

## Referate.

### *Gesetzgebung. Kriminologie.*

**Bogusat, H.: Ärztliche Wünsche zum Amtlichen Entwurf eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches.** Arb. a. d. Reichsgesundheitsamte Bd. 57, S. 198 bis 211. 1926.

Der Verf. bespricht in einer kritischen Übersicht die wichtigsten Fragen aus dem amtlichen Entwurf eines allgemeinen deutschen Strafgesetzbuches vom Jahre 1925, welche für den Arzt bedeutungsvoll sind. Man wird seiner Forderung, die Mithilfe des Arztes auch gesetzlich festzulegen, durchaus beipflichten können. Das trifft unter anderem für die §§ 46 und 49 zu. Die Ausdehnung der durch den § 36 ermöglichten Strafverkürzung auch auf die zu lebenslanger Freiheitsstrafe Verurteilten wäre entsprechend dem Vorschlage des Verf. sicher zu überlegen. Die Schutzaufsicht wird, wenn sie wirklich das leisten soll, was man von ihr erwartet, noch näher zu umschreiben sein. Wenn sie der Verf. bei Trinkern nach Möglichkeit den Trinkerfürsorgestellen oder anerkannten Abstinenzverbänden übertragen will, so liegt darin der treffende Gedanke, zu vermeiden, daß etwa die Schutzaufsicht über einen Trinker von einem Helfer ausgeübt wird, der selber nicht Abstinenz ist. Die Möglichkeit, nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen eine ärztliche Approbation rückgängig zu machen, ist nur eine geringe und unzureichende. Bei der Zunahme der Fälle, in welchen Ärzte, Zahnärzte usw. sich ihres Standes nicht wert gezeigt haben, wäre es durchaus wünschenswert, den § 55 dahin zu erweitern, daß den „öffentlichen Ämtern“ auch die Approbationen als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt und Apotheker gleichgestellt würden. Jeder Arzt und jeder, dem das Volkswohl am Herzen liegt, wird sich mit dem Verf. unbedingt dafür einsetzen müssen, daß die in den §§ 192, 238 und 293<sup>1</sup> enthaltene Gleichstellung zwischen Kurpfuscher und Arzt geändert wird. Auf weitere Einzelheiten einzugehen, würde hier zu weit führen; diese müssen in der Originalarbeit nachgesehen werden. Es sei nur noch daran erinnert, daß das 3. Buch des Entwurfes keineswegs unwichtig für den Arzt ist, behandelt es doch die Frage der Asozialen, vor allem ihre Fürsorge und Behandlung, bei denen gerade der psychiatrisch geschulte Arzt in erster Linie der berufene Berater und Helfer ist. In der Fürsorge für die asozialen Elemente, in ihrer rechtzeitigen Erkennung und Behandlung liegt gleichmäßig eine wirksame Prophylaxe gegen das Verbrechen.

Müller-Hess (Bonn).

● **Posener, Paul: Strafprozeßordnung.** 7. u. 8. Aufl. Berlin: Fichtner & Co., 1926. 350 S. RM. 4.50.

Das vorliegende Buch enthält den Text der jetzt geltenden Strafprozeßordnung, des Gerichtsverfassungsgesetzes und einer Reihe von Nebengesetzen, darunter das Jugendwohlfahrtsgesetz, das Jugendgerichtsgesetz. Es wird auch den ärztlichen Sachverständigen vielfach erwünscht sein, diese Zusammenstellung der Gesetze zur Hand zu haben, und insoweit kann das vorliegende Buch, dem auch ein praktisches Sachregister angefügt ist, wohl empfohlen werden. Der Kommentar des Herausgebers zu dem uns insbesondere interessierenden Abschnitt über Sachverständige und Augenschein ist freilich nicht sehr ergiebig. Der Kommentar zeigt im übrigen einen starken politischen Einschlag, dessen Notwendigkeit in einer Strafprozeßordnung zweifelhaft sein kann, und dessen Inhalt hier zu erörtern nicht der Platz ist. Nur ein Punkt kann nicht unwidersprochen bleiben. Der Verf. vermerkt mit Bedauern, daß „die von richterlicher Mitwirkung freie und unabhängige Geschworenenbank seit Jahrzehnten aus parteipolitischen und theoretisch-ideologischen Erwägungen den schärfsten Angriffen ausgesetzt gewesen und ihnen nunmehr erlegen“ ist. Der Berichtersteller hat manche Sympathie für das alte Schwurgericht und hat hauptsächlich vom ästhetischen Standpunkt aus den Wegfall seiner feierlichen Formen bedauert, aber jene Behauptung des Verf. scheint ihm doch die Dinge grade auf den Kopf zu stellen. Man hat an dem alten Schwurgericht festgehalten, weil es eine historische Forderung des Liberalismus gewesen ist. Die Angriffe dagegen, die auch gerade aus den Kreisen ärztlicher Sachverständiger erhoben worden sind, werden im

Gegensatz dazu nicht auf theoretische Gründe, sondern auf praktische Erfahrungen gestützt, die bewiesen haben, daß bei der Trennung von Geschworenen- und Richterbank Mißverständnisse, insbesondere unserer Gutachten, und ausgesprochene Fehlurteile viel häufiger sind als bei den Gerichten anderer Art. Das hat z. B. ein Verteidiger ersten Ranges, wie der verstorbene Erich Sello, wiederholt ausgesprochen. Dem Verf. sollte es doch auch nicht unbekannt sein, daß grade die Erkenntnisse, die den Vorwurf einer Klassenjustiz am meisten zu stützen geeignet waren, wie die Urteile in den Essener Meineidsprozessen, von Geschworenen-gerichten gefällt worden sind.

*F. Strassmann (Berlin).*

**Weiland, Ruth: Fürsorgeerziehung und Strafvollzug bei Jugendlichen in England. (The borstal system.)** Zentralbl. f. Jugendrecht u. Jugendwohlf. Jg. 18, Nr. 4, S. 89-91. 1926.

In England werden nur Jugendliche bis zum 16. Lebensjahr dem Jugendrichter vorgeführt. Die Zwangserziehung erfolgt bis zum 14. Jahr in den sogenannten „Industrial schools“, zwischen 14 und 16 Jahren in den Reformatory schools. Fast alle diese Anstalten liegen in den Händen privater Organisationen. Ungünstig muß der übliche Wechsel der Anstalt mit dem 14. Jahr wirken; auch mit dem 16. Jahr erfolgt evtl. ein Wechsel mit Unterbringung in dem sogenannten Borstal-Institut, das eine Mittelding zwischen Gefängnis und Fürsorge-Erziehungsanstalt ist. Das Borstal-System umfaßt diese wie die Borstal-Gesellschaft, die Schutzaufsicht und nachgehende Fürsorge für die entlassenen Jugendlichen im amtlichen Auftrage ausübt. In die Borstal-Institute kommen Jugendliche zwischen 16 und 21 Jahren, die rückfällig strafbar wurden oder sich in den Reformatorys besonders schlecht führten. Häufig gehen kurze Gefängnisstrafen voraus, was ungünstig wirken muß, da hier Jugendliche und Erwachsene nicht getrennt sind. Die Dauer des Aufenthaltes im Borstal-Institut ist auf mindestens 2, höchstens 3 Jahre festgesetzt. Eine frühzeitige, probeweise Entlassung kann erfolgen. Eine große Schwäche des Systems besteht darin, daß bei Jugendlichen mit geistigen oder körperlichen Defekten nicht auf „Borstal“ erkannt werden darf. Infolge Fehlens der Reglementierung in England werden die Mädchen nicht im wesentlichen wegen sexueller Vergehen, sondern meist wegen wiederholten Diebstahls dem Borstal-Institut überwiesen. Die Diebstähle sind fast ausschließlich auf Einfluß eines Mannes (evtl. sexuelle Hörigkeit) zurückzuführen. Für die Kriminalität der Knaben werden in erster Linie die trostlosen Aufwuchsbedingungen und wirtschaftliche Not verantwortlich gemacht. In den Borstal-Instituten teilt ein Progressivsystem die Zöglinge in vier Grade. 12 Wochen tadelloser Führung sind im untersten Grade Voraussetzung für den Aufstieg in den nächsten usw. Im obersten Grad werden weitgehende Vergünstigungen, wie teilweise unbeaufsichtigte Arbeit außerhalb der Anstalt, besonderer Mittagstisch, längeres Aufbleiben usw. gewährt. In der Anstalt werden die verschiedenen Handwerke gelehrt, bei Mädchen nur Handarbeit und Schneidern. Vor dem Kriege hatten sich im ersten Jahr der probeweisen Entlassung 65% gut geführt, nach Ablauf von 4 Jahren nur noch 45%. Krieger- und Nachkriegszeit zeigten schlechtere Resultate. Die Mädchen bewährten sich schlechter als die Knaben. Das Personal scheint teilweise noch ungeeigneter für die Erziehungsarbeit wie in manchen deutschen Anstalten, da es sich vielfach um frühere Gefängniswärter handelt. Die Anstaltsdisziplin ist zum Teil sehr hart (körperliche Züchtigung, Fesseln, Nahrungsentziehung). Das Personal der weiblichen Anstalt ist besser. Vorteilhaft ist die Möglichkeit der Anstaltsunterbringung auch von über 18jährigen.

*W. Runge (Chemnitz).*

**Glaser, Arthur: Ein österreichisches Jugendgerichtsgesetz.** Zentralbl. f. Jugendrecht u. Jugendwohlfahrt Jg. 18, Nr. 6, S. 141—146. 1926.

Der Entwurf eines Bundesgesetzes über die Behandlung junger Rechtsbrecher lehnt sich im wesentlichen an das deutsche Jugendgerichtsgesetz an. Einen Fortschritt bringt namentlich die unbestimmte Verurteilung § 5. Wäre gegen einen Jugendlichen auf eine längere Freiheitsstrafe zu erkennen und läßt sich die zur Wandlung seiner Gemütsart und zur Überwindung seiner schädlichen Neigungen erforderliche Strafdauer nicht einmal annäherungsweise vorher bestimmen, so kann das Gericht anordnen, daß die Strafe innerhalb eines zu bestimmenden Mindest- und Höchstmaßes

so lange zu dauern habe, bis der Strafzweck erreicht ist. An Stelle von Gefängnisstrafe kann Überweisung an eine Bundesanstalt für Erziehungsbedürftige erfolgen. Hoffentlich gelingt es rechtzeitig, in den österreichischen Ländern entsprechende Anstalten einzurichten.

Gregor (Flehhingen i. Baden).

**Scherpner, Hanna: Das uneheliche Kind in der Sozialgesetzgebung.** Zentralbl. f. Jugendrecht u. Jugendwohlf. Jg. 18, Nr. 1, S. 5—10. 1926.

Es entspricht dem Zuge unserer Zeit, daß das uneheliche Kind dem ehelichen rechtlich immer mehr gleichgestellt wird. Der mächtigste Antrieb zu dieser Veränderung der Situation war die Novelle zum Familienunterstützungsgesetz bei Ausbruch des Krieges, einem Moment, der ungemein günstig war, da das Bestreben, die Kriegsteilnehmer möglichst von Sorgen zu entlasten, geeignet war, mancherlei bisherige Bedenken beiseite zu setzen. In der Folgezeit ließ sich diese Bewegung nicht aufhalten, und immer mehr ist auch in der Sozialversicherung diesem veränderten Rechtsempfinden Rechnung getragen worden, wenn auch nur schrittweise. Der Praktiker kann sich kaum noch durch die Menge der Gesetze, ihre verschiedenartigen Bestimmungen, über Voraussetzung, Dauer, Anspruchsrecht der Renten hindurchfinden, besonders da in zahlreichen Fällen diese Zersplitterung nicht sachlich begründet ist, sondern nur aus der historischen Entwicklung des betreffenden Gesetzes verstanden werden kann. Hier Vereinheitlichung zu schaffen, sollte das Ziel der nächsten 20 Jahre sein.

Warsow.

● **Höpler, E., und P. Schilder: Suggestion und Strafrechtswissenschaft.** Abh. a. d. jurist.-med. Grenzgeb. Jg. 1926, H. 3/4, S. 1—89. 1926. RM. 2.75.

Höpler, der den kriminologischen Teil bearbeitet hat, betont im Vorwort, daß er in bezug auf die bedeutende Zunahme der Verbrechen in der Nachkriegszeit sich nicht in den Streit, ob daraus eine Bestätigung der Umwelttheorie oder der Individualtheorie abgeleitet werden könne, einlassen will, sondern nur jenen Einfluß der Umwelt behandelt, der im Einzelindividuum oder in einer Mehrheit von Menschen eine völlige Änderung der Ansichten, Anschauungen, Wahrnehmungen, Urteile und schließlich auch Handlungen herbeiführt, eine Änderung, die der bis zum Wirksamwerden dieses Einflusses bestandenen seelischen Einstellung des Betroffenen widerspricht. Psychologisch erklärt er diesen Einfluß dahin, daß in einem Großteil der Menschen durch die Kriegs- und Nachkriegserlebnisse ein Gefühl der Unsicherheit, der Hilflosigkeit erzeugt wurde, das die Willens- und Widerstandskraft lähmte; den Begriff der Suggestion will er namentlich mit Rücksicht auf die Massensuggestion weiter gefaßt wissen als in rein medizinischem Sinne. Er behandelt seinen Stoff in vier Abschnitten: Im ersten wird die kriminalätiologische Bedeutung der Suggestion für das Individuum und für die Masse besprochen. Wir lernen an einer sehr interessanten Kasuistik den suggestiven Einfluß kennen, wie er besonders in Alimentationsprozessen, bei Fruchtabtreibung, im Zuhälterwesen, im Verhältnis der Hörigkeit sich geltend macht. Für das Zustandekommen der Massensuggestion macht er besonders den Nachahmungstrieb, die Kritiklosigkeit und das durch die Zahl gesteigerte Machtgefühl der Masse geltend. Auch hier werden zum Beleg eine Reihe Fälle analysiert. Im zweiten Abschnitt werden die verschiedenen Mittel der Suggestion einschließlich der Hypnose besprochen. Sehr wirksam ist das von entsprechender Geste begleitete gesprochene Wort, besonders wenn es den Trieben der Masse (Eitelkeit und Faulheit) angepaßt ist; weiter das gedruckte Wort, das rollende Bild und, als akute Suggestion, die beispielgebende Tat, die die Überlegung ausschaltet. An dritter Stelle wird die Suggestion als Mittel zur Verbrechensausübung behandelt, der Suggestierte kann sowohl Opfer wie Werkzeug sein. Die Wachsuggestion spielt eine erhebliche Rolle in Fällen von Betrug, Verführung und Mißbrauch der Autorität. Die Möglichkeit, einen Menschen gegen seinen Willen durch hypnotische Suggestion zu einem Verbrechen zu veranlassen, wird abgelehnt. Auch hier instruktive Kasuistik. Der vierte Abschnitt bringt die Stellungnahme des Gesetzes zur Suggestion in materieller und formeller Beziehung, hauptsächlich unter Berücksichtigung der österreichischen Gesetzgebung und des Deutschen A.E. 1925. Besonders wird in Hinsicht auf den verderblichen Einfluß der Presse als Massensuggestivmittel auf den mangelhaften gesetzlichen Schutz hingewiesen, gewarnt vor Überschätzung der Hypnose bei Aufhellung von Gedächtnislücken. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. — Schilder behandelt die Psychologie der Suggestion und Überzeugung. Hypnose und Suggestion sind soziale Phänomene und können nur im Rahmen einer Psychologie menschlicher Beziehungen verstanden werden. In einer Reihe von Kapiteln — Identifizierung (Freud), Nachahmung, Identifizierung, Masse usw. — wird die Entstehung von Überzeugungen, das Verhältnis von echten Überzeugungen zu suggestiv entstandenen psychologisch auseinandergesetzt und das Ergebnis in 19 Leitsätzen zusammengefaßt. Das Studium der Abhandlung muß dringend empfohlen werden.

Giese (Jena).

**Vidoni, G., e M. Ferretti: Per la profilassi della delinquenza dei minorenni.** (Prophylaxe der Gesetzesübertretung der Minderjährigen.) Note e riv. di psichiatri. Bd. 14, Nr. 2, S. 311—321. 1926.

An einer Reihe von Beispielen schildern die Verff. die verbrecherische Anlage der

Jugendlichen und den verhängnisvollen Einfluß, den diese Elemente auf ihre Geschwister ausüben. Sie vertreten den Standpunkt, daß die Einflüsse der Umwelt, besonders ungünstige Familienverhältnisse, von hervorragender Bedeutung sind. Den Hauptnachdruck zur Bekämpfung des Übels legen sie auf das verständnisvolle Zusammenwirken von Schule und Familie und in geeigneten Fällen auf rechtzeitige Unterbringung in Anstalten, die nach der ganzen Auffassung unseren Psychopathenheimen entsprechen. *Siemerling* (Charlottenburg).<sup>oo</sup>

**Smith, Carrie Weaver: Preserving family life to prevent delinquency.** (Erhaltung des Familienlebens, um Kriminalität zu verhindern.) (*U. S. childr. bureau, Washington.*) Hosp. soc. serv. Bd. 14, Nr. 1, S. 10—15. 1926.

Von 234 kriminellen Mädchen, die 1924 vor das Jugendgericht kamen, hatten nur 87 beide Eltern. Die übrigen 147 stammten aus Familien, die durch Tod, Scheidung, Trennung zerrissen waren. Die Ehe ist die wahre Grundlage des Heims. Darum ist eine Verbesserung der Ehegesetze anzustreben, ferner mehr sexuelle Hygiene, Beseitigung des Wohnungselendes, eine saubere Presse, verständnisvolle Mitarbeit der Kirche. *Raecke* (Frankfurt a. M.).<sup>oo</sup>

**James, J. H.: Asexualization: A remedy for crime and criminality.** (Die Kastration als Mittel gegen Verbrechen und Kriminalität.) Minnesota med. Bd. 9, Nr. 2, S. 59 bis 61. 1926.

