmäßigem Morphiumgebrauch kommt es zu Hypertonie und daher zu einer genügenden Widerstandskraft gegen die hypotonischen Wirkungen der Entziehung. Für diese selbst empfiehlt Erlenmeyer schnelles, aber nicht plötzliches Vorgehen, Alkalisierung des Magen-Darmtraktus, Regulierung der Herzaktivität, Beruhigung und Schlafmittel sowie Überwachung der Rekonvaleszenz und Arbeitstherapie.

F. Fränkel (Berlin).

Toomingas, K.: *Die Alkoholiker in schizophrenen Familien.* Eesti arst Jg. 5, Nr. 4, S. 121—127. 1926. (Estnisch.)

Verf. bespricht die Bedeutung des Vorkommens von Alkoholikern in Familien mit schizophrenen Mitgliedern. Das Auftreten von Schizophrenie ist nicht einfach als Folge von elterlichem Alkoholismus aufzufassen, diese Eltern sind aber häufig schizoide Psychopathen. Verf. bringt mehrere genealogische Tabellen.

Bresowsky (Dorpat).^{oo}

Joël, Ernst: *Über Selbstbetäubung und Selbstvernichtung.* (Gesundheitsamt d. Stadtbezirkes Berlin-Tiergarten.) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 26, S. 1082 bis 1084. 1926.

Verf. unterscheidet 4 Arten von klinisch bedeutungsvollen Giften: Arzneigifte, Gewerbegifte, Genußgifte, Selbstmordgifte. — Er führt den Nachweis, daß die Kurve der Selbstmorde durch Vergiftung ebenso angestiegen ist wie die der chronischen Vergiftungen durch Rauschmittel. Selbstbetäubung und Selbstmord stehen sich nah. Die Sucht ist eine Art von befristeter Selbstvernichtung, und zwar nicht nur ihrem klinischen Bild und ihrem Endeffekt nach, sondern zuweilen geradezu im Erlebnis des Süchtigen. An Hand sehr instruktiver Beispiele wird das näher ausgeführt. Bemerkenswert sind die Beziehungen, die sich zwischen Selbstbetäubung, Selbstentmannung und Selbstmord ergeben. — Die familiäre Veranlagung zu Sucht und Selbstmord wird betont. Schließlich wird auch vom prophylaktischen und therapeutischen Standpunkt aus auf wesentliche psychologische Übereinstimmungen zwischen Giftsucht und Selbstmord hingewiesen.

F. Fränkel (Berlin).

Seelert, Hans: *Anleitung zu psychiatrischen Untersuchungen.* Leipzig: Georg Thieme 1926. 175 S. u. 3 Abb. geb. RM. 5.40.

Seelerts wertvolles kleines Buch füllt eine oft empfundene Lücke unserer Literatur aus. In knappster, ja oft allerknappster Fassung bringt S. fast die gesamte allgemeine Psychiatrie,

aber immer in der Form einer Anleitung zum Beobachten und Untersuchen sowohl der Einzelsymptome als der Gesamtpersönlichkeit der Geisteskranken. Es ist ihm dabei gelungen, den schwierigen und spröden Stoff in einer Weise zu bearbeiten, daß nicht nur der Anfänger und der der Psychiatrie fernerstehende Arzt seinen Deduktionen leicht folgen kann, sondern daß auch der Spezialist mannigfache Anregungen dem Büchlein entnimmt und kaum je zu Einwendungen Anlaß findet. Mit dem allergrößten Nutzen aber wird es der jüngere, in der Anstaltsbehandlung tätige Irrenarzt und der Gerichtsarzt verwenden können, für die es offenbar in erster Linie geschrieben ist. Möge es recht viele Leser unter ihnen finden!

Stier (Berlin).

Huddleson, James H.: Connotation of constitutional psychopathic inferiority without psychosis. A study of five hundred diagnoses. (Über konstitutionelle psychopathische Minderwertigkeit ohne Psychose.) *Journ. of the Americ. med. assoc.* Bd. 86, Nr. 26, S. 1960—1964. 1926.