Unter Hinweis auf die stetige erschreckende Zunahme der Verbrechen in den Vereinigten Staaten und die Überfüllung der Zuchthäuser fordert Verf. in temperamentvollen Ausführungen die zwangsmäßige Kastration aller Verbrecher, die wirksamer sei als Zuchthaus und Todesstrafe, besonders in Hinblick auf die häufige Vererbung verbrecherischer Anlagen. *H. Delbrück* (Göttingen).<sup>o</sup>

**Hellstern, Erwin P.: Das Inzestverbrechen.** Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 85, H. 3/4, S. 199—215. 1926.

Unter 34 Blutschändern waren 47% erblich belastet, 85% geistig abnorm: minderwertige, haltlose Psychopathen mit gesteigertem, oft tierischen Geschlechtstrieb, besonders chronische Trinker, willensschwache, geistig Beschränkte u. a. m. Nur ein Fall war aus gesunder Familie und geistig ohne Besonderheit. 18 Fälle gehörten dem asthenisch-athletischen Typ, 12 Mischformen an. 20 wurden für besserungsfähig, 5 für unverbesserlich gehalten. In erster Linie werden Jugendliche bedroht; sie machen oft keine Aussagen, um den Ernährer nicht zu verlieren. Für derartige Vergehen darf nie nur eine Ursache gesucht werden. Eine große Rolle spielen neben dem Alkoholismus schlechte Wohnungsverhältnisse und ein mangelhaftes Verständnis für das Unmoralische der Blutschande. *Göring* (Elberfeld).<sup>o</sup>

**Mieli, Aldo: Per la lotta contro la delinquenza collegata a manifestazioni sessuali.** (Über den Kampf gegen das mit geschlechtlichen Erscheinungen verbundene Verbrechertum.) Rass. di studi sessuali e di eugenica Jg. 6, Nr. 3, S. 256—261. 1926.

Ein an einem homosexuellen Diener von unbekannt gebliebenen Tätern, die wahrscheinlich unter homosexuellen Erpressern zu suchen sind, begangener Mord, ist der Ausgangspunkt dieser Arbeit, in der auf die Gefährlichkeit der männlichen Prostitution hingewiesen wird. Sie ist deshalb größer als die der weiblichen, weil soziale Entartung und Nichtbefriedigung des Geschlechtstriebes, von der bei passiv homosexuellen Männern nicht gesprochen werden kann, die Prostituierten zusammenhält, und weil ferner die männliche Prostitution in guten Gesellschaftskreisen zu finden ist („männliche Prostitution ist ein guter Weg zu rapider Karriere“). Ist die Prostitution selbst kaum zum Verschwinden zu bringen, so muß das mit ihr zusammenhängende Verbrechen um so schärfer bekämpft werden, und zwar durch weitgehenden Schutz derer, die verbrecherische Prostituierte zur Anzeige bringen. *Kastan* (Hamburg).<sup>oo</sup>

● **Lindenau, Heinrich: Kriminalinspektor Dr. Stretter. Eine Polizeigeschichte.** 2. Aufl. (Schattenbilder d. Lebens. Eine Romanreihe.) Berlin: Otto Liebmann 1926. 148 S. RM. 2.—.

Der vorliegende Roman ist einer aus der Romanreihe „Schattenbilder des Lebens“ und behandelt in leichter Form ernste juristische und gerichtlich-medizinische Probleme. Er soll nach Angabe des Verf.s dem Wunsche weiter Kreise nach geeigneten Kriminalromanen Rechnung tragen. Das Verbrechen wird dem Leser als eine soziale Erscheinung vor Augen geführt und aus der Eigenart des Täters und seiner Einstellung zu der ihn umgebenden Welt erklärt. Der Inhalt gründet sich auf praktische Erfahrungen und wissenschaftliche Erfor-

schung des wirklichen Verbrechens und vermittelt dem Leser ein richtiges Verständnis für die Abwehr des Verbrechens durch den Staat bzw. seine Organe, die Polizei und die Staatsanwaltschaft, unterstützt durch die Forschungsergebnisse der gerichtlichen Medizin. Verf. will der so vielfach hervortretenden irrigen Auffassung, die im Volke herrscht, und ihrer Grundlage, der Rechtsfremdheit des Volkes, entgegenarbeiten und durch belebte Schilderung der angewandten Verfahren in Form des Unterhaltungsstoffes, welcher der Allgemeinheit leichter zugänglich und schmackhafter ist, also als Anschauungsunterricht in Romanform, belehrend wirken. Diesen Zweck dürfte das Buch erfüllen. *Ollendorff* (Berlin-Schöneberg).

**Verletzungen. Gewaltsamer Tod aus physikalischer Ursache.**

**Moriez, A.: Le vertige, séquelle fréquente des traumatismes de la tête. Petite étude statistique.** (Der Schwindel als eine häufige Folge von Kopftraumen.) *Rev. d'oto-neuro-oculist.* Bd. 4, Nr. 6, S. 406—412. 1926.

Zusammenstellung von 21 Kopftraumen verschiedenster Art und Lokalisation, bei denen Verf. in 16 Fällen posttraumatisch, häufig erst Jahre nach der Verletzung, Schwindel beobachten konnte. Dabei wird u. a. festgestellt, daß die Entstehung des Schwindels weder von der Schwere, noch von dem Sitz der Verletzung (mit Ausnahme der Orbita und des vorderen Teiles der Schädelbasis) abhängig ist, daß die wirklich schweren Schwindelerscheinungen fast regelmäßig otogenen Ursprunges sind, und daß psychogene Momente eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen, wobei psychasthenische Formen des Schwindels (als eine Zwangsbefürchtung vor dem Fallen) von den selteneren psychopathologischen Formen (als motorische Halluzination) zu unterscheiden wären.

*H. P. Kuttner* (Breslau).

**Brandino, G.: Contributo alla casistica dei traumi del capo.** (Beitrag zur Kasuistik der Schädeltraumen.) (*Istit. di med. leg., univ., Sassari.*) *Studi sassaresi* Bd. 4, H. 4, S. 233—260. 1926.

Gerichtliches Gutachten über einen Mann, der einen Schlag auf den Kopf erhält, eine Kontusionswunde in der Regio mastoidea rechts davonträgt, keine Komotionerscheinungen zeigt und erst nach einem halben Jahr eine langsam sich entwickelnde rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie bekommt und 3 Monate später stirbt. Eine anatomische Untersuchung war infolge vorgeschrittener Fäulnis unmöglich. Verf. verlangte weitere Zeugenvernehmungen, und es gelang ihm festzustellen, daß die ersten Sprachstörungen sich schon sehr bald nach dem Trauma gezeigt hatten, wodurch der Zusammenhang recht wahrscheinlich wird (Contrecoup), während über die Natur des Prozesses Klarheit nicht gewonnen werden konnte. *Wilder.*

**Marzio, Q. di: Coma frontale da frattura fronto-orbitale.** (Coma frontale nach frontoorbitalen Frakturen.) (*Clin. oculist., univ., Roma.*) *Riv. oto-neuro-oftalmol.* Bd. 2, H. 4, S. 367—371. 1925.

Als klinische Symptome bei Verletzungen des Stirnhirns, besonders der Area praefrontalis, werden Gedächtnisschwäche und mangelhafte Aufnahmefähigkeit für neue Ereignisse, leichte Ermüdbarkeit, Verlangsamung der psychischen Reaktionen im allgemeinen, Apathie, Schlafsucht, eine unbestimmte Ruhelosigkeit und Unmöglichkeit der Konzentration angegeben. Manchmal finden sich auch Störungen der ethischen Vorstellungen. Verf. konnte bei 3 Pat. ein Coma frontale beobachten, in der Literatur findet sich nur noch 1 Fall von Milian beschrieben. Das Coma frontale ist dadurch charakterisiert, daß bei Verlust des Bewußtseins durch starke Reize eine Reaktion, ein unvollkommenes Erwachen, provoziert werden kann. Die Symptome sind: Somnolenz, Verlust der Intelligenz, fast vollkommenes Fehlen der Sensibilität und Beweglichkeit; Rückenlage, die Augenlider sind halb geschlossen, die Pupillenreaktion normal. Dauer des Koma 5—6 Tage. Die postkomatöse Periode zeigt die Zeichen einer Verletzung des Stirnhirns, die schon von früheren Autoren beschrieben wurden. Allmählich tritt eine Besserung dieses Zustandes ein, und es bleiben nur eine gewisse Apathie, Konzentrationsmangel und Gedächtnisschwäche für neue Daten zurück. Motorische Störungen, Ataxie oder Apraxie wurden nie beobachtet. Die Stelle der Läsion war bei allen der Pol und besonders die untere Fläche des Stirnhirns, rechts oder links. Die Ursache war eine Fraktur des Stirnbeins in der Höhe des Orbitaldaches, wobei Knochensplitter das Gehirn an der erwähnten Stelle verletzen können. Eine begleitende Gehirnerschütterung ist allerdings nicht auszuschließen.

*G. Braun* (Prag).<sup>oo</sup>

**Monateri, G.: Tumore ponto-cerebellare d'origine traumatica?** (Ponto-cerebellarer Tumor traumatischen Ursprungs?) (*Sez. med., osp. civ., Cuneo.*) *Rinascenza med.* Jg. 3, Nr. 17, S. 368—369. 1926.

Ein 15jähriger Maurer stürzt aus der Höhe von 3 m aufs Hinterhaupt, ohne andere Folgen als Hautabschürfungen davonzutragen. 2 Monate später beginnen Symptome von seiten des linken 8. und anschließend des linken 5., 7., des Cerebellum, Hirndruckscheinungen, Deviation des Kopfes nach links, Fallen nach links, leichte Blicklähmung nach rechts, Nystagmus, leichte Parese beider 6., Stauungspapille links stärker als rechts, Schwäche des linken Armes, des linken Beines. Liquor, WaR. negativ. Rasche Progredienz. Exitus. Die klinische Diagnose eines ponto-cerebellaren Tumors wurde durch die Sektion bestätigt. Es handelte sich um ein Fibrosarkom, von der Größe 4:5 cm, zwischen den beiden Hinterhauptslappen, und dem Kleinhirn. Der Tumor reichte bis zur Brücke hinab, die 5.-Fasern waren in ihm eingebettet.

Der Fall gab Anlaß zu einem Prozeß, in welchem das Gericht das Trauma als Ursache des Tumors ablehnte, ihm jedoch die Rolle einer Mitursache des Todes zubilligte. Verf. schließt sich dieser Meinung an. *Josef Wilder (Wien).*

**Wilson, George, and N. W. Winkelman: Gross pontile bleeding in traumatic and nontraumatic cerebral lesions.** (Große Brückenblutungen bei traumatischen und nichttraumatischen Hirnläsionen.) (*Neurol. dep., univ. of Pennsylvania school of med., neurol. a. psychiatric serv. a. laborat. of neuropathol., Philadelphia gen. hosp. a. Pennsylvania epileptic hosp., Philadelphia a. colony farm, Oakbourne, Pa.*) (*51. ann. meet., Washington, 5.—7. V. 1925.*) *Transact. of the Americ. neurol. assoc.* S. 157 bis 172. 1925.

Die Verf. machen auf die Häufigkeit von Blutungen in der Brücke bei den verschiedensten Hirnläsionen aufmerksam. Durch diese Blutungen kann die Lokalisation irreführt werden. Sie beschreiben 13 Fälle, bei denen die Blutung meist in den oberen Teil der Brücke neben anderen Hirnläsionen, und zwar Großhirnerkrankungen, beobachtet wurde. 5mal handelte es sich um ein Trauma, 4mal um Gefäßschädigungen (arteriosklerotische Kapselblutungen), 3mal um Tumoren (z. B. Stirnhirngliom), 1mal um einen Absceß. Intervall zwischen Trauma und Tod schwankte zwischen 5 Stunden und 3 Wochen. Wahrscheinlich waren die großen Brückenblutungen erst wenige Stunden vor dem Tode aufgetreten. In einem Fall traten Pons-symptome 11 Tage nach dem Trauma ein. Die Verf. vermuten, daß jeder Hirndruck die Brücke gegen die Schädelbasis drücken kann und so zu Störungen in den kleinen Gefäßen, die von der hinteren und seitlichen Oberfläche der A. basilaris ausgehen, führt. In den traumatischen Fällen wird der Stoß von der einen zur anderen Hemisphäre durch die Brücke geleitet, wobei diese geschädigt wird. Die Brückenblutungen fanden sich in 10% aller wegen Hirnerkrankungen (Trauma, Gefäßschädigungen, Tumor, Absceß) obduzierten Fälle. Temperatursteigerung in einem Falle. Eine charakteristische Symptomatologie wird nicht beschrieben.

In der Aussprache macht Globus darauf aufmerksam, daß sich in der Brücke öfters Cysten finden, in die hinein Blutungen erfolgen können; Mella führt die Blutungen auf Stauung durch Druck auf die Vena magna Galeni zurück. *F. Stern (Göttingen).*

**Johnson, J. Guy W.: Cranial and intercranial injuries. Study of 154 consecutive cases admitted to the medical service of the Montreal general hospital during the period June, 1920, to December, 1923.** (Kranielle und intrakranielle Verletzungen. [Beobachtungen an 154 Fällen des allgemeinen Krankenhauses in Montreal von Juni 1920 bis Dezember 1923.]) *Internat. clin. Bd. 2. Ser. 36, S. 266—278.* 1926.

Verf. teilt sein Material in drei Gruppen: Gehirnerschütterung, Fraktur der Schädelkonvexität, Schädelbasisfraktur. Es folgt eine statistische Bearbeitung des Materials in verschiedener Hinsicht. Natürlich überwiegen die Männer. Häufigste Art der Unfälle ist der Autounfall und Sturz. Die Mortalität des Gesamtmaterials wird auf 19,5% berechnet, die der Schädelfrakturen allein beträgt 33,3%. Aus der nach dem Lebensalter der Patienten geordneten Zusammenstellung ergibt sich die interessante Tatsache, daß bei Kindern (1—10 Jahre) mehr Todesfälle bei Frakturen der Schädel-

konvexität vorkamen als bei Schädelbasisfrakturen, während im höheren Alter dieses Verhältnis umgekehrt ist. In 20% der Fälle blieben Kopfschmerzen, in 16,4% Schwindel als Folgeerscheinungen; 89,3% waren erwerbsfähig. *Sittig (Prag).°°*

**Santoro, E.: Il riflesso cutaneo plantare nei traumatismi cranici.** (Der Plantarhautreflex bei Schädeltraumen.) (*Clin. chir., univ. Napoli.*) Ann. ital. di chir. Jg. 5, H. 9, S. 910—924. 1926.

Verf. fand positiven Babinski oft auch bei Commotio und akuter Kompression des Gehirns, und zwar bilateral. Betont die Wichtigkeit des unilateralen Babinski bei Schädeltraumen in Hinblick auf den operativen Eingriff, z. B. bei Bewußtlosen; wenn z. B. Babinski auf derselben Seite positiv ist wie das Schädeltrauma, richtet sich Verf. nach dem Babinski, d. h. operiert kontralateral zum Trauma (Beispiele). In ca. 40% der Fälle mit Verletzung der Regio rolandica fand Verf. den Plantarreflex nur erloschen, ohne Dorsalflexion der großen Zehe. In einigen Fällen gelang es dem Verf., indem er trotz Fehlen äußerer Knochenverletzung, bloß dem positiven Babinski folgend, operierte, Splitter der Lamina interna als Ursache der Symptome nachzuweisen. *Josef Wilder (Wien).°*

**Schönbauer, Leopold: Klinisches und Experimentelles über stumpfe Schädeltraumen.** (*I. chir. Univ.-Klin., Wien.*) Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 137, H. 4, S. 611—622 u. 632—650. 1926.

Verf. hat sich zur Erzeugung der Hirnerschütterung der Verhämmerungsmethode von Koch und Filehne bedient. Gleich nach erfolgter Verhämmerung und weiter in genau verzeichneten Zeitabschnitten wurden Ventriculogramme angefertigt. Bei 5 Versuchstieren ließ sich in den, durch die Luftfüllung überdehnten Ventrikeln nach Einwirkung des Traumas eine Ventrikelverkleinerung nachweisen. Diese Verkleinerung ging bei den soweit beobachteten Tieren wieder zur anfänglichen Ventrikelgröße zurück. Der, durch die Verhämmerung erzeugte, hirnerschütterungsähnliche Hirnzustand hatte hiernach eine Vermehrung des Hirnvolumens zur Folge. Ödem wurde bei der anatomischen Untersuchung nicht gefunden. Vielleicht liegt eine Art von Hirnanschwellung oder Hirnquellung vor. *Reichardt (Würzburg).°*

**Weitzel, L., et Léon Martin: Rechute de méningite cérébro-spinale après un traumatisme crânien.** (Rezidiv der Meningitis cerebrospinalis nach einer Schädelverletzung.) Presse méd. Jg. 34, Nr. 77, S. 1211—1212. 1926.

Fall, der 11 Monate zuvor an Meningitis cerebrospinalis erkrankt war und nun im Anschluß an einen Fliegerunfall mit Schädelverletzung erneut an Meningitis cerebrospinalis erkrankte, die zum Exitus führte. Wahrscheinlich hat das Trauma die vielleicht in den Rückenmarks- oder Hirnmeningen schlummernden Meningokokken erneut virulent gemacht. *Kurt Mendel (Berlin).°*

**Rubiano Herrera, Santos: Zurückbleibender Symptomenkomplex bei Hirntraumen (wahrscheinlich Läsion des Lobulus praefrontalis).** Arch. de neurobiol. Bd. 6, Nr. 3/4, S. 130—143. 1926. (Spanisch.)

Bei den 5 Kriegsbeschädigten mit wahrscheinlicher Verletzung des Lobus praefrontalis blieben die von Monakow beschriebenen Spätschädigungen zurück, im besonderen beträchtliche Störungen des Gemütslebens mit konsekutiver Apathie, ethische Defekte, unbewußte humoristische Einstellung für Rechtsfragen, ausgesprochene Neigung zu Wortspielen, Hemmungslosigkeit gegen gewisse instinktive Impulse (Polyphagie u. a.), sexueller Eretismus, Verlust der geistigen Initiative, ohne Vermehrung der Suggestibilität. Notwendig ist eine Überwachung, da bei der Inferiorität gegenüber dem sozialen Leben häufiger Schadenersatzansprüche an den Kranken gestellt werden. *Krips (Düsseldorf).°*

**Steinthal: Traumatische Epilepsie nach Hirnsehüssen und berufliche Leistungsfähigkeit.** (*Chir. Abt., städt. Katharinen-Hosp., Stuttgart.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 73, Nr. 34, S. 1393—1395. 1926.

Vgl. diese Zeitschr. 1, 356.

**Addario La Ferla, G.: Sopra due casi di paralisi isolata unilaterale dello abducente ed uno di cheratite neuro-paralitica, in dipendenza di traumatismi del cranio. (Considerazioni cliniche.)** (Über 2 Fälle von einseitiger isolierter Abducenslähmung und einen von Keratitis paralytica nach Schädeltrauma.) Boll. d'oculist. Jg. 5, Nr. 4/6, S. 369 bis 377. 1926.

Abducenslähmungen sind bei Schädelbasisbrüchen häufig, da dieser Nerv das Felsenbein

umgreift. Verf. beschreibt die folgenden beiden Fälle: Fall 1. 50-jähriger Landmann. Sturz 3 m hoch von einem Baum auf die Fersen. Sofort Ohrensausen und Bewußtseinsstörung, abends Doppeltsehen. Komplette VI-Lähmung. Therapie erfolglos. Fall 2: 10-jähriger Junge, vom Vater bei einer Züchtigung mit einem Besenschlag hinter dem rechten Warzenfortsatz getroffen. Leichte Blutung aus dem Ohre und die ganze Nacht anhaltende starke Kopfschmerzen. Morgens Abducensparalyse. Kein Heilerfolg. Der Nervus abducens tritt nach zunächst intraduralem Verlauf, eingebettet zwischen Pia und Arachnoidea, in die Dura ein, die den Proc. clinoides post. mit dem Felsenbein verbindet. Dann wendet er sich nach oben und etwas nach innen, geht unter den Sinus petrosus durch und legt sich auf die hintere Fläche und den oberen Rand der Spitze des Felsenbeins 2 mm von ihrem Ende. Dann gleitet er medial von einem kleinen Knochenvorsprung nach vorn und legt sich der A. carotis interna an. Wo der Nerv den Sinus petrosus kreuzt, entspringt ein bindegewebiges Band, das Ligamentum sphenopetrosum. Hier liegt der Locus minoris resistentiae des Nerven. Um eine solche Fissur an der Spitze des Felsenbeins dürfte es sich auch in dem beschriebenen Falle handeln. Auch die VI-Lähmung nach Lumbalanästhesie versucht der Verf. durch Läsion in dieser Gegend zu lokalisieren; er meint, daß dabei die plötzliche Drucksteigerung in der Schädelkapsel anzuschuldigen sei. — Als 3. Fall beschreibt der Verf. den folgenden: 7-jähriges Kind erleidet einen Sturz von einem Wagen, Bewußtseinsverlust, Blutung aus Mund und linker Nasenseite. Am 3. Tage Substanzverlust der Hornhaut, starke Reizung bei völliger Anästhesie des 1. Trigeminusastes. Reflektorisches Tränen aufgehoben; dagegen weist das Erhaltenbleiben des emotionalen Tränens auf ein Intaktbleiben des Nerv. lacrimalis hin. Die Läsion des Nerven kann nur unmittelbar nach dem Austreten aus dem Ganglion Gasserii liegen. Wahrscheinlich handelt es sich um einen Schädelbasisbruch im Niveau der Sella turcica.

*Cords (Köln).*

**Schaefer, Bertram: Pathologisch-anatomischer Befund einer atypischen indirekten äquatorialen Skleralruptur durch Kuhhornstoß.** (*Univ.-Augenklin., Heidelberg.*) v. Graefes Arch. f. Ophth. Bd. 117, H. 4, S. 693—701. 1926.

Indirekte Bulbusrupturen treten am häufigsten am oberen Limbus dem Hornhautrande folgend auf. Die innere Öffnung befindet sich dann in der Gegend des Schlemmschen Kanals. Bei jugendlichen Personen kommen Risse der Bulbuskapsel auch im Corneoskleralrande vor (Fuchs). Man beobachtet ferner meridional verlaufende, äquatorial gelegene und mehrfache Einrisse der Lederhaut. Am seltensten sind die in der Überschrift gekennzeichneten Skleralrupturen. Sie entstehen meist durch Kuhhornstoß oder bei Selbstverstümmelungsversuchen Geisteskranker. Im vorliegenden Falle hatte der Stoß das Auge anscheinend am temporalen Limbus getroffen. Der Lederhautriß dagegen verlief 13 mm lang äquatorial hinter dem Ansatz des M. rectus sup. Die Zerreißung der inneren Augenhäute, Blutungen in das Augeninnere und die Folgen der narbigen Schrumpfung hatten die inneren Gebilde des Augapfels (Linse, Iris, Ciliarkörper, Aderhaut und Netzhaut) verlagert bzw. von der Unterlage abgehoben und einen chronischen Reizzustand unterhalten, der die Entfernung des Auges notwendig machte. Zeichen einer Infektion oder sympathischen Entzündung fanden sich nicht.

*Jendralski (Gleivitz).*

**Ruszkowski, Jan: Beobachtungen aus dem Gebiete der Selbstbeschädigung des Sehorgans und der simulierten Blindheit und Schwachsichtigkeit, zum Zwecke der Befreiung vom Militärdienste.** Klinika oczna Jg. 4, H. 2, S. 65—69. 1926. (Polnisch.)

Beschreibung von Verätzungen der unteren Übergangsfalte sowie der chronischen Reizzustände der Conjunctiva, die durch Reizstoffe künstlich hervorgerufen werden. Durch Anwendung von Harn entsteht Blenorrhöe der Conjunctiva. Das Aufkleben von Eihaut erzeugte kleine braune und weiße Flecken in der Hornhaut, die vor dem Pupillargebiete lagen. Zarte Narben haben nur geringe Sehstörungen zur Folge, so daß bei der Untersuchung Simulationsproben gemacht werden müssen. Es kommen mitunter feine Stichnarben in der Mitte der Cornea vor, denen Trübungen am vorderen, zuweilen auch hinteren Linsenpole entsprechen, oder die eine Linsenquellung und Sekundärglaukom im Gefolge haben. Durch ständiges Tragen starker Minusgläser war in mehreren Fällen eine habituelle Myopie entstanden, die durch Atropinisierung behoben werden konnte. Zum Abschluß werden einige bekannte Proben zur Entlarfung von Simulation einseitiger Schwachsichtigkeit oder Blindheit erwähnt. Verf. findet, daß die Vorschriften über die Diensttauglichkeit nicht genügend auf die Veränderungen im hinteren Augenabschnitt eingehen.

*Lauber (Wien).*

**Heidrich, Leopold: Zur Frage der „sogenannten“ traumatischen Neurosen. (Postkommotionell-nervöses Syndrom.)** (*Chir. Univ.-Klin., Breslau.*) Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 137, H. 4, S. 623—650. 1926.

Eine Hauptschwierigkeit der Unfallbegutachtung liegt bekanntlich in der Beantwortung der Frage: ob bei stärkeren Kopftraumen mit Hirnbeteiligung eine dauernde (nicht nur kommotionelle, d. h. vorübergehende) traumatische Veränderung



des Hirnes oder seiner weichen Häute oder im Bereich des Liquorsystems zurückgeblieben ist. Diese organischen Veränderungen nennt man, auch wenn sie neurose-ähnliche Bilder verursachen, zweckmäßig nicht „Neurosen“ oder neurotisch (auch nicht Commotionsneurose), sondern eben organisch, während die sog. traumatischen Neurosen nicht nur nach Schädeltraumen vorkommen, sondern überhaupt nach entschädigungspflichtigen Unfällen aller Art oder wenn sich ein Versicherter den Unfall nur einbildet. Es empfiehlt sich, wie ich zu dem Titel der Arbeit und den einleitenden Ausführungen des Verf. bemerken möchte, diesen Unterschied möglichst scharf hervorzuheben und durchzuführen. In einem großen Prozentsatz der Fälle soll es gelingen, die organische Grundlage der nervösen Beschwerden durch Liquordruckmessung, Encephalographie, sowie Liquorpassage- und Resorptionsprüfung nachzuweisen. Die Liquordruckzunahme betrug durchschnittlich 250 mm (eine genauere Beschreibung der Methodik wird nicht gegeben). Im Liquor selbst fehlten meist pathologische Bestandteile. Die Encephalographie zeigte entweder pathologische Befunde im Sinne einer Nichtfüllung der großen Hirnkammern bei Einblasung des Gases auf lumbalem Wege, oder Ventrikelverweiterungen, Asymmetrien und Verziehungen nach der Seite, auf die das Trauma erfolgt war; oder drittens entweder verstärkte Luftansammlung auf der Hirnoberfläche oder Luftfüllungsdefekte. Endlich ließ sich durch Prüfung der Liquorpassage und Resorption in manchen Fällen nachweisen, daß entweder ein absoluter oder ein relativer Verschuß der Hirnkammern gegen den Subarachnoidealraum vorlag, d. h. bei ventrikulärer Einfüllung wurde das Agens entweder gar nicht oder verspätet im Lumballiquor nachgewiesen. Außerdem fanden sich Fälle mit schlechter Ausscheidung im Urin. Wie unsicher aber alle diese Deutungsversuche sind, und wie wenig ein Beweis dafür vorliegt, daß gerade der Unfall die Ursache der angenommenen oder tatsächlich vorhandenen Anomalien ist, zeigt z. B. der Fall 2. Verf. deutet diesen so, daß im Anschluß an das Schädeltrauma eine Meningitis serosa entstanden sei, die zur Verödung großer Liquorresorptionsflächen geführt habe, als deren Folgen sich ein Hydrocephalus communicans male resorptorius im Laufe der Zeit entwickelt habe. Wer dieses encephalographische Bild von Fall 2 sieht, denkt aber selbstverständlich in erster Linie an die häufige Anomalie eines in der Kindheit stationär gewordenen Hydrocephalus internus. Wie soll auch, bei unnachgiebigem Schädel und ohne Hirnswund, sich aus einer sog. Meningitis serosa ein derart starker Hydrocephalus internus ohne alle Hirndruckerscheinungen entwickeln können? Bevor man aus derartigen encephalographischen Bildern weitgehende Schlüsse zieht, ist eine genaueste Kontrolle der Fälle durch die Leichenöffnung und durch bestimmte Hirnuntersuchungen notwendig. Bis dahin erscheint es zweckmäßig, mit allen schwerwiegenden Schlußfolgerungen zurückzuhalten.

Aussprache zu den Vorträgen Tietze, Schönbauer und Heidrich, wobei besonders auf die Ausführungen von Küttner und O. Foerster über die Schädigung des Gehirns durch stumpfe Kopfverletzungen hingewiesen sei. *Reichardt (Würzburg).*

**Muller, M., et A. Patoir: Rupture du cœur sans hémopéricarde chez un pleurétique.** (Herzruptur ohne Hämoperikard bei einer bestehenden Pleuritis.) (*XI. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 27.—29. V. 1926.*) *Ann. de méd. lég. Jg. 6, Nr. 10, S. 519—522. 1926.*

Verf. berichtet über eine Herzruptur, die in verschiedener Hinsicht von Interesse ist. Es handelt sich um einen Unfall, bei dem einem Manne eine Trittleiter so stark gegen die rechte Brustseite schlug, daß er infolge innerer Verletzungen sofort starb. Bei der Obduktion fand sich eine Pleuritis exsudativa mit  $2\frac{1}{2}$  Liter seröser Flüssigkeit im linken Brustfellraum. Das Perikard war in allen Teilen vollkommen erhalten. Es bestand ein Riß an der Hinterwand des Herzens, der beide Ventrikel eröffnet und einen Teil der Interventrikularwand verletzt hatte. Die Entstehung dieser Ruptur wird dadurch erklärt, daß das Herz der die rechte Brustseite plötzlich treffenden Gewalt nicht nach links wegen des dort bestehenden Exsudates ausweichen konnte. Es bestanden noch leichtere Verletzungen der rechten Lunge, verbunden mit einer geringen Menge Blut in dem Pleuraraum, und außerdem war eine Fraktur des Sternums vorhanden. Auffallend war, daß trotz der ausgedehnten Herzzerreißung kein Hämoperikard bestand. Verf. nimmt an, daß das Blut vielleicht durch eine plötzlich hinzu-

kommende Synkope, die bei der starken Gewalteinwirkung aufgetreten sein könne, zurückgehalten sei. Eine Verstopfung der Einrißstelle durch Gerinnsel bestand nicht, so daß diese als Ursache für das Fehlen von Blut nicht in Betracht kommt. Vielleicht sei auch noch an eine nervöse Komponente zu denken, und zwar so, daß die Zerreißungsstelle auf dem Wege über das vegetative Nervensystem zusammengezogen sei, so daß kein Blut austreten konnte. Wenn dieses der Fall gewesen sei, so käme als begünstigendes Moment hinzu, daß das Herz gleichsam infolge des plötzlichen Schlages gegen die Brust durch das intakte Perikard einerseits und durch das Exsudat andererseits stark komprimiert worden wäre. Beides zusammen könnte vielleicht das Fehlen von Blut im Herzbeutel erklären. *Foerster (Münster).*

**Muller, M.: Un cas de déchirure spontanée du péricarde.** (Spontanruptur des Perikards.) (*XI. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 27.—29. V. 1926.*) *Ann. de méd. lég. Jg. 6, Nr. 10, S. 522—526. 1926.*

Verf. berichtet über einen Unfall, bei dem ein Mensch eine Fraktur der Fußknochen erlitt. Bald danach traten Symptome in Erscheinung, die auf eine Herz- und Perikarderkrankung hinwiesen.  $3\frac{1}{2}$  Monate später trat der Tod ein. Bei der Obduktion fand man eine Öffnung im Perikard. Die Ränder derselben waren zum Teil vernarbt. Das Herz war vergrößert, aber unverletzt. Ein Zusammenhang mit dem Trauma ist nicht anzunehmen, da keine Gewalteinwirkung auf das Herz stattgefunden hat. Es handelt sich um eine Spontanzerreißung auf dem Boden einer Perikarditis. Wann die Zerreißung des Perikards stattgefunden hat, kann nicht festgestellt werden, da dieselbe symptomlos verlief. *Foerster (Münster).*

**Ravault, Pierre P., et J. de Girardier: Sur le rôle étiologique des traumatisme répétés dans certaines artérites oblitérantes.** (Über die ätiologische Rolle der wiederholten Traumen bei verschiedenen Arteriitis obliterans-Fällen.) (*Serv. de M. X. Delore, Lyon.*) *Presse méd. Jg. 34, Nr. 90, S. 1413—1415. 1926.*

Die Rolle der wiederholten Traumen in der Ätiologie verschiedener Fälle von Arteriitis obliterans steht außer Zweifel. Den deutlichsten Beweis liefern die Beobachtungen der Fälle, wo das Tragen von Krücken zur Arteriitis obliterans im Gebiete des Truncus axillo-humoralis führt. Man sieht dabei die verschiedensten Grade, von einfachen Ischämien bis zu schwersten Formen mit schnell fortschreitender Gangrän. Anatomisch ist ein Entzündungsprozeß an der Stelle anzunehmen, wo die Schädigung einwirkt. Er greift auf die Arterien über, deren äußere Wand zuerst betroffen wird. Auf eine nicht klar zu präzisierende Art greift diese Erkrankung der Arterienwand mehr oder weniger schnell auf die Arterie über; eine mehr oder weniger ausgedehnte Thrombose ist der Beginn der organischen Erkrankung. Diese Tatsachen lassen daran denken, daß in manchen Formen und Fällen von Arteriitis obliterans mit plötzlichem Auftreten ein traumatischer Faktor, sei es älteren, sei es neueren Ursprungs, vielleicht als Ursache der Erkrankung angenommen werden muß. *E. Tobias (Berlin).*

**Schlegel, August: Traumatische Milzblutung mit 12tägigem Intervall.** (*Chir. Abt., städt. Krankenh., Ludwigshafen a. Rh.*) *Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 138, H. 1, S. 163—170. 1926.*

43 jähriger Pat. eingeliefert unter den Erscheinungen einer Magenperforation. Heftige Bauchdeckenspannung, kein Erbrechen, Puls klein, stärkster Druckschmerz im Epigastrium. Sofortige Operation ergibt massenhaft Blut in der Bauchhöhle, etwa 2 l. Endlich läßt sich an der Konvexität der Milz ein etwa dreimarkstückgroßes Loch feststellen, aus dem Pulpagewebe hervorquillt. Die Ränder sind zerfetzt. Extirpation der Milz. Das parietale Peritoneum unverändert. Anamnese keinelei Trauma angegeben, erst die nachträgliche Erkundigung bei der Frau des Pat. ergab, daß vor 12 Tagen ein Mitarbeiter mit einer Schaufel den Pat. in die linke Seite geschlagen hatte. Die eiserne Schaufel lag beim Schlag mit der konvexen Fläche in der linken Lende, und der Pat. hatte das Gefühl, daß der vorstehende eiserne Schaufelstiel sich in die Haut eingedrückt habe. Keine weiteren Beschwerden. Pat. hat immer weiter gearbeitet. Erst am 12. Tage morgens beim Anziehen der Strümpfe plötzlich heftigste Leibscherzen und dann die Symptome wie oben geschildert. Wichtig war nun für die gerichtliche Erledigung der Körperverletzung die restlose Klärung der Spätblutung im lückenlosen Zusammenhang mit dem Unfallereignis. Dies ermöglichten 1. die Zeugenenerhebungen und 2. die mikroskopische Untersuchung der Milz. Letztere ergab: Größe der Milz 11:8:5 cm. An der Konvexität angetrocknetes Blut, daselbst eine unregelmäßig begrenzte, kraterförmige Zerreißung, getrennt davon etwa querfingerbreit unterhalb des oberen Poles eine unregelmäßige Rißlinie, in der Umgebung die Milzkapsel durch blaurot durchscheinendes Blut wulstig vorgewölbt. An den Schnittflächen zeigt sich, daß im Bereiche der kraterförmigen Einziehung eine unregelmäßig begrenzte Blutgerinnungsmasse bis nahe an den Hilus heranreicht. In der Nachbarschaft

ebenfalls Blutherde, sie nehmen etwa  $\frac{1}{4}$  der Milzsubstanz ein, zwischen ihnen sind Brücken von erhaltenem Milzgewebe. Das von Blutungsherden verschonte Gewebe weist keine krankhafte Veränderung auf. Die Untersuchung der Blutherde in ihrer Beziehung zum Nachbargewebe ergibt Stellen, wo sich Blutmassen und Milzgewebe ohne auffälligen Befund berühren, und Stellen, an denen sich deutliche Gefäßsprossen vom Milzgewebe in den Blutungsherd hinein vorschieben, also Organisationsprozesse im Gange sind.