Meist statistische Betrachtungen an 500 Fällen von 33 verschiedenen Psychiatern diagnostiziert. Unter obiger Diagnose werden zusammengefaßt: Verbrecher, Affektlabile, unausgeglichene Persönlichkeiten, Paranoide, pathologische Lügner und Sexualpsychopathen. Verf. stellt zusammen, wie oft einzelne Züge wie körperliche Stigmen, manisch-depressive Züge, Zeichen von Debilität, Affektlabilität usw. vorkommen. — Mit Recht betonen House und Schwab in der Diskussion die offenkundige Fruchtlosigkeit solcher Statistiken und die Einseitigkeit des Materials (Männer, ehemalige Soldaten in bestimmten Altersgrenzen, z. T. Rentenanwärter).

Josef Wilder (Wien)._o

Raynier, Julien, et Xavier Abély: L'interdiction et la protection des personnes. (Die Entmündigung und die Fürsorge bei Geisteskranken.) *Ann. méd.-psychol.* Jg. 84, Bd. 1, Nr. 5, S. 403—416. 1926.

Die Verfasser vergleichen die Regelung der Entmündigung im bürgerlichen Recht und die irrenrechtlichen Bestimmungen des Gesetzes von 1838. Als Vorteile der letzteren werden erwähnt: die getrennte Wahrung der vermögensrechtlichen und der persönlichen Belange des Kranken durch zwei verschiedene Personen, der Ausschluß der finanziell interessierten nächsten Verwandten bei der gerichtlichen Bestellung des mit der persönlichen Fürsorge beauftragten „curateur“ und die automatische Beendigung dieser amtlichen Fürsorge bei der Anstaltsentlassung. Demgegenüber werden als Nachteile des Entmündigungsverfahrens genannt: die Beschränkung des Rechtes auf Stellung des Antrags auf Entmündigung sowie des Rechtes auf Bestellung als Vormund ausschließlich auf die allernächsten, finanziell interessierten Verwandten, die mangelhafte Kontrolle durch den bedeutungslosen Familienrat und den gleichfalls nicht unabhängigen Mitvormund, die Fortdauer der Entmündigung nach der Entlassung und die allzuweit gehenden Befugnisse des Vormundes, der ausschließlich über Entlassung, Wechsel der Anstalt, Zulassung von Besuchen und im Benehmen mit dem Familienrat auch über die Unterbringung zu befinden hat. Hieraus wird gefolgt, daß die veralteten Bestimmungen über die Entmündigung mindestens gleichzeitig mit der Revision des dem modernen Empfinden weit mehr entsprechenden Gesetzes von 1838 zu ändern seien, wobei die Rechtsverhältnisse des entmündigten und des nicht entmündigten Geisteskranken besser als bisher in Übereinstimmung gebracht werden müßten. Hoffentlich wird dann auch das bisher fehlende ärztliche Zeugnis in das Gesetz aufgenommen.

Hans Roemer (Karlsruhe)._o

● Raecke: Der Querulantenvahn. Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie. (Grenzfragen d. Nerven- u. Seelenlebens. Begr. v. L. Löwenfeld u. H. Kurella, Hrsg. v. Kretschmer. H. 127.) München: J. F. Bergmann 1926. 84 S. RM. 4.50.

Diese gerade für den gerichtlichen Mediziner besonders wichtige Abhandlung gibt unter Anführung eigener Fälle eine klare und auf das Wesentliche eingehende Darstellung des bedeutsamen Krankheitsbildes des Querulantenvahns. In ihr kommen zugleich auch die neueren psychiatrischen Anschauungen, wie sie sich im Anschluß an die Klinik der Paranoia und der psychisch-reaktiven Störungen entwickelt haben, zum Ausdruck. Danach stellt sich der Querulantenvahn als eine von schädigenden Umweltreizen verursachte Affektreaktion einer psychopathischen Veranlagung dar, die entsprechend der Abhängigkeit von äußeren Faktoren weitgehend besserungs- und selbst gelegentlich heilungsfähig ist. Bei seiner Begutachtung ist stets zwischen transitorischen Erregungsgipfeln und dem Dauerzustand zu unterscheiden, wie überhaupt stets der jeweilige Geisteszustand für die Frage der Zu- und Unzurechnungs-

fähigkeit zu prüfen ist. Übereilte Verallgemeinerungen bezüglich der Zukunftsaussichten sind ebenso zu vermeiden wie verbitternde Maßregeln. Die rechtliche Behandlung der Querulant en muß überhaupt nach verschiedenen Richtungen neu geklärt werden. So ist speziell hinsichtlich der Entmündigung die Frage klarzustellen, ob diese nur zum Schutze des geistesgestörten Querulanten oder aber auch zur Sicherung der Hoheit der staatlichen Rechtspflege erfolgen darf.