Dieser Befund beweist, daß an den letztgenannten Stellen zum Zustandekommen der organischen Vorgänge mindestens ein Zeitraum von einigen Tagen erforderlich war. So konnte im Gutachten die mit starker Blutung verbundene Milzruptur, welche die operative Entfernung des Organes bedingte, ursächlich auf die 12 Tage zuvor erlittene Körperverletzung zurückgeführt werden. Durch das Trauma ist es innerhalb des Parenchyms zur Blutung gekommen, die latent blieb, ja sogar zur Organisation führte, schließlich aber die Kapsel erreichte und nach einem 12-tägigen Intervall zu heftigster Blutung führte. Dieser Fall mahnt zu größter Vorsicht bei Unfallereignissen zur Zeit der Milzschwellung, etwa bei Malaria.

Zipper (Bruck a. d. M.).<sup>oo</sup>

**Détis: Eclatement du poumon sans fracture de côtes.** (Lungenberstung ohne Rippenbrüche.) (*Soc. de méd. lég. de France, Paris, 13. XII. 1926.*) Ann. de méd. lég. Jg. 7, Nr. 1, S. 46—49. 1927.

Die gerichtliche Sektion eines nach Überfahung verstorbenen ca. 20jährigen Mannes ergab eine schwere Zerreißen der rechten Lunge ohne jegliche Knochenverletzung des Brustkorbes. Verf. nimmt an, daß der Verunglückte im Momente der Verletzung die Glottis fest verschlossen und das Zwerchfell krampfhaft kontrahiert gehalten habe, so daß die Lunge beim Zusammendrücken des Brustkorbes wie ein Gummiball geplatzt sei.

Warsow.

**Puusepp, L.: Lésions traumatiques fermées de la colonne vertébrale et de la moelle épinière.** (Unfallverletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarks.) (*Clin. neuropathol., univ., Dorpat.*) Rev. v. neurol. a. psychiatrii Jg. 23, Nr. 5/6, S. 154—181. 1926.

Puusepp gibt einen Überblick über die Unfallschädigungen an der Hand der Literatur und bespricht anschließend eigene Fälle, die er nach klinischen und pathologischen Gesichtspunkten in 4 Gruppen teilt. 1. Distorsion (Verzerrung der Bindegewebsverbindungen der Wirbelsäule, 8 Fälle); 2. Diastase (Absplitterung, 3 Fälle); 3. Luxation (5 Fälle); 4. Bruch (14 Fälle), Rückenmarkerschütterung ohne Verletzung der Wirbelsäule (2 Fälle) und 5 Fälle von Rückenmarksblutungen. Die Darstellung der einzelnen Gruppen ist kurz und klar zusammengefaßt und schließt mit Bemerkungen über die Behandlung.

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

**Püschel, A.: Wirbelfrakturen nach leichtem Trauma und ihre Röntgendiagnose.** (*Röntgenabt., städt. Krankenh., Frankfurt a. O.*) Arch. f. klin. Chir. Bd. 143, H. 1, S. 78—90. 1926.

Auch ein leichteres, wenig bedeutendes Trauma genügt zur Entstehung eines Wirbelbruches. In Betracht kommen als Traumata hauptsächlich: Sturz auf den Nacken oder Kopf, auf die Füße oder das Gesäß, Zusammenbrechen unter einer Last, Verschüttung, Absturz eines Förderkorbes oder eines Fahrstuhls und Einklemmungen. In der Hauptsache handelt es sich um Verletzungen der Halswirbel, Brüche am Übergang von der Brust- zur Lendenwirbelsäule oder um Verhebungsbrüche, die besonders den 5. Lendenwirbel betreffen. Oft deckt erst die Röntgenuntersuchung die Wirbelfraktur auf. 15 Fälle des Verf. werden kurz mitgeteilt. Bei der künftigen Krankheit liegen zwar Besonderheiten der klinischen Erscheinungen vor, aber nichts, was einen prinzipiellen Unterschied von anderen Kompressionsfrakturen bedingt. Mit der Diagnose *Insufficiencia vertebrae* (Schanz) muß man sehr vorsichtig sein; diese ist nur ein Symptomkomplex und darf nur bei konstitutionell minderwertigen Wirbelsäulen, bei allgemeiner Schwäche des Bindegewebsapparates diagnostiziert werden, selbstverständlich erst nach eingehender Röntgenuntersuchung. Schwierig ist oft die Differentialdiagnose zwischen Wirbeltuberkulose und traumatischer Kompression.

Kurt Mendel (Berlin).

**Mouchet, Albert, et Lebrun: Sur un cas rare de luxation en avant de l'extrémité supérieure du deuxième métacarpien.** (Über einen seltenen Fall von palmarer Luxation

des proximalen Gelenkendes des II. Mittelhandknochens.) (*Soc. de méd. lég. de France, Paris, 13. XII. 1926.*) Ann. de méd. lég. Jg. 7, Nr. 1, S. 49—51. 1927.

Entstehungsursache: Schlag auf den Handrücken mit einem Eisenstück. Bei der hochgradigen Schwellung ließ sich die exakte Diagnose nur röntgenologisch stellen. Da der Fall erst verspätet in chirurgische Behandlung kam, war nur noch die blutige Reposition möglich, bei welcher zur Vermeidung einer Reluxation eine Lambottesche Klammer zwischen Metacarpus II und Multangulum minus angelegt wurde. — Der Fall erweist aufs neue die dringende Notwendigkeit, alle Verletzungen von Hand und Fuß frühzeitig zu röntgen, wenn infolge starker Anschwellung keine genaue Diagnose möglich ist. Warsow (Leipzig).

**Zur Verth, M.: Kunstbein und Unterleibsbruch.** (*Orthop. Versorgungsstelle, Altona-Hamburg.*) Ärtzl. Monatsschr. Jg. 1926, Okt.-H., S. 289—303. 1926.

Verf. hat sich die Frage gestellt, ob die Entstehung eines Unterleibsbruches mit dem Tragen eines Kunstbeines in ursächlichem Zusammenhang stehen kann.

Zur Beantwortung der Frage stellt er zunächst zwei Vorfragen. 1. Wie entsteht der Unterleibsbruch? Auf Grund eines Gutachtens von Paalzow unterscheidet das Reichsversorgungsgericht: a) Den Rißbruch; er entsteht durch schwere Gewalteinwirkung von außen; b) den Preßbruch, der unter dem Einfluß einer von innen wirkenden Gewalt, und zwar einer außergewöhnlichen Anstrengung der Bauchpresse zustande kommt; c) den Senkbruch, der ohne jede Gewalteinwirkung unter dem gewöhnlichen Druck der Bauchpresse allmählich entsteht. Neben der äußeren Einwirkung ist für das Entstehen eines Unterleibsbruches von Bedeutung die innere Veranlagung oder Bruchbereitschaft. Die innere Veranlagung ist bedingt durch die Konstitution. In Wechselwirkung mit der Konstitution arbeitet der Bauchdruck mit bei der Bruchentstehung: Der Bauchdruck ist sowohl statisch als auch dynamisch. Für die Entstehung des Preßbruches sind die dynamischen Vorgänge von ausschlaggebender Bedeutung, während ihre Einwirkung beim Senkbruch zurücktritt, und dafür der statische Bauchdruck in den Vordergrund tritt. Der Übergang von dem allmählich sich entwickelnden Preßbruch zum Senkbruch ist fließend. Auf Grund dieser Untersuchungen schlägt Verf. folgende ätiologische Einteilung vor: I. Ausschließlich durch dynamische Einwirkung entstandene Unterleibsbrüche. Dahin gehören die Preßbrüche, die unter der Einwirkung einer einmaligen, zeitlich begrenzten, außergewöhnlichen Steigerung des Bauchdruckes zustande kommen. II. Durch dynamische und statische Einwirkungen entstandene Unterleibsbrüche. Dahin gehören die allmählich sich entwickelnden Preßbrüche. Sie setzen eine gewisse Bruchbereitschaft voraus. III. Vorwiegend durch statische Einwirkungen entstandene Unterleibsbrüche. Dahin gehören die Senkbrüche. Sie setzen eine erhebliche konstitutionelle Bruchbereitschaft voraus. Den Rißbruch (Gewaltbruch), der eine Zerstörung der Bauchdecke von außen voraussetzt, läßt Verf. absichtlich beiseite, da es sich nicht um einen Bruch s. str. handelt. Die zweite Unterfrage ist nun: 2. Was ändert das Kunstbein an den menschlichen Funktionen, soweit sie auf die Entstehung des Leistenbruches Einfluß haben? Verf. hat an Hand des Materials der Orthopädischen Versorgungsstelle Altona diese Frage geprüft. Stoß, Schwankung und Stolpern sind die schädigenden Momente, die das Kunstbein für die Entstehung des Unterleibsbruches noch hinzubringt; für bestimmte Fälle mit schweren Eiterungen usw. kommt Schädigung der Gewebe, insbesondere der Bruchpforten, durch den Eiterungsprozeß in Frage.

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verf. zu dem Resultat, daß das Tragen von Kunstbeinen an sich im allgemeinen nicht geeignet ist, Unterleibsbrüche hervorzurufen. Es kann hingegen mit anderen Momenten zusammen als Glied einer Ursachenkette zum Entstehen eines Unterleibsbruches beitragen. Richtungsgebende Bedingung ist in diesen Fällen gemeinhin die konstitutionelle Bruchbereitschaft. In bestimmten Fällen, z. B. beim schweren Stolpern, kann dem Tragen von Kunstbeinen Einfluß auf die Entstehung eines Unterleibsbruches (Preßbruch) eingeräumt werden.

Zillmer (Berlin-Tempelhof).<sub>o</sub>

**Hagen, Ferdinand: Uleus tropho-neuroticum der Glutäalgegend, entstanden neun Jahre nach Schrapnellverletzung der Cauda equina.** (*Hautklin., städt. Krankenanst., Dortmund.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 73, Nr. 34, S. 1395—1396. 1926.

Es handelt sich um einen besonders in genetischer Hinsicht interessanten Fall. Als Entstehungsursache für das Auftreten des Ulcus können hier verschiedene Momente in Betracht gezogen werden. Einmal könnte eine vom Kranken selbst nicht bemerkte lokale Verletzung stattgefunden haben; da jedoch der Kranke selbst einige Zeit vorher eine Störung der Sensibilität an sich wahrgenommen hatte, so gewinnt nach Ansicht des Verf. die Annahme an Wahrscheinlichkeit, daß Veränderungen in dem vernarbten Schußkanal und damit eine erneute Schädigung der Nervenwurzeln ätiologisch in Betracht kommen. Eine dritte ätiologische Möglichkeit schließlich ist dadurch gegeben, daß die Einwirkung einer inzwischen aufgetretenen und fortschreitenden Tuberkulose in irgendeiner Weise für die Erkrankung verantwortlich

zu machen ist. Die Ergebnisse der Untersuchung auf Lues waren sämtlich negativ. Unter Berücksichtigung der vorstehenden Erwägungen konnte Verf. eine bestimmte und eindeutige Entscheidung über die Ätiologie des plötzlichen ausgedehnten Gewebszerfalls, so lange Zeit nach Verletzung der Nervenwurzeln, nicht fällen. — Ganz kurz sei noch darauf hingewiesen, daß durch Radiumbehandlung eine Abstoßung der nekrotischen Muskelfasern und weiterhin ein Zusammenschrumpfen des Geschwürs auf weniger als die Hälfte des ursprünglichen Umfangs erzielt wurde, während dann ein Stillstand in der Rückbildung bei gleichzeitiger Verschlechterung des Lungenbefundes — wiederholter Nachweis von Tuberkelbacillen im Sputum — eintrat.

Ollendorff (Berlin-Schöneberg).

**Tissier, M.: Rupture centrale du périnée par contre-coup.** (Zentraler Dammriß durch Gegenstoß [Contre-coup].) (*Soc. de méd. lég. de France, Paris, 8. XI. 1926.*) Ann. de méd. lég. Jg. 6, Nr. 10, S. 536—538. 1926.

Bei einem Autounfall erlitt ein 6jähriges Mädchen ohne irgendwelche andere Verletzung einen medianen, ganz oberflächlichen Dammriß, der weder bis zur Vulva, noch bis zum Anus ging. Der Vorfall ereignete sich folgendermaßen: Das Kind stand mit dem rechten Fuß auf dem Bürgersteig, mit dem linken ziemlich weit vorn auf dem Trittbrett der rechten Seite eines haltenden Autos, das durch ein anderes von vorne sehr heftig angefahren und 5—6 m nach hinten geschleudert wurde. Beim Zusammenprallen riß das Trittbrett (Kotflügel?) den linken Fuß des Kindes mit, während der rechte auf dem Bürgersteig stehen blieb. Dabei wurden die Beine wahrscheinlich seitlich auseinandergerissen. Es entstand die oben beschriebene Verletzung, wie man sie sonst nur gelegentlich bei der Grätsche am Barren und bei Tanzkünstlern findet, die bei einer Vorführung ihre Beine spreizen müssen.

Buhtz (Königsberg i. Pr.).

**Hamanishi, S., und K. Inokuchi: Fall von Luxatio testis und über den Entstehungsmechanismus derselben.** (*Orthop.-chir. Klin., kais. Univ. Kyoto.*) Acta dermatol. Bd. 7, H. 6, S. 677—682 u. dtsch. Zusammenfassung S. 682—686. 1926. (Japanisch.)

Die traumatische Verlagerung des Hodens war durch einen Stoß mit einer Wagendeichsel entstanden. Der Hoden saß quer unter der Haut des Mons veneris. Nach dem Stoß war der betreffende Patient eine Zeitlang bewußtlos. Später merkte er, daß der eine Hoden fehlte. Ein äußerlich sichtbarer Bluterguß bestand nicht. Etwa 14 Tage später wurde die Operation ausgeführt und der sonst intakte Hoden reponiert; völlige Heilung.

Aus der Tatsache, daß die luxierten Hoden bei analogen Fällen der Literatur selbst fast immer intakt gefunden werden, ferner fast stets trotz verschiedener Richtung der Gewalteinwirkung in der Gegend des Leistenringes liegen, wird der Schluß gezogen, daß der Hoden nicht durch die Gewalteinwirkung verdrängt wird, sondern der Entstehungsmechanismus der Luxation vielmehr durch gewaltsame Cremasterwirkung zu erklären ist. Der Hoden wird heftig nach oben gezogen und unter der Haut des Mons veneris in querrer Richtung fixiert. Bisweilen verläßt er freilich diesen Ort, wandert und wird dann anderorts angetroffen, unter dem Penis usw. Jedenfalls spielt die Cremasterwirkung die Hauptrolle bei der Dislokation. Auch die durch schweres Heben entstandenen Luxationen können so erklärt werden. Lockere Fixation im Scrotum und abnorme Entwicklung des Cremasters schaffen eine Disposition zu dieser Verletzung.

Roedelius (Hamburg).<sup>oo</sup>

**Pickerill, H. P.: Malignant tumours following one application of an irritant.** (Maligne Gewächse im Gefolge eines einzigen Reizes.) (*Facial a. jaw dep., Dunedin hosp., Dunedin, New Zealand.*) Lancet Bd. 211, Nr. 17, S. 854. 1926.

Häufiger als angenommen wird scheinen sich im Anschluß an eine einmalige Schädigung Carcinome zu entwickeln. So beobachtete Verf. 3 Fälle von Hautkrebsen, die sich infolge einer einmaligen lokalen Verbrennung am Unterlid, an der Haut hinter dem Ohr und an der Oberlippe entwickelten. Die Einwirkung der Hitze als schädigendes Moment erscheint um so bemerkenswerter, als auch auf Grund von anderer Seite angestellter Versuche die Erzeugung experimenteller Teercarcinome bei Mäusen durch einmalige Pinselungen nur dann gelang, wenn heißer Teer verwendet wurde.