Birnbaum (Herzberge).

Donner, S. E.: Über Belastung mit Schlag und Arteriosklerose bei den Paralytikern und bei anderen Geisteskranken. (*Genealog. Abt., dtsch. Forschungsanst. f. Psychiatrie, München.*) Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 2: Zeitschr. f. Konstitutionslehre Bd. 12, H. 5, S. 564—636. 1926.

Die Frage, ob die Eltern der Paralytiker mehr durch Schlaganfall und Arteriosklerose sterben als die gleich alten Eltern anderer Geisteskranker, ist nach den Untersuchungen des Verf. in positivem Sinne zu beantworten, soweit die Eltern ein Alter über 60 Jahre erreicht haben. Es ist anzunehmen, daß sich die Anlage zur Arteriosklerose direkt vererbt. Die Eltern der Paralytiker zeichnen sich durch eine größere Neigung zu Gehirnapoplexien aus als die Eltern der Geisteskranken im Durchschnitt und speziell die Eltern der Man.-Depr. und Dem. praecox-Kranken. — Dagegen ist die Frequenz von „nur Herzschlag und Arteriosklerose“ bei den Paralytiker-Eltern nicht höher als bei andern Geisteskranken. Demnach ist es nur die Gehirnapoplexie, die eine Bedeutung als belastendes Moment für die Paralytiker besitzt. — Bei den Paralytikereltern überwiegt die Belastung mit Gehirnschlag, Herzschlag und Arteriosklerose auf Seiten der Väter; die Mütter erheben sich in dieser Beziehung nicht über den Durchschnitt. Nach Ansicht des Verf. bildet eine überwiegend unter den Männern überhaupt vorkommende konstitutionelle, von den Vätern ererbte krankhafte Disposition des Gehirngefäßsystems eine wichtige Ursache für das Zustandekommen der Paralyse. Die Untersuchungsergebnisse bleiben auch bei einer Gruppierung nach verschiedenen sozialen Klassen und Berufen bestehen. Sehr wichtig scheint mir die Feststellung, daß auch im Gesamtmaterial die Schlagarteriosklerose bei den Männern häufiger ist als bei den Frauen; umgekehrt aber ist dies Verhältnis bei den Eltern von Dem. praecox-Kranken, woraus Verf. den vorsichtigen Schluß zieht, daß die Konstitution der Mütter von Dem. praecox-Kranken hinsichtlich des Gefäßsystems wohl anders sein müsse als bei den Müttern der anderen Geisteskranken und den Müttern im Durchschnitt. — Die Eltern der Paralytiker haben keine besondere Neigung zu Langlebigkeit, dagegen scheint eine solche Neigung bei den Eltern von Manisch-Depressiven vorhanden zu sein. — Die Art des Erbganges bei der Disposition zur Arteriosklerose ist möglicherweise dominant-geschlechtsbegrenzt. — Ein besonderer Abschnitt beschäftigt sich mit anderen Todesursachen bei den Eltern von Geisteskranken. Als nicht unwichtiges Ergebnis wäre hier hervorzuheben, daß die Eltern von Dem. praecox-Kranken eine Neigung zu Todesfällen an Herz- und Nierenaffektionen (besonders im Alter von 61—70 Jahren) zeigen. —

H. Hoffmann (Tübingen)._o

Sarbó, Arthur von: Über Zisternenpunktion. (*Ayer-Eskuchen.*) (*Neurol. Abt., St. Stephan-Spit., Budapest.*) Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 19, S. 841—844. 1926.

Verf. hat die Zisternenpunktion 180 mal bei 150 Patienten ausgeführt. Die Zisternenpunktion ist kaum nennenswert schmerhaft, während die Lumalpunktion immer Schmerzen verursacht. Der negative Druck, der normalerweise in der Zisterne herrsche, ist die Ursache, daß die bei der Lumalpunktion auftretenden Folgeerscheinungen ausbleiben. Zu erwähnen ist noch, daß er wiederholt den von den Autoren als regelmäßig auftretend angegebenen Widerstand beim Durchstoßen der Membran nicht gefühlt hat, was er durch die physiologische Zartheit des unteren Membranteiles erklärt. Von einem Abtasten des Hinterhauptknochens sieht er neuerdings ab, da dadurch sehr häufig die Nadelspitze stumpf werde. — Für diagnostisch bedeutsam hält Sarbó, der im Sitzen punktiert, wenn der Liquor ohne Ansaugén spontan aus der Nadel trüpfelt. Er fand diese Druckerhöhung des Zisternenliquors bei Epilepsie, pro-

gressiver Paralyse und Lues cerebri in über 50%, außerdem bei einigen Fällen von Parkinsonismus; er gibt wegen dieser diagnostischen Möglichkeiten der Punktions im Sitzen den Vorzug. Für die weitere diagnostische Wichtigkeit der Zisternenpunktion führt er die Myelographie an; er verwandte Lipiodol in 6 Fällen, wo es teilweise für die Diagnose ausschlaggebend war und ohne wesentliche Reizerscheinungen vertragen wurde.

Albrecht (Berlin).^{oo}

● Muskens, L. J. J.: Epilepsie. Vergleichende Pathogenese. Erscheinungen. Behandlung. (Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neurol. u. Psychiatrie. Hrsg. v. O. Foerster u. K. Wilmanns. H. 47.) Berlin: Julius Springer 1926. VIII, 395 S. u. 52 Abb. RM. 30.—.

Das Werk beginnt nach einem Überblick der Geschichte der Epilepsieforschung und besonderer Berücksichtigung der Absinth- und Bromcampherepilepsie mit einer genauen experimentellen Untersuchung der myoklonischen Reflexe vorwiegend an Katzen, die mit Bromcampher oder Absinth vergiftet wurden. Dabei zeigte sich Zunahme der reflektorischen Erregbarkeit auf akustische und tactile Reize. Bei weiterer Entwicklung zeigte sich die Reihenfolge: verstärkte myoklonische Reflexe, Reflexnachwirkung, spontane Zuckungen, Zuckungsserien, Anfall. Die Verkürzung der refraktären Phase ist typisch. Der Anfall wird als Reflexnachwirkung angesehen und zwar im Sinne einer zweckmäßigen Änderung des Reflexes im Interesse der chemischen Entladung. Der Anfall ist also Selbstschutz des Organismus. Eine Gefahr birgt die „Bahnung“, welche den erst einmal zustande gekommenen Anfall mehrfach wiederholen läßt. Die Erscheinungen sind am deutlichsten bei Tieren mit ausgebildeter Pyramidenbahn. Diese Tatsache wird dadurch bewiesen, daß bei Entartung der Pyramidenbahn eine Erschwerung der Auslösung der Reflexe eintrat. Wegnahme beider Großhirnhemisphären ließen trotzdem Anfälle auftreten. Reflexzentren werden in Brücke und verlängertem Mark angenommen. Die menschliche Epilepsie wird der experimentellen, aus den myoklonischen Reflexen entstandenen Epilepsie gleichgesetzt. Genaue Anamnese ergibt, daß oft flüchtig auftretende myoklonische Zuckungen jahrelang vor dem ersten Anfall beim Einschlafen oder morgens bei nüchternem Magen auftreten. Verstärkt ferner die Beziehung zu Kinderkrämpfen, Periode und Schwangerschaft. Neben den bekannten neurologischen Anfallssymptomen wird besonders die prodromale Gefühlsstörung im Sinne segmentaler Hypalgesien, wie bei Tabes geschildert. Forensisch wichtig ist die Beurteilung der Amnesie, welche kurz nach dem Anfall retrograd ist, später jedoch zeigt sich Rekonstruktion bis unmittelbar vor dem Anfall. Unter den Anlässen zur Krankheit sei neben Lues, schlechter Luft, chemischen Dämpfen, vor allem Alkohol und Tabak erwähnt. Auf geringe Alkoholmengen der nährenden Mutter reagiert das Brustkind mit Anfällen. Rauchen als Ursache wurde 16 mal festgestellt. Auch Cocain gilt als Agent provocateur. Forensisch wichtig sind die psychischen Äquivalente. Im Traumzustand werden oft Handlungen begangen, welche eine Wunschbeziehung zum Kranken haben (Stehlen eines langgewünschten Regenschirms). Gefürchtet ist der epileptisch-maniakalische Zustand, der furibund einsetzt, kurz dauert und unter Einfluß irgendeiner Gemütserregung endet. Die epileptischen Morde sind besonders grausam (Zerfetzen der Leiche). Sehr häufig sind bei den Dämmerhandlungen Zusammenhänge mit dem Charakter vorhanden, welche die Beurteilung oft erschweren. Der epileptische Charakter als Defektzustand wird nicht anerkannt.