Lemke (Stettin).<sup>o</sup>

**Fossataro, E.: Traumi e tubercolosi.** (Traumen und Tuberkulose.) Policlinico, sez. prat. Jg. 33, H. 33, S. 1155—1156. 1926.

Die auf dem Kongresse in Amsterdam entwickelten Grundsätze bestehen nach Fossataro zu Recht. Tuberkulose entsteht nach Einwirkung äußerer Gewalt nur, wenn ein Extravasat durch bacillenhaltiges Blut gebildet wird. Auch Verschlimmerung durch Trauma tritt nur dann ein, wenn die Keime latent vorhanden sind. Die Fälle

sind außerordentlich selten, in denen Tuberkulose durch das Trauma entsteht, hier kreiste an der betroffenen Stelle bacillenhaltiges Blut. *Ortenau* (Bad Reichenhall).

**Clément-Simon: Sur la syphilis traumatique. Définition.** Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jg. 33, Nr. 7, S. 549—557. 1926.

Nach kritischer Prüfung der in Frankreich veröffentlichten Fälle von traumatischer Syphilis von 1914—1924 verbleiben 56—57 sichere Fälle, wenn man von den Gummata an Injektionsstellen absieht. Das Tatsachenmaterial teilt Verf. in 7 Gruppen. Die 1. Gruppe umfaßt Hautsyphilide, die sich nach einem Trauma entwickelt haben. 15 Beobachtungen, und zwar 14mal Gummata, 1mal tuberöse Syphilide. 2. Gruppe: Verzögerte Heilung von Wunden bei Syphilitikern. 3 Fälle. 3. Gruppe: Pseudarthrosen. Verzögerung der Knochenbildung bei Frakturen. 4. Gruppe: Syphilitische Manifestationen im Gefolge oft wiederholter kleiner Traumen, wie sie bei bestimmten gewerblichen Arbeitern usw. beobachtet werden. 29 Beobachtungen. 5. Gruppe: Knochenläsionen ohne Hautsyphilis. Selten. 6. Gruppe: Syphilitische Erscheinungen an Injektionsstellen. Sehr häufig. 7. Gruppe: Späterscheinungen von Syphilis an traumatisch vor der syphilitischen Infektion getroffenen Stellen. 2 Fälle. In einem Falle 1916 geheilte Fraktur, 1918 syphilitische Infektion. 1920 Gummata an der Knochenbruchstelle. Zur Erklärung werden 2 Hypothesen herangezogen. Erste Theorie. An der Traumastelle waren schon vorher latente Spirochäten vorhanden, die durch das Trauma in Freiheit gesetzt wurden. Zweite Theorie (Pasini). Durch das Trauma wird die Immunität des getroffenen Bezirks vermindert, so daß dort Spirochäten zu Gewebsercheinungen führen (*locus minoris resistentiae*). *Lesser.*

**Czunft, Vilmos: Elektrische Unfälle bei Röntgenapparaten.** Orvosi Hetilap Jg. 70, Nr. 31, S. 831—834. 1926. (Ungarisch.)

Seit 1918, also seit der Verwendung der Hochleistungsapparate, haben sich 3 tödliche Unfälle ereignet, der eine in Paris mit einem Gaiffe-Apparat, der andere in Helsingfors mit einem Siemens-Apparat, der dritte in Pécs mit einem Koch & Sterzel-Apparat, wo der Arzt, die Hochspannungsleitung berührend, mit dem Fuße unabsichtlich auf den Fußschalter tretend, den Transformator in Betrieb setzte. Die pathologische Wirkung der Hochspannungsströme konnte bei Gewerbeunfällen und Hinrichtungen mittels elektrischen Stromes beobachtet werden. Diese Erfahrungen lehren, daß eine Spannung von 2000 Volt zur Lähmung des Respirationszentrums, eine niedrigere Spannung, zwischen 400 und 500 Volt, indessen zur Herzlähmung führt. Diese Erfahrungen können aber nicht ohne weiteres auf die pathologische Wirkung eines Hochspannungsstromes von 50000—250000 Volt, wie ihn die Transformatoren liefern, übertragen werden. Am gefährlichsten ist der durch seine regelmäßigen Spannungs- und Intensitätsschwankungen charakterisierte Wechselstrom, welcher am isolierten quergestreiften Muskel einen tetanusartigen Zustand, am Herz fibrilläre Zuckungen hervorruft. Während elektrische Ströme von niedriger Spannung eine tödliche Wirkung ausüben können, sind Monteure nach Berührung einer Hochspannungsleitung von 10000—30000 Volt ohne erheblichen Schaden davongekommen. Diese einander widersprechenden Beobachtungen erklären, außer einer evtl. Idiosynkrasie, die elektrische Stromverteilung im Organismus, bei Wechselstromkreisen dagegen die Resonanzerscheinungen. Zum Eintritt der pathologischen Stromwirkung ist es unbedingt notwendig, daß ein Strom von bestimmter Intensität das Herz oder das Zentralnervensystem passiere. Die Intensität des durch den Körper strömenden Wechselstromes wird durch die Spannung und durch den elektrischen Widerstand des betreffenden Körperteiles bestimmt. Dem Gleichstrom gegenüber üben Kapazität und Selbstinduktion auf die Intensität des Wechselstromes einen bedeutenden Einfluß aus. Bei geeigneter Kapazität und Selbstinduktion treten Resonanzerscheinungen auf, wobei sich die Stromintensität außerordentlich erhöhen kann. Bei niedriger Spannung kann durch das Herz eine tödliche Stromintensität entweder infolge außerordentlicher Ausdehnung der leitenden Oberflächen oder infolge Resonanz durchfließen; bei Hoch-

spannungsströmen kann sich dagegen die Stromintensität bei kleinen Kontaktflächen infolge der Stromverteilung auf die tödliche Intensität erhöhen. Außer der Intensität hängt die Wirkung des Stromes auch von der Periodenzahl ab. Am gefährlichsten ist ein Strom mit 40–50 Perioden, bei 1200 Perioden läßt sich eine bedeutende Verminderung der physiologischen Stromwirkung nachweisen. Der Unfall in Pés kam wahrscheinlich infolge Idiosynkrasie oder Myokarditis des betreffenden Kollegen zustande. Die Gefahren kann der automatische Stromausschalter wohl verringern, aber nicht gänzlich beheben, sie können nur durch strengste Betriebsmaßregeln und Überwachung der speziellen Fachkenntnisse behoben werden. *Jakob (Budapest).<sup>oo</sup>*

**Picker, Rudolf: Ein elektrischer Unfall und dessen urologische Folgen. (Ein Fall von indirektem traumatischen Hämatom der Samenblase. (Ungar. Ges. f. Urol., Budapest, Sitzg. v. 25. I. 1926.) Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 21, H. 1/2, S. 99–102. 1926.**

Ein 24-jähriger Motorführer erhielt beim Auswechseln einer Sicherung einen elektrischen Schlag von 500 Volt, durch welchen er aus der stark gebückten Stellung, in der er arbeitete, über den Fahrdamm weggeschleudert wurde. Verf. fand nach ungefähr 3 Wochen bei dem Manne, der seit dem Unfall blutigen Harn entleert haben wollte, einen Bluterguß unter der Schleimhaut an der linken Blasenseite und konnte überdies aus der linken Samenblase ungefähr 10 ccm altes geronnenes Blut auspressen. Nach weiteren 3 Wochen war der Mann geheilt. Verf. führt den Bluterguß auf den durch den elektrischen Schlag ausgelösten nach rückwärts ausgeführten Weitsprung zurück. — In der Aussprache erklärt Emödi, der den Mann bis zum Unfall an einem Tripper behandelt und auch nach dem Unfall noch mehrmals untersucht hat, er habe niemals blutigen Harn feststellen können, und bestreitet daher den ursächlichen Zusammenhang zwischen Bluterguß und Unfall. — Picker hält dagegen an seiner Meinung fest. Der Bluterguß in der Samenblase sei von anderen Untersuchern nicht erkannt worden, weil man nur bei seiner Technik der Untersuchung der Vorsteherdrüse die Samenblase erreiche.

*Meixner (Wien).*

**Kohout, Josef: Replik, betreffend Selbstmord durch elektrischen Strom. Časopis lékařů českých Jg. 65, Nr. 50, S. 1937. 1926. (Tschechisch.)**

In einem kritischen kurzen Artikel über die in dieser Zeitschrift 9, 227 referierte Arbeit von Kohout hatte Köcher einige Fehler ausgesetzt und vor allem einen offensichtlichen Irrtum festgestellt, daß nämlich 0,0025 Ampere = 25 Milliampere, statt richtig 2,5 M.-A. gleichgesetzt worden waren, ferner getadelt, daß die durch den Körper gegangene Stromstärke 300 A betragen haben könne. In einer Replik sucht nun K. seine ursprünglichen Ausführungen zu rechtfertigen, muß aber zugeben, daß ein Druckfehler in seiner Arbeit stehen geblieben ist, und daß der tatsächlich durch den Körper gegangene Strom nicht 300 A. betragen haben könne, sondern infolge des vorhandenen großen Widerstands viel kleiner gewesen sein müsse. — Die Kritik Köchers, wie die Replik K.s beweisen, wie vorsichtig der Sachverständige bei Beurteilung elektrischer Unfälle sein müsse, und wie Techniker und Mediziner sich auch hier wie auf allen Gebieten der Unfall- und Gewerbemedizin, gegenseitig ergänzen müssen. *Kalmus (Prag).*

**Brisard: Blessures par imprudence par éclatement de détonateur de grenade. (Verletzungen aus Unvorsichtigkeit durch Explosion von Granatzündern.) (Soc. de méd. lég. de France, Paris, 8. III. 1926.) Ann. de méd. lég. Jg. 6, Nr. 4, S. 166 bis 176. 1926.**

Klinische und radiologische Studie über die Verletzungen, die bei unvorsichtigem Hantieren mit Granatzündern durch Explosion entstehen können. Diese Verletzungen betreffen vor allem die linke Hand (und hier wieder besonders die ersten drei Finger, die den Zünder bei der Explosion gehalten haben), die Brust und das Gesicht und bestehen in Abreißungen der Phalangen und Versprengung von Metallteilchen in die Weichteile der Hand, der Brust und des Gesichtes. *v. Neureiter (Riga).*

**Piédelièvre, R.: La collerette érosive des orifices d'entrée des balles dans la peau. (Der Schürfungssaum der Einschußwunden.) (Soc. de méd. lég. de France, Paris 10. V. 1926.) Ann. de méd. lég. Jg. 6, Nr. 6, S. 261–271. 1926.**

Verf. hat sich durch Schießversuche mit Flobertgewehren und kleinen Browningpistolen gegen dünne Kautschukplatten, Hautstücke und lebende Meerschweinchen die Überzeugung verschafft, daß der Schürfungssaum nicht bloß von einer Abstreifung am Geschosß haftender Rückstände aus dem Laufe herrührt, sondern daß es sich wirklich um eine Schürfung handelt. Bei mikroskopischer Untersuchung von Schnitten

lassen sich abgestreifte Rückstände bloß im innersten Teil des Schürfungshofes, knapp an den Rändern der Schußblücke nachweisen. Verf. erkennt auch, daß die Oberhaut weniger dehnbar ist als die Lederhaut, und daß ihr Abreißen an der Entstehung des Schürfungshofes mitbeteiligt ist (vgl. Meixner, dies. Zeitschr. 1, 151). *Meixner*.

**Journée et Piédelièvre: Le transport des débris de vêtements par les projectiles pointus et leur pénétration dans le corps. (Balles D et S.)** (Das Eindringen von Kleiderfetzen in den Körper durch Spitzgeschosse.) (*Soc. de méd. lég. de France, Paris, 8. XI. 1926.*) Ann. de méd. lég. Jg. 6, Nr. 10, S. 539—544. 1926.

Schießversuche, zum Teil mit künstlich durch Aufschlag zum Querschläger gemachter Infanteriemunition, ergaben, daß Fasern der Kleidung nur dann tiefer in den Körper hineingerissen werden, wenn das Spitzgeschloß entweder infolge einer Entfernung von über 2000 m bereits um mindestens 2 Grad aus der geraden Bahn zur Erde hin abgewichen ist oder wenn es zum Querschläger wurde. *Besserer* (Münster/W.).

**Chavigny: Recherche des projectiles au cours des autopsies médico-légales.** (Das Suchen von Geschossen bei gerichtlichen Leichenöffnungen.) (*Soc. de méd. lég. de France, Paris, 8. XI. 1926.*) Ann. de méd. lég. Jg. 6, Nr. 10, S. 533—536. 1926.

Verf. schildert die Aufklärung eines Falles von Schußverletzung durch Röntgenaufnahmen.

Bei der Obduktion war ein Geschloß nicht gefunden worden. Es mußte daher eine Exhumierung der Leiche erfolgen. Mit einer fahrbaren Feld-Röntgenstation, die nach dem Friedhof mitgenommen wurde, gelang die Auffindung eines Geschosses, dessen Untersuchung für die Aufklärung des Falles sehr wesentlich wurde.

Verf. hebt den Wert einer solchen Einrichtung für gerichtliche Medizin hervor.

*Buhltz* (Königsberg i. Pr.).

**Smith, Sydney: Two cases of suicidal cut-throat.** (Zwei Fälle von Selbstmord durch Halsschnitt.) *Lancet* Bd. 211, Nr. 23, S. 1163—1164. 1926.

Im 1. Falle handelte es sich um einen relativ flachen Rasiermesserschnitt von ca. 43 mm Länge über dem unteren Drittel des rechten M. sterno-cleido-mastoideus, wobei die V. jugularis externa eröffnet worden war und klappte. Die Wundränder waren nicht durchblutet, andere Zeichen von Gewalteinwirkung fehlten völlig. Bei der Sektion fanden sich einige Luftblasen nur im rechten Herzohr sowie vorgeschrittene doppelseitige Lungentuberkulose und subakute interstitielle Nephritis. Der Blutgehalt des Herzens und der Gefäße und der Zustand der Leiche konnten nicht den Verdacht der Verblutung wachrufen. Der 55jährige, in seiner Wohnung mit einem Rasiermesser am Fußboden aufgefundene Tote war Rechtshänder gewesen und hatte begründete Selbstmordabsicht schriftlich hinterlassen. Die Todesursache wird teils aus dem Blutverlust, teils aus dem Befunde von Luft im Herzen abgeleitet. — Im 2. Falle wurde beobachtet, wie ein Ägypter sich auf der Straße die Kehle durchschnitt und dann etwa 45 m vorwärtstammelnd tot zusammenbrach. Es fanden sich 7 Halsschnitte, von denen einer den Kehlkopf völlig durchgetrennt, ein anderer die Art. carotis communis und die Vena jugul. interna angeschnitten hatte. Die Schnittführung wies auf Linkshändigkeit hin.

Beide Fälle beweisen, wie schwierig es sein kann, auf Grund des Leichenbefundes allein zu entscheiden, ob Mord, Selbstmord oder Unglücksfall vorliegt. Ein schematisierendes Vorgehen ohne genaue Kenntnis des Tatbestandes ist daher für den Gutachter nicht empfehlenswert.

*K. Reuter* (Hamburg).

**Derome, Wilfrid: Deux cas d'asphyxie par bol alimentaire.** (Zwei Fälle von Erstickung durch Speisestücke.) (*Soc. de méd. lég. de France, Paris, 10. V. 1926.*) Ann. de méd. lég. Jg. 6, Nr. 6, S. 278—282. 1926.

2 Fälle von plötzlichem Tod infolge Aspiration großer Fleischstücke beim hastigen Schlucken, zwei junge Leute betreffend, welche in trunkenem Zustande zu große Bissen „Steak“ zu verschlucken versucht hatten. Hinweis auf die Gefahren der Trunkenheit, ähnlich wie bei Paralytikern, senil Dementen usw.

*Kalmus* (Prag).

**Gelma, Eugène, Alfred Weiss et Kuhlmann: Perforation, sans cause saisissable, de l'estomac, chez un nourrisson de un mois.** (Magenzerreißung bei einem 1 Monat alten Säugling ohne ersichtlichen Grund.) (*Soc. de méd. lég. de France, Paris, 13. XII. 1926.*) Ann. de méd. lég. Jg. 7, Nr. 1, S. 66—67. 1927.

Die Verff. schildern eine Magenzerreißung von 2—3 cm nahe dem Magenausgang im Bereich der großen Magenkrümmung, für deren Entstehung weder die Untersuchung des Magens noch die Vorgeschichte irgendeinen Grund finden ließen. Sie nehmen schließlich



mangels jeder anderen Erklärung an, daß trotz der gegenteiligen Behauptung der Mutter das Kind vielleicht auf den gefüllten Magen gefallen und so infolge des Druckes eine Zerreißung der Magenwand entstanden sei. *Spiecker* (Beuthen).

**Ameghino, Arturo:** Die gerichtlich-medizinische Erfahrung über Lebensgefahr. *Rev. de criminol., psiquiatria y med. leg.* Jg. 13, Nr. 77, S. 513—535. 1926. (Spanisch.) Verf. erörtert die Ansichten verschiedener Autoren über den Begriff der Lebensgefahr. Nach dem argentinischen Strafgesetzbuch, das hier dem italienischen folgt, richtet sich die Bestrafung dessen, der einen andern verletzt hat, nach dem Grade der durch die Verletzung gesetzten Lebensgefahr, worüber der Sachverständige sein Gutachten abzugeben hat. Da die Anwendung des Begriffes Lebensgefahr aber wenig wissenschaftlich, unsicher und schwankend ist, so ist er am besten aus dem Gesetz zu entfernen. Es gibt andere und bessere Kriterien, nach denen die Schwere einer beigebrachten Verletzung beurteilt werden kann. *Ganter*.