Bei der Behandlung ist maßgebend, daß einerseits der Anfall eine physiologische Reaktion darstellt, andererseits die Gefahr der „Bahnung“ vorliegt. Sozialhygienisch wichtig ist die Staatskontrolle über den Alkoholgebrauch. Ablehnung des Heiratskonsens ist nicht erforderlich. Die Therapie soll vor allem durch Prodromvermeidung Anfallsprophylaxe treiben: Vermeidung von Infektionen, regelmäßige Mittagsruhe, Vermeiden von schlechter Luft, Alkohol, Tabak, Kaffee, Tee. Oft wirkt Milieuänderung Wunder. Unter Medikamenten wird Brom, Borax, Luminal und Brot mit eingekochtem Zinkoxyd genannt; bei Status ep. wird Narkose, Dormiol und Amylenhydrat empfohlen. Die pathologische Anatomie, chirurgische Epilepsie sowie die Experimente müssen an Ort und Stelle nachgelesen werden. Juliusburger (Berlin).

Brandis, W.: Hysterische Pseudodemenz. Kennzeichen. Entstehung. Med. Klinik, Jg. 22, Nr. 42, S. 1615—1616. 1926.

Die Anschaungen über die nervösen, vor allem die hysterischen Unfallfolgen haben in den letzten Jahren eine gründliche Wandlung erfahren, die sich jetzt allgemeiner Anerkennung erfreut. Als wirklich nervöse Unfallfolgen werden nur die unmittelbar im Anschluß an das Trauma durch den psychischen Schock auftretenden nervösen Erscheinungen anerkannt, die fast ausnahmslos in kurzer Zeit abklingen. Bei allen anderen Neurosen, besonders denen, die nicht unmittelbar nach dem Unfall auftreten, sondern erst allmählich während der Krankenbehandlung oder während des Entschädigungsverfahrens oft in unverkennbarer umgekehrter Parallelität mit der Besserung vorhandener organischer Unfallfolgen sich in allmäßlicher Intensitätssteigerung entwickeln, läßt sich meist nachweisen, daß sie entweder Rentenbegehrungsvorstellungen oder konstitutioneller Veranlagung ihre Entstehung verdanken. Für diese als Entschädigungs- bzw. konstitutionelle Neurose bezeichnete Störung wird heute der Zusammenhang mit dem Unfall nicht mehr anerkannt.

Verf. berichtet über einen 55jährigen Mann, der angeblich einem Starkstromleiter von 34 000 Volt Spannung zu nahe gekommen und danach besinnungslos oder fast besinnungslos geworden war. Nach dem Befund im Krankenhaus war aber von einer Commotio, einer Bewußtlosigkeit nicht die Rede gewesen, es waren nur leichte oberflächliche Wunden und ein Kniegelenkerguß gefunden worden. Erst $1\frac{1}{2}$ Jahre später wurde ärztlicherseits eine hysterische Pseudodemenz, hysterische Halbseitlähmung mit Zittern und Facialistik und eine mäßige Arteriosklerose festgestellt. Es handelte sich also um eine hysterische Störung, die zeitlich in ganz unbestimmtem Verhältnis zum Unfall stand und in ihrer allmäßlichen Intensitätszunahme den Typ der Unfallneurosen repräsentiert, die heute als „Entschädigungsneurosen“ bezeichnet werden. Ein Zusammenhang der hysterischen Erscheinungen mit dem Unfall wurde daher abgelehnt. Der Entscheidung des Oberversicherungsamtes trat das Reichsversicherungsamt bei und wies den Rentenanspruch ab. *Ziemke* (Breslau).

Vassiljev, Ju.: Ein Fall von Pseudologia phantastica. Sovremennaja psychoneurologija Bd. 2, Nr. 5/6, S. 594—598. 1926. (Russisch.)

Ein 18jähriges Mädchen, dessen Vater Arbeiter war, behauptete, Kind eines Gardeoffiziers zu sein. Ihr angeblicher Vater wäre ihr Pflegevater. Sie beschuldigte verschiedene Leute, daß sie sie verführt hätten, und erzählte, daß sie Straßenmädchen geworden sei, um etwas zu erleben. Die Untersuchung ergab die Haltlosigkeit ihrer Behauptungen. Die gynäkologische Untersuchung zeigte, daß sie noch eine Virgo intacta war. *Wolpert* (Berlin).

Antheaume, A., et J. Vinchon: Une revendicatrice non délirante. (Eine nicht wahnhafte Querulantin.) (Soc. de méd. lég. de France, Paris, 10. V. 1926.) Ann. de méd. lég. Jg. 6, Nr. 6, S. 256—261. 1926.

Die Verff. berichten über eine Frau, die wegen eines Skandals, den sie in einem Ministerium gemacht hatte und wegen Drohungen gegen eine politische Persönlichkeit interniert und von anderer Seite für eine geisteskranke Querulantin gehalten war, während es sich nach Ansicht der Verff. nur um eine leidenschaftliche, dünkelhafte Desequilibrierte handelt, die einerseits verantwortlich für ihre Handlungen ist, andererseits nicht in einer Anstalt interniert werden darf. Die Entscheidung, ob bei Querulantin Geisteskrankheit vorliegt, kann schwierig sein; zur Entscheidung muß man neben Erklärungs-, physikalischen Verfolgungsideen auch die Störungen des „moralischen Gefühls“, etwaige Inkongruenzen zwischen Reaktion und Art der Triebkraft, Störungen der Urteilskraft, außerdem aber auch die Frage berücksichtigen, ob sich das Individuum durch Anwendung gesetzlicher Strafen beeinflussen läßt.

F. Stern (Göttingen).

● **Birnbaum, Karl: Die psychopathischen Verbrecher. Die Grenzzustände zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit in ihren Beziehungen zu Verbrechen und Strafwesen. Für Ärzte und Juristen.** 2., völl. neu bearb. Aufl. Leipzig: Georg Thieme 1926. XII, 287 S. RM. 17.50.

In Form von Vorlesungen bringt Birnbaum die zweite Auflage seines bekannten Werkes über die psychopathischen Verbrecher. Es handelt sich um die Bearbeitung eines etwas spröden Stoffes, da ja eine wissenschaftlich befriedigende Einteilung der Menschenmasse, die wir als Psychopathen bezeichnen, vorläufig eigentlich nicht existiert, da wir beim Verbrecher die Grenzen zwischen Norm und Pathos noch schwieriger ziehen können als beim Nichtkriminellen, und da wir gerade bei den schweren Anethischen oft wohl besonders im unklaren darüber sind, ob es sich um Äquivalente