### Vergiftungen.

**Weimann, W.:** Hirnbefunde beim Tod in der Kohlenoxydatmosphäre. (*Gerichtl., med. Inst., Univ. Berlin.*) *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie* Bd. 105, H. 1/2, S. 213—223. 1926.

Verf. berichtet über eigene Beobachtungen von Hirnveränderungen, die er nach Früh-todesfällen bei Kohlenoxydvergiftung feststellte. Die Erbleichung des vorderen Pallidums fand er nur selten ausgeprägt, dieses führt er darauf zurück, daß seine Fälle zu spät zur Sektion kamen. Die Pia und Hirnrinde waren stark hyperämisch, letztere wies eine deutliche Differenz auf. In den unteren Schichten und subcorticalem Mark war eine starke Erweiterung und Blutfüllung der Gefäße, in den oberen war diese Veränderung bei weitem nicht so ausgeprägt. Hemisphärenmark und Ammonshorn zeigten ebenfalls Erweiterung und Blutfüllung. Auffällig war die Füllung in den Gefäßen des Subiculus, des schmalen Pyramidenzellbandes und der angrenzenden Marksubstanz; dagegen zeigte schlechte Füllung das Capillarnetz in dem an das Subiculum angrenzenden Teil des lockeren Bandes, seiner Umbiegungsstelle gegen den Ventrikel bis zum dorsalen Blatt hinauf. Gleichmäßige Blutfüllung war in den Stammganglien bis herab zur Medulla oblongata vorhanden, manchmal weniger stark betont. Außerdem wird von Diapedesisblutung in Meningen und Pallidum berichtet, selten ist diese im Hemisphärenmark anzutreffen. Verf. wertet seine Befunde als einen Beweis für die Anschauung Hillers, der die Erweichungen bei Spät-todesfällen auf Kreislaufstörung zurückführte, beruhend auf einer durch Vasomotorenstörung bedingten Gefäßatonie, die die Vergiftung überdauerte. *Foerster* (Münster).

**Borman, Milton C.:** Carbon monoxid poisoning. Mental and neurological changes in a case of acute carbon monoxid poisoning with partial recovery. (Kohlenoxydvergiftung. Psychische und neurologische Symptome bei einer akuten Kohlenoxydvergiftung mit partieller Genesung.) (*Serv. of dr. M. H. Bochrach, Philadelphia gen. hosp., Philadelphia.*) *Americ. journ. of psychiatry* Bd. 6, Nr. 1, S. 135—143. 1926.

Ein 41-jähriger, fleißiger und begabter Perlmutterschneider hatte sich abends in einem kleinen Zimmer zu Bett gelegt, in welchem aus einer defekten Gasrohrleitung langsam Gas ausströmte. 24 St. später wurde er in bewußtlosem Zustande aufgefunden. Pupillen weit und lichtstarr. Cyanose. Puls 150—160, Atmung 50, Erscheinungen von Lungenödem, Herz nach rechts und links vergrößert, systolisches Geräusch an der Spitze, Bauchdecken gespannt, in Pausen von 3—5 Minuten tetanische Kontraktionen in den Muskeln der Extremitäten, Sehnenreflexe gesteigert. — Allmähliche Erholung während der nächsten beiden Tage. 20 Tage nach der Vergiftung anscheinend geheilt entlassen. — 9 Tage darauf wurde er reizbar, nachlässig in Kleidung und Sauberkeit, dann erregt, verwirrt und gewalttätig (Wiederaufnahme). Befund: Tremor, athetoiden Bewegungen, gesteigerte Sehnenreflexe, Spasmen mit fibrillären Zuckungen, Polyneuritis, Incontinentia urinae et alvi. — Wiederum trat Besserung ein. In dieser Zeit wurden Störungen der Temperaturempfindung an den Beinen, Muskelschwäche, Ataxie und Adiadochokinesie festgestellt, desgleichen psychomotorische Apraxie. — 6 Monate nach der 2. Aufnahme waren die neurologischen Symptome geschwunden, es bestanden nur noch psychische Störungen. Er war interesselos, hatte aber gelegentlich Zornausbrüche. *Campbell* (Dresden).

**Iordăchescu, Virgil:** Kohlenoxyd-Hemiplegie. *Spitalul* Jg. 46, Nr. 8/9, S. 291 bis 292. 1926. (Rumänisch.)

Ein 21-jähriger Mann wird in komatösem Zustand in seinem Zimmer aufgefunden, in

dem ein Koksofen brannte; starker Geruch nach Kohlenoxyd im Zimmer. Der Kranke ist cyanotisch, hat weißen Schaum vor dem Mund; Urinretention. Nach 2 Tagen kommt der Kranke wieder zum Bewußtsein. Nach 5 Tagen Lähmung der rechten oberen Extremität, 2 Tage später auch der unteren; Naso-labialfalte rechts verstrichen, Zungenspitze weicht nach rechts ab. Cubital-, Radial-, Patellar-, Achillesreflex fehlen; Babinski rechts positiv. Sensibilität, Wärme- und Schmerzempfindung stark herabgesetzt. Urin- und Stuhlinkontinenz. Im Laufe von 2 Monaten schwinden alle Symptome bis zur völligen Restitutio ad integrum.

Der Fall ist insofern besonders bemerkenswert, als bisher alle derartigen Fälle von CO-Hemiplegie zum Exitus gekommen sind. *K. Wohlgemuth (Chişinau).*

**Wilson, Elizabeth D., Irene Gates, Hubley R. Owen und Wilfred T. Dawson:** **Street risk of carbon monoxide poisoning.** (Die Gefahr der Kohlenoxydvergiftung auf der Straße.) (*Dep. of physiol. a. med., woman's med. coll. of Pennsylvania, Philadelphia a. dep. of physiol., med. dep., univ. of Texas, Galveston.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 87, Nr. 5, S. 319—320. 1926.

Zur Klärung der Frage, ob auf den belebten Straßen der Großstadt die Gefahr einer leichten oder chronischen Kohlenoxydvergiftung besteht, wurde das Blut von Verkehrspolizisten der belebtesten Straßen von Philadelphia nach Schluß des 8 Stundendienstes untersucht. Nach der Methode von Sayers, Yant und Jones fand der letztgenannte der Verff. bei 6 Leuten einen Sättigungsgehalt des Hämoglobins mit Kohlenoxyd von 20—30%. Die beiden erstgenannten fanden nach der Methode Winklers 5—13%. Einzelne der Leute klagten über Kopfschmerz, Aufstoßen, Schwäche. Verff. schließen, daß im 8 Stundendienst eine Sättigung des Blutes bis zu 30% stattfinden kann. Bis zum Wiederbeginn des Dienstes ist das Kohlenoxyd wohl vollständig ausgeschieden. *Teleky (Düsseldorf).*

**Kehrer, J. K. W., und A. J. F. Oudendal:** **Vergiftung mit Tetrachlorkohlenstoff.** *Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 70, 2. Hälfte, Nr. 7, S. 746—757. 1926. (Holländisch.)*

Klinische und pathologisch-anatomische Mitteilungen über 5 Todesfälle nach Wurm-kur (5 ccm  $\text{CCl}_4$  und 1,5 ccm *Oleum chenopodii*) infolge  $\text{CCl}_4$ -Vergiftung, die sich unter 6000 Kuren innerhalb verhältnismäßig kurzer Zeit bei eingeborenen Arbeitern ereigneten, nachdem vorher schon 9000 Kuren ohne Zwischenfälle durchgeführt worden waren. Bei allen 5 Personen fand sich eine sehr deutliche zentrale und perizentrale fettige Entartung der Leberläppchen. Nur in 1 Falle erfolgte der Tod nach einmaliger Kur, bei den übrigen 4 Fällen nach einer zweimaligen. Ikterus fand sich nur bei 2 Kranken. Vergiftungserscheinungen wurden bei den übrigen gleichartig behandelten Personen nicht beobachtet. Verff. weisen darauf hin, daß die histologische Untersuchung der Leber von Eingeborenen in Niederl.-Indien, abgesehen von Alkoholikern, auffallend häufig Veränderungen ergibt, die sie als Vorläufer der „tropischen Lebercirrhose“ auffassen, und daß solche Personen bei etwas großer  $\text{CCl}_4$ -Gabe für die Vergiftung besonders disponiert seien. Außerdem sei es denkbar, daß sich schwer mit Ankylostomen infizierte Personen anders verhalten als leicht infizierte, insofern als bei jenen die durch die Parasiten hervorgerufenen Darmveränderungen ganz andere Resorptionsverhältnisse für  $\text{CCl}_4$  schaffen könnten als bei gesunden oder schwach infizierten Personen. Auf die Bedeutung von Parasiten ist bei experimentellen Untersuchungen an Tieren über die Giftigkeit von  $\text{CCl}_4$  bisher nicht genügend geachtet worden. *F. W. Bach (Bonn).*

**Patek, Arthur J.: Aniline shoe dye poisoning. Report of three cases.** (3 Fälle von Anilinschuhfarbenvergiftung.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 86, Nr. 13, S. 944—945. 1926.

Verf. hatte Gelegenheit, 3 Patienten mit Vergiftungserscheinungen zu behandeln, die hervorgerufen wurden durch das Tragen frisch gefärbter Schuhe. In dem Färbmittel ließ sich Anilin nachweisen. Weder die Schuster, die die Farbe vielfach verwenden, noch die Kundschaft sind genügend über die Gefahr unterrichtet, die das zu frühe Tragen der gefärbten Schuhe mit sich bringt. Deutliche Angaben hierüber müßten auf den Büchen, die die Farbe enthalten, angebracht sein. *Nieter.*

**Inkster, John: A case of aniline poisoning.** (Ein Fall von Anilinvergiftung.) Lancet Bd. 211, Nr. 15, S. 752—753. 1926.

Die Vergiftung betrifft einen 12jährigen Knaben, welcher anlässlich einer praktischen Übung zwecks Destillation von Anilin in der Schule auf eine scherzhafte Bemerkung des Übungsleiters Anilin aus einer Flasche trank, die 2 ccm einer Mischung von Anilin und Wasser

enthielt. Wie nachträglich der Knabe angab, hat er höchstens einen Teelöffel voll von der genannten Mischung in seinen Mund gebracht. Ob er etwas von der Masse hinuntergeschluckt habe, konnte er nicht mit Sicherheit sagen. Er verspürte in seinem Munde ein brennendes Gefühl, begann schwindelig zu werden, bis er auf dem Wege aus der Schule einige Stunden später ohnmächtig zusammenbrach, und dies trotzdem der Lehrer dem Knaben die Giftflasche sofort entriß und ihn veranlaßte, den Mund auszuspülen. Die Erscheinungen an dem Kinde bestanden in Blaufärbung der Fingerspitzen und Schwarzwerden der Lippen; der Puls war regelmäßig, die Pulszahl betrug 120, die Sehlöcher waren sehr weit und änderten sich nur wenig auf Lichteinfall. Die Sehnenreflexe waren stark herabgesetzt; Lähmungen traten nicht auf; von seiten des Herzens und der Lungen konnte nichts Abweichendes festgestellt werden. Anfangs wurden mittels eines Trichters Sauerstoffinhalationen durchgeführt und, da daraufhin keine Besserung erfolgte, wurde der Sauerstoff mit Hilfe einer Gasmasken durch 5 Minuten in Zwischenräumen von 15 Minuten verabreicht. Die Inhalationen mit Hilfe der Maske führten zu baldiger Besserung, Wiederkehr der Besinnung und Ausbildung der natürlichen Hautfarbe. Die Sauerstoff-Inhalationen wurden bis zum folgenden Tage fortgesetzt.

Aus der Literatur ist bemerkenswert der von Glaister erwähnte Vergiftungsfall, bei dem eine Anilinvergiftung dadurch eintrat, daß einem Patienten Cocain mit Anilin zu gleichen Teilen in einer Mischung mit Alkohol in das Ohr geträufelt wurde. In anderen von Glaister mitgeteilten Fällen war die Vergiftung durch Gebrauch von Servietten veranlaßt, die mit einer Anilinchloridrinne bemerkt waren, weiter haben Kinder, die gelbe, mit einer Anilinmischung gefärbte Schuhe trugen, Vergiftungen dargeboten und endlich in der Anilinindustrie beschäftigte Arbeiter. Nach dem Verf. ist das Anilin ein natürlicher Bestandteil vieler Merktinten. *C. Ipsen* (Innsbruck).

**Magnin, Jorge, J. Sánchez Ubeda und Berta Golod: Aufsuchung von Alkaloiden in alten Eingeweiden.** *Semana méd.* Jg. 33, Nr. 46, S. 1334—1335. 1926. (Spanisch.)

Um die Wirkung des Fäulnisprozesses auf Gifte zu untersuchen, benutzten die Verf. die im hygienischen Institute seit 15 Jahren aufbewahrten menschlichen Eingeweideteile, die seinerzeit vom Gericht zur Feststellung der Vergiftung eingesandt worden waren. Mit der Methode, die die Verf. anwandten, gelang es ihnen, das in dem Fäulnisprodukt enthaltene Strychnin und Morphin, nicht aber das Cocain nachzuweisen. Die Methode besteht in folgendem:

20—50 g Eingeweide + das gleiche Volumen destilliertes Wasser + 5 ccm  $\text{H}_2\text{SO}_4$   $\frac{1}{5}$  läßt man 24 Stunden im Wasserbad bei 45—60° macerieren. Dann wird filtriert und dem Filtrat eine konzentrierte heiße Lösung von  $\text{Cl}_2\text{Pb}$  zugegossen, bis ein vollständiger Niederschlag eingetreten ist. Nun wird zentrifugiert und darauf das Alkaloid mit Petroläther, Benzol, Chloroform oder Amylalkohol extrahiert, und zwar zuerst in einem Säure-, dann in einem alkalischen Medium (zur Alkalinisierung  $\text{NH}_3$ ). *Ganter* (Wormditt).

**Pennetti, G.: L'azione della morfina sul cuore isolato di animali morfiniti ed astinenti.** (Die Wirkung des Morphins auf das isolierte Herz morphingewöhnter und -abstinenter Tiere.) (*Istit. di farmacol. e terapia, univ., Napoli.*) *Riv. di patol. speriment.* Bd. 1, Nr. 4, S. 289—296. 1926.

Es wurden die Herzen von durch Verblutenlassen getöteten Katzen und Kaninchen im Langendorfschen Apparat durchströmt. Während nach Vinci schon bei Durchströmung mit Morphinlösung 1 : 5000 auf eine Phase der Frequenzzunahme mit Verstärkung der Systolen eine zweite der Bradykardie folgt, an die sich Stillstand des Herzens in Systole anschließt, fehlen diese Erscheinungen, wenn man die Herzen von an Morphin gewöhnten Katzen und Kaninchen in der Periode der Giftzufuhr und in der Abstinenzzeit untersucht. Diese Herzen legen gegenüber Morphin bei isolierter Durchspülung eine sehr ausgesprochene Resistenz, selbst bei Verwendung höherer Konzentrationen (1 : 1500) an den Tag. Sowohl Zunahme der Systolenhöhen als auch der Frequenz fehlen bei Durchströmung mit Morphinlösung 1 : 5000. Dagegen ist der schließlich eintretende Herzstillstand bei den giftgewöhnten und bei den abstinenten Tieren nicht wie bei den normalen Tieren reversibel, sondern definitiv. Nach Ansicht des Verf. ist sowohl erhöhte Giftfestigkeit des Organs, die sich in gesteigertem oxydativen Zerstörungsvermögen für Morphin als auch in verminderter Empfindlichkeit der Zellen äußert, im Spiele, doch dürfte nach dem Ausfall der Versuche das Morphinzerstörungsvermögen erst in zweiter Linie in Betracht kommen. Die Herzen der während der Giftzufuhr und die während der Abstinenzzeit untersuchten Tiere zeigten ganz gleiches Verhalten.

*A. Fröhlich* (Wien).

**Miller, G. H., and O. H. Plant: Effect of morphine and some other opium alkaloids on the muscular activity of the alimentary canal. II. Influence of continued administration of morphine and of withdrawal on the contractions of small intestines of dogs.**

(Der Einfluß von Morphinum und einigen anderen Opiumalkaloiden auf die Muskel-tätigkeit des Verdauungskanales. II. Der Einfluß der dauernden Anwendung und Ent-ziehung von Morphinum auf die Kontraktionen des Dünndarms des Hundes.) (*Laborat. of pharmacol., state univ. of Iowa, Iowa City.*) Journ. of pharmacol. a. exp. therapeut. Bd. 28, Nr. 2, S. 241—249. 1926.

In der 1. Mitteilung war beschrieben worden, daß die Injektion von Morphinum und anderen Opiumalkaloiden bei nicht narkotisierten Hunden am Darm eine Tonus-steigerung und eine Erhöhung der Frequenz und der Amplitude der Kontraktionen hervorruft. Es konnte nun weiter beobachtet werden, daß diese Erhöhung der Muskel-tätigkeit nicht verschwindet, wenn die Droge mehrere Wochen hintereinander gegeben wird. Nach täglicher Anwendung während 6 Wochen rufen sehr kleine Dosen immer denselben Effekt hervor. In einer weiteren Versuchsreihe wurden steigende Dosen von Morphinum verabreicht; mit 1 mg pro Kilogramm wurde begonnen und in der 10. Woche eine Dosis von 25 mg pro Kilogramm erreicht. Auch in dieser Zeit der hohen Morphinum-dosen reagierte der Darm auf Injektionen von 0,15 mg pro Kilogramm in derselben Weise mit Tonuserhöhung usw. Diese Versuche zeigen, daß bei der Morphinumgewöhnung außer der vermehrten Zerstörung im Gewebe noch andere Faktoren eine Rolle spielen.