anderer „Degenerierter“ und nicht um Residuen eines frühen Prozesses handelt. Das dürfte bei dem heutigen Forschungsstande unmöglich sein, ebenso wie es bedauerlich ist, daß wir Differenzen zwischen Keimgeschädigten und echt Degenerativen nicht kennen. Sehen wir von diesen theoretischen Bedenken ab, so wird man betonen dürfen, daß das vorwiegend praktischen Zielen dienende Werk in ausgezeichneter Weise und leicht verständlich klarer Form über die Mannigfaltigkeit der Psychopathentypen und deren Bedeutung für die Kriminalität orientiert. Der Schilderung der psychopathologischen Typen und ihrer Reaktionen auf die Haft sind wertvolle Vorlesungen über die strafrechtliche Behandlung und Begutachtung der Psychopathen und der Simulationsfrage angereicht. Es braucht kaum hervorgehoben zu werden, daß die große Erfahrung des Verf. in allen Kapiteln ihren Niederschlag findet; die kasuistischen Beiträge sind soweit gekürzt wiedergegeben, daß sie die fortlaufende Lektüre des Stoffes nicht stören. Es ist zu hoffen, daß nicht nur Mediziner, sondern auch möglichst viel Juristen sich mit dem Werk vertraut machen, zumal doch gehofft werden darf, daß in einem kommenden Strafrecht auf die seelische Eigentümlichkeit der Rechtsbrecher, insbesondere die Unverbesserlichen, die Rücksicht genommen wird, ohne die ein modernes Strafrecht nicht denkbar erscheint, wie auch die Stellung des Gesetzgebers zum Strafzweck sein mag. Nicht einverstanden ist Ref. mit dem Verf., wenn dieser die psychotischen Haftreaktionen auf das Haftmilieu zurückführt oder später wahllos von Milieu und Situation spricht; hier handelt es sich aber doch um verschiedene Begriffe, unter denen der Situation mit allen komplexen psychologischen Vorgängen, insbesondere dem Wunsche, als krank zu gelten, und der Angst vor der Zukunft usw. gerade bei den Untersuchungshäftlingen eine erheblich größere Bedeutung zukommt als dem Milieu.

F. Stern (Göttingen).

Nixon, C. E.: Responsibility for crime. (Strafrechtliche Verantwortlichkeit.) Med. journ. of South Africa Bd. 22, Nr. 2, S. 31—35. 1926.

Der Artikel behandelt die Frage der Anwendung der englischen Strafrechtsbestimmungen über die Zurechnungsfähigkeit vor den Gerichten der südafrikanischen Kolonien. Zum eingehenden Referat an dieser Stelle zwar nicht geeignet, wird er hauptsächlich Demjenigen, welcher sich für die englische Rechtspflege interessiert, manche interessante Einzelheiten beim Studium des Originals bieten können.

K. Reuter (Hamburg).

O'Hara, J. A.: Insanity responsibility. (Geisteskrankheit und Verantwortlichkeit.) New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 79, Nr. 1, S. 43—46. 1926.

Verf. regt die Einrichtung von Sprechstunden zur Beratung der Eltern geistig abnormaler Kinder an und rügt es, daß überhaupt bei den Maßnahmen für Geisteskranke so sehr an Geld gespart würde. Gerade die Geisteskrankheiten, welche durch Vererbung die nachfolgenden Generationen schädigten und dadurch, daß sie zu verbrecherischen Neigungen führen, die Welt gefährdeten, erforderten dringend die Bekämpfung. Vor allem müßten systematisch Maßnahmen im Interesse psychopathischer und schwachsinniger Kinder getroffen werden.

Müller (Dösen).^{oo}

Cotton, Joseph: Neurosis of the condemned: A clinical syndrome. Report of a case. (Neurose der zum Tode Verurteilten: Ein klinisches Syndrom. Mitteilung eines Falles.) California a. Western med. Bd. 25, Nr. 1, S. 52—55. 1926.

Bei disponierten Individuen kann durch das Todesurteil eine hysterische, neurotische, psychasthenische oder hypochondrische Neurose hervorgerufen werden. Aggravation spielt eine Rolle. Umwandlung des Urteils wirkt heilend. Die unerträgliche Situation der Todesgefahr ist es, welche die psychogenen Störungen auslöst: Angst-Flucht- oder Zorn-Kampf-Reaktion. Bewußte Simulation ist nicht so selten, wie gelehrt wird. Unter 12 selbst beobachteten Fällen bestand nur zweimal echte Psychose, achtmal Simulation, zweimal schwere Psychopathie. Ausführlich wird über einen Mörder berichtet, der von einem Trinkervater stammte, auch selbst Trinker und vielfach vorbestraft war. Nach seiner Verurteilung suchte er Geisteskrankheit zu simulieren und bot Zeichen einer hysterischen Neurose: Starre Haltung, stieren Blick, lange Reaktionspausen, fingierte Suicidversuche, Analgesie. Glaubte er sich unbeobachtet, benahm er sich unauffällig.

Raecke (Frankfurt a. M.).