*Krzywanek* (Leipzig).<sup>oo</sup>

**Gerfeldt: Die gerichtsärztliche Beurteilung der Morphinumvergiftung.** *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med.* Bd. 85, H. 5/6, S. 309—333. 1926.

Eine akute Morphinumvergiftung kann niemals mit absoluter Bestimmtheit, sondern höchstens mit mehr oder minder großer Wahrscheinlichkeit aus den Krankheitserschei-nungen diagnostiziert werden. Der Sektionsbefund bietet nichts Charakteristisches, er zeigt nur die Merkmale des Erstickungstodes. Der positive chemische Befund stützt die Diagnose, während der negative sie nicht ausschließt; für die chemische Untersuchung sind Magen- und oberer Dickdarminhalt am wertvollsten. Auch in faulenden Leichen ist der Nachweis noch jahrelang post exitum möglich. Die Diagnose des chronischen Morphinismus kann, abgesehen von ausgesprochenen, leicht diagnosti-zierbaren Fällen, nur auf Grund von Abstinenzerscheinungen gestellt werden, sofern nicht einwandfreie Zeugenaussagen vorliegen. Die chemische Untersuchung der Sekrete und Exkrete der Morphinisten ist meist negativ und fällt daher nicht ins Gewicht. Eine Unzurechnungsfähigkeit liegt bei Morphinisten nur während der Abstinenz oder bei interkurrenten bzw. dauernden Geisteskrankheiten (*Demenz, Paranoia u. dgl.*) vor. Die Entmündigung von Morphinisten ist nur wegen Geisteskrankheit oder Geistes-schwäche und meist nur unter großen Schwierigkeiten zu erreichen. Entziehungs-kur in einer geschlossenen Anstalt läßt sich nur nach vorheriger Entmündi-gung durchführen. Haftfähigkeit liegt bei Morphinisten vor, wenn sie während der Haft ihr gewohntes Maß Morphinum erhalten können; haftunfähig sind sie nur während der Abstinenz sowie bei geistigen oder lebensbedrohlichen organischen Er-krankungen. Geschäftsunfähigkeit besteht nur bei dauernden psychotischen Ver-änderungen. Die Morphinisten sind stets als durchaus unzuverlässige Zeugen an-zusehen und bei nachweisbarer Charakterentartung unvereidigt an Gerichtsstelle zu vernehmen. „Wegen des Verlustes der altruistischen Gefühle“ (*Leppmann*) sind die Morphinisten als cheunfähig zu erachten, können aber andererseits, solange sie ge-schäftsfähig und nicht entmündigt sind, an einer Eheschließung gesetzlich nicht ge-hindert werden; auch Ehescheidung wegen Morphinismus ist eine durchaus seltene Ausnahme.

*Ollendorff* (Berlin-Schöneberg).

**Weimann, Waldemar: Gehirnveränderungen bei akuter und chronischer Mor-phiumvergiftung.** (*Gerichtl.-med. Inst., Univ. Berlin.*) *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie* Bd. 105, H. 3/5, S. 704—751. 1926.

Nach einer Übersicht über die bisherigen kommt Verf. auf die eigenen sehr ein-gehenden und gewissenhaften Untersuchungsergebnisse zu sprechen. Er führt die Hirnbefunde bei 2 Fällen von akuter und 2 Fällen von chronischer Morphinumvergiftung

an, welche aus der Forschungsanstalt für Psychiatrie in München (Krankheitsdauer 12 Stunden; Obduktion wenige Stunden post exitum), aus der Charité in Berlin (akute Pantoponvergiftung; Dauer  $2\frac{1}{2}$  Tage; Obduktion 12 Stunden post mortem), aus der Anstalt Berlin-Wittenau (chronische Laudanonvergiftung; Dauer etwa 1 Jahr; Obduktion 24 Stunden p. m.) und aus der Berliner gerichtsarztlichen Praxis (chronischer Morphinismus; Dauer 7 Jahre; Obduktion 4 Tage p. m.) stammen, und berichtet im Anschluß daran über Hirnbefunde bei morphiumvergifteten Kaninchen, Meerschweinchen und Mäusen. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß die akute Morphinumvergiftung und der Morphinismus regelmäßig zu einem Hirnprozeß rein degenerativer Natur führen. Im Vordergrund stehen Veränderungen der Ganglienzellen, bei welchen es zu deutlichen Zellausfällen kommt und welche von entsprechenden Gliareaktionen begleitet sind, während Markfaserausfälle keine Rolle spielen. Eine pathologische Vermehrung der normalen Lipoidsubstanzen im Nervenparenchym tritt nur bei chronischer Vergiftung in Verbindung mit einem Degenerationsprozeß an den typischen Stellen auf. Eine akute parenchymatöse Verfettung des Gehirns und Fettdeneration anderer Organe wurde bei akuter Vergiftung nicht beobachtet. Neben der direkten Schädigung des Nervensystems verursacht die Morphinumvergiftung regelmäßig sehr ausgesprochene Zirkulationsstörungen, und zwar die akute Vergiftung eine abnorme Füllung der Blutgefäße und Diapedesisblutungen im Gehirn und dessen Häuten, die chronische Vergiftung regressive Gefäßveränderungen und daran anschließende infarktartige Verödungsherde besonders in der Rinde. Bei der in  $2\frac{1}{2}$  Tagen tödlichen Pantoponvergiftung waren neben besonders schweren diffusen Hirnveränderungen noch ischämische Herde z. T. mit beginnender Erweichung (ähnlich wie bei Kohlenoxydvergiftung) nachweisbar, welche als Folge einer besonders schweren Schädigung des Gefäßsystems aufzufassen und vor allem auf die krampferregende Wirkung des Pantopons zurückzuführen waren. Die Lokalisation der Hirnveränderungen bei den morphiumvergifteten Tieren weicht von der bei den menschlichen Vergiftungsfällen wesentlich ab und führt mehr zu striären Symptomen. *Ollendorff.*

**Alexandre, Luis: Morphinismus bei zwei Neugeborenen.** *Med. ibera* Bd. 20, Nr. 451, S. 750—752. 1926. (Spanisch.)

Bei einem nach 34stündigen Wehen durch hohe Zange zur Welt gebrachten Kinde stellten sich einige Stunden nach der Geburt schwerste Erscheinungen von seiten des Nervensystems ein: Nahrungsverweigerung, Angst, Dyspnöe, Weinen, höchste Unruhe abwechselnd mit Benommenheit, Zuckungen, Gähnen. In diesem Zustande Exitus, ohne daß an dem — nicht seziierten — Kinde eine Todesursache gefunden werden konnte. Bei einer weiteren Schwangerschaft derselben Frau stellte es sich heraus, daß diese Morphinistin war; Entziehungsversuche während der Schwangerschaft mißglückten.  $1\frac{1}{2}$  Monate nach dem richtigen Termin wurde, ebenfalls mit Hilfe der Zange, ein schlecht entwickeltes Kind geboren, bei dem 8 Stunden später ähnliche Erscheinungen wie bei dem früheren auftraten, die nach vorübergehender Beruhigung durch heiße Bäder schließlich zum Kollaps führten. Bereits vorher bezüglich der Todesart des früheren Kindes angestellte Erwägungen führten zur subcutanen Verabfolgung von 0,002 Morph. hydrochlor., worauf sofort völlige Beruhigung eintrat. Die Weiterbehandlung entsprach einer langsamen Entziehungskur, wodurch das Kind in 38 Tagen völlig vom Morphinum entwöhnt werden konnte. — Als Todesursache des ersten Kindes ist die plötzliche Morphinum-entziehung durch die Geburt anzusehen. *Reich (Breslau).*

**Rojas, Nerio, und José C. Belbey: Das Adrenalin bei der Morphinumentwöhnung** *Semana méd. Jg. 33, Nr. 37, S. 705—707. 1926. (Spanisch.)*

Die Verff. entziehen Morphinum in den ersten Tagen rasch, dann gehen sie langsamer mit den Dosen zurück in der Weise, daß nach 10—12 Tagen die Entziehung vollendet ist. Sobald Abstinenzerscheinungen auftreten, wie ängstliche Erregung, schwacher Puls usw., ersetzen die Verff. die eine oder andere Spritze mit subcutaner Adrenalin-einspritzung,  $\frac{1}{2}$ —1 mg der Lösung. Darnach schwinden alsbald die Abstinenzerscheinungen. In einem Fall gaben die Verff. erst 3 mal  $\frac{1}{2}$  mg Adrenalin und in den folgenden Tagen 2 mal  $\frac{1}{2}$  mg mit gutem Erfolg. Die Patienten merkten nicht einmal, daß sie Adrenalin statt Morphinum erhalten hatten. In 3 Fällen war der Erfolg günstig, in 2 Fällen versagte die Behandlung. Bei Experimenten an Kaninchen und einem jungen

Hund, die an Morphinum gewöhnt worden waren, zeigte sich ebenfalls die günstige Wirkung des Adrenalins auf die Abstinenzerscheinungen. *Ganter (Wormditt).*

**Tatum, Arthur L.: An experimental study of acute cocaine poisoning, its prophylaxis and treatment.** (Eine experimentelle Studie über akute Cocainvergiftung, ihre Prophylaxe und Behandlung.) (*Laborat. of pharmacol., univ., Chicago.*) Illinois med. journ. Bd. 49, Nr. 6, S. 478—480. 1926.

Der Verf. berichtet aus dem pharmakologischen Institut der Universität Chicago über seine Erfahrungen bei Cocainvergiftung. Bei örtlicher Cocainisierung bilden sich Vergiftungen nur selten aus. Nach experimentellen Feststellungen am Tier folgt der Tod im Gefolge der Cocainwirkung durch Atmungsstillstand. Die Einleitung künstlicher Atmung ist demgemäß bei Kaninchen, weniger aber bei den Katzen, Hunden und Affen mit Erfolg anwendbar. Die sich ausbildenden Krampfstände nach Cocainvergiftung schwinden sofort auf intravenöse Einflößung geeigneter Hypnotica. Die Betäubungsmittel müssen in sehr großen Mengen verabfolgt werden, so daß alle Erscheinungen von seiten des Gehirnes hintangehalten werden: Je länger vor Anwendung der Hypnotica die Krämpfe dauerten, desto wirkungsloser sind die Betäubungsmittel. Daher soll die Behandlung in Vergiftungsfällen auf Grund experimenteller Erfahrungen sofort nach Einsetzung der Krämpfe eingeleitet werden. Die Höhe der Gaben der zu verwendenden Betäubungsmittel kann nur empirisch erraten werden. Im allgemeinen ist sie jedoch etwas stärker zu wählen, als der Maximaldosis bei therapeutischer Anwendung entspricht. Eine vorsichtige Steigerung der Gaben erscheint angezeigt.

*C. Ipsen (Innsbruck).*

**Tatum, A. L., A. J. Atkinson and K. H. Collins: Acute cocaine poisoning, its prophylaxis and treatment in laboratory animals.** (Akute Cocainvergiftung, ihre Vorbeuge und Behandlung an Laboratoriumstieren.) (*Laborat. of pharmacol., univ., Chicago.*) Veterin. record Bd. 6, Nr. 3, S. 49—51. 1926.

Das häufigere Vorkommen von Vergiftungen bei Verwendung des Cocains als Anaestheticum gaben Verff. Anlaß, eine für die Behandlung der Vergiftung brauchbare Methode zu suchen. Bei der für Kaninchen niedrigsten, tödlichen subcutanen Dosis von 100 mg pro Kilogramm Körpergewicht treten regelmäßig klonische Krämpfe auf, wenn die Atmung oberflächlich, unregelmäßig und beschleunigt wird. Nach dem Aussetzen der Atmung schlägt das Herz noch einige Sekunden weiter. Daraus ergibt sich, daß der Tod durch Atmungslähmung erfolgt. Um diese zu verhüten, wurde nach Einsetzen eines Trachealtubus künstliche Atmung vorgenommen und diese bis zum endgültigen Resultat fortgesetzt. Auf diese Weise gelang es bei Dosen bis zu 350 mg pro Kilogramm Körpergewicht, die Tiere am Leben zu erhalten, selbst wenn die Atmung längere Zeit ausgesetzt hatte. Bei Katzen und Hunden gelang dies nicht. Da nach den Beobachtungen von Feinberg und Morila bei enthirnten Tieren die Toleranz für Cocain sich erhöht und die schließliche Atmungslähmung durch Überreizung der Zentren erfolgt, so versuchten sie diese durch Hypnotica herabzusetzen. Chloralhydrat und Morphinum vermochten zwar die Krämpfe zu vermindern, konnten aber den Verlauf der Vergiftung nicht wesentlich beeinflussen.

*Künnemann (Hannover).*

**Brekenfeld: Lebensmittelbakterien und -Vergiftungen.** (*Hyg. Inst., Univ. Rostock.*) Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh., Abt. 1, Orig. Bd. 99, H. 6, S. 353—385. 1926.

Nahrungsmittelvergiftungen und Nahrungsmittelinfektionen können, wie die Durchsicht und kritische Beurteilung einer reichen Literatur, sowie eigene Untersuchungen ergeben, durch verschiedene aerobe und anaerobe Bakterienarten, wohl infolge ihrer Stoffwechselgifte, verursacht werden. Infektionen können sekundär nach Vergiftungen vom Darm aus entstehen. Bei Nahrungsmittelvergiftungen muß unbedingt auch auf Vorhandensein von sporenbildenden Anaerobiern geachtet werden. Wurstwaren dürfen nur eine noch zu bestimmende Anzahl aerober und anaerober Bakterien enthalten, auf keinen Fall aber Proteus-, Pararauschbrand-, Paratyphus- oder Gärtnerbakterien, da deren Stoffwechselgifte schwere Krankheitserscheinungen verursachen können.

*Pieper (Berlin).*

**Pieper, Ernst: Bakteriologische Beobachtungen bei Fleischvergiftungen des Menschen.** (*Hyg.-bakteriol. Inst., städt. Hauptgesundheitsamt, Berlin.*) Zentralbl. f. Bak-

teriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh., Abt. 1, Orig. Bd. 99, H. 6, S. 385 bis 388. 1926.

Die Zahl der Fleischvergiftungsfälle in Berlin hat zugenommen. Es wurden 1925 Paratyphus-B-Bakterien 27 mal, B. enteritidis Gärtner 19 mal, B. Voldagsen 6 mal nachgewiesen. Die meisten positiven Befunde fielen in die Herbst- und Wintermonate. 3 mal war Gänsefleisch die Ursache. Kulturell bestätigten die Befunde die Angaben der Kieler Schule, nur zeigten Kolonien mit Schleimwallbildung kein Rutschen auf Gelatineröhrchen.

Kister (Hamburg).

Walsh, W. E.: „Milk sick“, or white snakeroor poisoning. (Milchkrankheit oder Eupatorium-urticaefolium-Vergiftung.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 87, Nr. 8, S. 555—556. 1926.

Milch und Butter von Kühen, die auf der Weide Eupatorium urticaefolium gefressen haben, rufen beim Menschen fettige Degeneration der Gewebe bes. in Leber und Pankreas hervor. Das klinische Bild ist das einer Nahrungsmittelvergiftung, die nicht selten mit plötzlichem Tode endet. Verf. berichtet über Fälle, die er im Laufe der Jahre beobachtet hat. Therapeutisch hat sich neben geeigneter Diät Natrium bicarbonicum bewährt.

Nieter (Magdeburg).

Guggenheim, Irma: Bindehaut- und Hornhautentzündung durch Saft der Euphorbia Helioscopia (Wolfsmilch). (Univ.-Augenklin., Basel.) Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 77, Okt.-H., S. 521—523. 1926.

Ein 35jähriger Mann hatte sich zur Beseitigung einer Augenrötung den Saft einer Teufelsblume (Euphorbia Helioscopia) um das Auge gestrichen. Er bekam danach eine heftige Augenentzündung (Conjunctiva sehr rot, Cornea erodiert, Descemetfalten, enge Pupille) mit Schmerzen. Durch Mydriatica und Wärmeanwendung trat in wenigen Tagen Heilung ein.

Die entzündungserregende Wirkung des Wolfsmilchsafte ist auch im Volke bekannt und wird zur Beseitigung von Warzen benutzt. Am Kaninchenaugen erregte der Saft einer frischen Pflanze keine entzündlichen Veränderungen. F. Jendralski (Gleiwitz).

Wulsten, Joachim: Zur Symptomatologie und Diagnose der akuten Schierlingsvergiftung. (Kreiskrankenh., Burg b. Magdeburg.) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 47, S. 1993—1994. 1926.

Vergiftung zweier Knaben durch Conium maculatum: Bei dem 1. Kind Tod nach 3 Stunden, das 2. ist 24 Stunden bewußtlos, zeigt klonische Krämpfe der gesamten Muskulatur, weite reaktionslose Pupillen, Cyanose. Nach Magenspülung, Herzmitteln und hohem Einlauf bessert sich der Zustand vom 2. Tage ab schnell. Die Vergiftung erfolgte eigentümlicherweise im Februar durch Kauen „an einer Pflanze, die am Chausseerand stand“. Interessant ist, daß die sichere Identifizierung erst gelang durch Einsetzen der Wurzel und Herauszüchten der Pflanze mit nachfolgender botanischer Durchforschung der Wurzeln, der Stengel und der Blätter im folgenden Jahre.

Besserer (Münster i. W.).

### Plötzlicher Tod aus innerer Ursache.

Reuter, Fritz: Über den plötzlichen Herztod und dessen Nachweis an der Leiche. (Gerichtl.-med. Inst., Univ. Graz.) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 39, Nr. 38, S. 1086 bis 1092. 1926.

Verf. bespricht im Rahmen eines Vortrages die Bedeutung der plötzlichen Herztodesfälle, die pathologische Anatomie derselben und die Möglichkeit einer Diagnose. Nach M. Richter kann man die plötzlichen Herztodesfälle in drei große Gruppen einteilen, die erste Gruppe umfaßt alle diejenigen Fälle, wo die pathologisch-anatomische Untersuchung die Todesursache ohne Schwierigkeiten nachzuweisen gestattet, wie z. B. Ruptur des Herzens, Embolie und Thrombose der Kranzgefäße usw. In der zweiten Gruppe sind die Fälle enthalten, bei denen die Obduktion krankhafte Zustände aufdeckt, die erfahrungsgemäß die Disposition zu einem plötzlichen Herztode schaffen (z. B. Endocarditis lenta, Coronarsklerose, Mesoarteritis luetica usw.). Die letzte und dritte Gruppe betrifft die Fälle, bei denen die anatomische Untersuchung allein keinen befriedigenden Aufschluß ergibt. Verf. berichtet dann über eine stati-

stische Untersuchung von 1000 plötzlichen Herztodesfällen, aus welcher Statistik hervorgeht, daß 52% Todesfälle an Coronarsklerose, 20% Fälle von Stenose oder Verschuß der Abgangsstellen der Kranzarterien, 14% Klappenfehler und Endokarditis, 10% gewöhnliche Arteriosklerose betreffen. Weiter ergibt sich, daß die Häufigkeitskurve des plötzlichen Todes bei Coronarsklerose zwischen dem 55. und 65. Lebensjahre ihren Höhepunkt erreicht, und daß die Häufigkeitskurve beim Tode nach Mes-aortitis luetica bereits im 45. Lebensjahre einen ausgesprochenen Gipfel zeigt. Eine Gruppierung derselben nach dem Geschlechte ergibt, daß die Sterblichkeit der Männer an plötzlichem Herztod die der Frauen weitaus überwiegt, eine Erscheinung, die wohl vor allem darin ihre Erklärung findet, daß die Männer durch ihre Berufsarbeit und vor allem auch durch den chronischen Mißbrauch von Genußgiften einer größeren Schädigung hinsichtlich des Herzens und der Gefäße ausgesetzt sind. Vortragender bespricht dann den plötzlichen Herztod im Kindesalter beim Vorliegen der sogenannten rachitischen Herzdilatation und ist geneigt, diese anatomisch nachweisbare Herzveränderung vor allem auf den gestörten Kalksalzstoffwechsel zu beziehen. Weiter rollt Verf. das Problem des Herztodes beim Hypertoniker auf, erläutert die Zusammenhänge zwischen den chronischen Nierenerkrankungen und der Herzhypertrophie mit allen ihren Folgen und weist darauf hin, daß bei den Bewohnern der Alpengegenden auch zu einem plötzlichen Tode führende Herzhypertrophien ohne wesentliche Erkrankungen der Nieren gefunden werden. Zum Schluß erläutert der Vortragende noch, inwieweit eine Erschlaffung des Herzmuskels an der Leiche für die Diagnose verwertet werden kann, und betont nochmals, daß die Herzlähmung nicht ein anatomischer, sondern ein klinischer Begriff ist, und daß in sehr vielen Fällen die Diagnose eines Herztodes nicht unmittelbar aus der anatomischen Untersuchung des Herzens abgeleitet, sondern nur nicht selten aus dem Allgemeinbefunde und aus zufälligen Begleitumständen erschlossen werden könne.

Schwarzacher (Graz).

**Schnurbein, Freiherr von: Über Aortenruptur und Aneurysma dissecans.** (*Pathol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 34, H. 3, S. 532—561. 1926.

Verf. berichtet über 91 verwertbare Fälle von A.d. In 50—60% derselben bestand eine Wandschädigung, die meist erst mikroskopisch sichtbare Veränderungen der Media aufwies und den Boden für die Ruptur gab; in  $\frac{1}{4}$  aller Fälle war diese Ursache mit Bestimmtheit auszuschließen. Fast an gleicher Stelle stand die Ektasie des Aortenrohres, die in 50% der Fälle vorhanden war. Diejenigen Fälle, die als einzigen ersichtlichen Grund eine Hypertonie aufwiesen, waren äußerst selten. Zum Zustandekommen der Ruptur müssen aber auch noch andere Momente eine Rolle spielen. Ein solches Moment glaubt Verf. in der elastischen Unvollkommenheit der Gefäßwand zu sehen und bezeichnet diesen Zustand nach Thoma als Angiomalacie. Worauf diese Schwäche beruht, ist weder von Thoma noch von anderen einwandfrei nachgewiesen, und doch muß man die verminderte Festigkeit der elastischen Systeme annehmen. Die Lokalisation der Ruptur befand sich einmal dicht über den Klappen am Übergang zum Bogen und zweitens am Übergang vom Bogen zum geraden Teil der Aorta descendens. Der Riß verlief in der Regel quer. Im geraden Teil der Aorta descendens verlief der Einriß meist längs. Verf. geht sodann auf die Gründe ein, warum diese Stellen bevorzugt werden. Es handelt sich in diesen Gegenden um besonders komplizierte Verhältnisse, auf die er näher eingeht. Er kommt sodann zu dem Resultat, daß an diesen Stellen schon geringe Fehler, die an der übrigen Aorta noch belanglos sind, sich am ehesten auswirken. Solche Fehler können in histologisch sichtbaren Veränderungen des Materials beruhen, aber auch in einer funktionellen Minderwertigkeit, die sich als Ektasie darstellt. Die Grundlagen zu solcher Ektasie glaubt er in der von Thoma beschriebenen Angiomalacie suchen zu dürfen. Verf. geht auf die weitere Frage ein, warum bei der Ablösung die Media in sich gespalten wird und nicht von der Adventitia abreißt. Diese Spaltung der Media beim A.d. tritt etwa zwischen mittlerem und äußerem Drittel ein, dieses ist die Stelle, bis zu der die Vasa nutritia reichen. Hier biegen



dieselben um und laufen parallel der Gefäßwand. Es kommt somit leichter zu der Ablösung gefäßfreier Schichten als gefäßführender. Weiter weist Verf. darauf hin, daß bei Mesoarteritis luetica ein A. d. nur in Ausnahmefällen vorkommt. Ob eine Ruptur nach innen oder außen durchbricht, darüber konnten keinerlei Gesetzmäßigkeiten aufgestellt werden. Die Auskleidung der Rißflächen mit neuer Intima geht anscheinend von thrombotischen Massen aus. In dieser Intima bilden sich bei genügend langer Dauer des Zustandes elastische Fasern. Im Anschluß hieran berichtet Verf. über 3 selbst beobachtete Fälle, die das oben Angeführte bestätigen, insbesondere auch die Beobachtung, daß die Ablösung der Wandschichten an der Stelle erfolgt, bis zu welcher die Vasa nutritia reichen. *Foerster (Münster).*

**Redaelli, Piero: Rottura del cuore e di grandi vasi endopericardici come causa di morte improvvisa.** (Ruptur des Herzens und der großen Gefäße innerhalb des Herzbeutels als Ursache des plötzlichen Todes.) (*Istit. di anat. patol. univ. Pavia.*) Boll. d. soc. med.-chir. Pavia Jg. 1, H. 4. S. 555—573. 1926.

Bericht über 2 plötzliche Todesfälle, von denen der eine durch Ruptur der linken Herzkammer, der andere durch spontane Aortenruptur zum raschen Tode durch Hämoperikard führte. Bei der Herzruptur des 76jährigen fand sich als deren Ursache eine ausgedehnte Schwielenbildung im Herzmuskel bei schwerer Arteriosklerose der Coronarien. Die Aortenruptur des 49jährigen erfolgte bei erweitertem und hypertrophischem linken Herzen und luetisch veränderter erweiterter Aorta im aufsteigenden Teil des Bogens.

*Georg Strassmann (Breslau).*

**Bopp, Walter F.: Report of a case of coronary embolism with rupture of the heart.** (Bericht über einen Fall von Verstopfung der Coronararterie mit Herzruptur.) New York state journ. of med. Bd. 26, Nr. 23, S. 977—979. 1926.

Es wird eingehend über einen Fall berichtet, der klinisch beobachtet wurde und plötzlich ad exitum kam. Es fand sich eine Cholelithiasis, die Gallenblase war angefüllt mit einer eitrigen Flüssigkeit, die sich bei Druck auf die Gallenblase in das Duodenum entleeren läßt. Die Schleimhaut der Gallenblase war stark entzündet. Außerdem bestand eine Atherosklerose und ein Hämoperikard, ferner ein Hindernis in der linken Kranzarterie, hervorgerufen durch Atherosklerose mit Verkalkung einhergehend. Hierdurch sei eine Ruptur des linken Ventrikels eingetreten. *Többen (Münster).*

**Rosin, Heinrich: Die Ursache plötzlicher Todesfälle beim Baden.** Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. 23, Nr. 17, S. 564—566. 1926.

Der Umstand, daß an einem sehr heißen Tage in Groß-Berlin 12 junge Leute beim Baden ihr Leben verloren, gibt dem Verf. Veranlassung, den Todesursachen nachzugehen. Außer örtlichen Verhältnissen kamen als Todesursachen mehrfach den Betreffenden unbekannte, erst durch die Sektion festgestellte Krankheiten in Betracht. Verf. fordert daher für jeden den Schwimmsport treibenden eine wenigstens einmalige ärztliche Untersuchung. Besonders richtet er aber die Aufmerksamkeit auf die schockartige Wirkung des kalten Bades. Diese entsteht besonders dann, wenn die Betreffenden erhitzt ins kalte Wasser gehen. Diese Erhitzung wird in neuerer Zeit durch die modern gewordenen vorherigen Sonnenbäder begünstigt, welche eine kolossale Hyperämie der Haut und damit auch bei schneller Abkühlung einen entsprechenden Rückschlag und Rückflut des Blutes zu den inneren Organen erzeugen können. Verf. ist geneigt, diese reflektorische Wirkung des Schocks, ähnlich dem Thymustode, auf endokrine Störungen zurückzuführen. Wie seit alters bekannt, ist das kalte Baden nur erlaubt mit abgekühltem und ausgetriebenem Körper. Daneben sollte aber auch bei den Badekonsultationen der Erregbarkeit des Nervensystems, besonders auch des sympathischen und parasympathischen, die nötige Aufmerksamkeit gewidmet werden. *Ide (Amrum).*

**Claude, Henri, et R. Piédelièvre: La mort rapide par hémorragie primitive des centres nerveux chez l'enfant.** (Plötzlicher Tod von Kindern durch Hirnblutung.) (*Soc. de méd. lég. de France, Paris, 9. XI. 1925.*) Ann. de méd. lég. Jg. 5, Nr. 10, S. 515 bis 519. 1925.

Ein 12jähriger Knabe, der vorher keinerlei Krankheitserscheinungen geboten hatte, klagte eines Tages über Kopfschmerzen. Er erbrach bald darauf, verlor das Bewußtsein. Die

zu Hilfe gerufenen Ärzte fanden das Kind in tiefer Bewußtlosigkeit, blaß. Es ließ Harn unter sich und wurde von Zeit zu Zeit von Krämpfen befallen. Der Gesichtsnerv war rechts, die übrige Körpermuskulatur links gelähmt, die Augen nach links abgewichen. Der Rückenmarksstich ergab Blut bei einem Druck von 80 mm in Seitenlage. Es mußte demnach eine Blutung in Brücke oder verlängertem Mark angenommen werden. 6 Stunden nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen starb das Kind. Verff. erwähnen eine englische Mitteilung über einen ähnlichen Fall bei einem fast 5jährigen Kind, dessen Leiche untersucht werden konnte. In der Aussprache erzählt Heuyer von einem 18 Monate alten Kinde, das nach 8 Tage dauernden Hirnerscheinungen starb, und in dessen Leiche Blutungsherde verschiedenen Alters in einer Großhirnhälfte bei Thrombose der Blutleiter festgestellt wurde. Duboir erwähnt eine Hirnblutung bei einem Kind auf Grundlage von Leukämie. *Meixner* (Wien).

**Morgenstern, Z.: Über den Status thymico-lymphaticus und seine forensische Bedeutung.** Moskovskij medicinskij žurnal Jg. 6, Nr. 7, S. 12—15. 1926. (Russisch.)

Bei Beurteilung des Status thymico-lymphaticus muß man in Betracht ziehen, daß die Thymus bei pathologischen Prozessen sehr schnell an Gewicht abnimmt. Der normale, kräftige junge Mensch besitzt immer eine gut entwickelte Thymus, bei plötzlichen Todesfällen hat sie keine Zeit sich zu verändern. Die große Thymus bei gesunden, jungen Individuen ist ein physiologischer Zustand und in keinem Fall eine „Unfall-disposition“.

*G. Michelsson* (Narva).

**Rijssel, E. C. van: Fall von Thymustod.** (*Klin. Ges., Rotterdam, Sitzg. v. 29. I. 1926.*) Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 70, 1. Hälfte, Nr. 25, S. 2747. 1926. (Holländisch.)

Bei dem 17jährigen, plötzlich auf dem Weg zur Arbeit verstorbenen Manne fand sich ein Status thymolymphaticus (Thymus und Lymphdrüsen waren vergrößert) und Hirnhypertrophie (Megalencephalie von Hansemann) mit einem geringen Hirnödemen und geringer Hirndruckerhöhung (Abplattung der Gyri und Verschmälerung der Sulci). Der übrige Sektionsbefund war durchaus normal. Sehr wahrscheinlich muß das Entstehen des Hirnödems als die unmittelbare Todesursache angesehen werden (beim Status thymolymphaticus? Ref.).

*Sommer* (Dresden).

**Gittings, J. C.: Thymus death in early life. Its clinical differentiation.** (Thymustod im frühen Alter, seine klinische Unterscheidung.) Atlantic med. journ. Bd. 29, Nr. 12, S. 853—857. 1926.

Es lassen sich zwei typische Formen des sogenannten Thymustodes unterscheiden, plötzlicher, unerwarteter Tod vom zirkulatorischen Typus bei Individuen mit lymphoider Hyperplasie, mit vergrößerter oder normaler Thymusdrüse, ohne erkennbare exakte Ursache, andererseits Tod nach allmählicher Verschlechterung, respiratorischer Typus bei bestehender Thymusvergrößerung, gewöhnlich im Gefolge respiratorischer Störungen. Wiewohl die letzte Ursache des Thymustodes noch ungeklärt ist, empfiehlt sich die Röntgenuntersuchung aller Kinder mit Status lymphaticus. *Neurath* (Wien).<sup>oo</sup>

**Husik, David N.: Thymic death in an adult during tonsillectomy under local anaesthesia.** (Thymustod bei einer Erwachsenen während der Tonsillektomie unter Lokalanästhesie.) Atlantic med. journ. Bd. 29, Nr. 12, S. 857—859. 1926.

Eine 20jährige verheiratete, sonst gesunde Frau stirbt bei der Operation unter klonischen Zuckungen, Bewußtseinsverlust, Cyanose, unregelmäßiger Atmung und schwachem Puls etwa 5 Minuten nach einer Novocain-Adrenalininjektion (4 ccm einer 0,5% Novocainlösung plus 2 Tropfen Adrenalinlösung 1:1000). Es wird 20 Minuten lang künstliche Atmung ohne Erfolg angewandt. Bei der Autopsie fand sich: „Thymushyperplasie (Organ 2lappig 12:4:0,8 und 11:5:0,8 cm), vorzeitige Arteriosklerose, Hypoplasie der Aorta, deutliche Schläffheit und Hypoplasie des Herzens, terminales Lungenödem, chronische Lymphadenitis und Schwellung der Mesenterialdrüsen.“

*K. Reuter* (Hamburg).

**Miller, James: Sudden death in case of status lymphaticus. History with pathological report.** (Plötzlicher Tod infolge von Status lymphaticus. Geschichtserzählung mit pathologischem Bericht.) (*Pathol. laborat., Queen's univ., Kingston.*) Canadian med. assoc. journ. Bd. 16, Nr. 5, S. 559—561. 1926.

Verf. berichtet von einem jungen Mann, der während des Tennisspiels tot umfiel. Die Anamnese ergab keine Besonderheiten. Die Leichenöffnung stellte keinen wesentlichen abnormen Befund fest, abgesehen davon, daß die Lymphdrüsen sehr groß waren. Ebenfalls bestand eine Vergrößerung der Thymusdrüse, die bei dem 19 jährigen Manne 14 g wog. Die Todesursache war somit bedingt durch den Status lymphaticus. Mikroskopisch bestand Lymphdrüsenhyperplasie. Die Keimzentren waren erweitert und zahlreiche kleinste Blutungen vor-

handen, jedoch sah man keine Nekrosen. Die Thymus war gut entwickelt, zeigte keine Gewebsveränderung außer zahlreichen kleinsten Blutungen.

Nach Symmers gibt es 2 Möglichkeiten des plötzlichen Todes bei Status lymphaticus, entweder tritt eine Intoxikation ein dadurch, daß nekrotische Herde in den Keimfollikeln sind, oder aber der plötzliche Tod hat seine tiefere Ursache in Hirnblutungen bei ungenügender Entwicklung der Hirngefäße. In diesem Falle kommt beides nicht in Frage. Verf. nimmt an, daß die Blutungen ähnlich wie die Nekroseherde gewirkt haben. *Többen (Münster).*

**Schnitzler, Julius: Nebennierenerkrankungen als Ursache unerwarteter Todesfälle.** (*Chir. Abt., Krankenh. Wieden, Wien.*) Wien. med. Wochenschr. Jg. 76, Nr. 21, S. 646—647. 1926.

Mitteilung über 3 Fälle von Nebennierenerkrankungen, u. zw. 2 mal Blutung in beiden Nebennieren, 1 mal beiderseitiger Nebennierentumor, welche unter schweren abdominalen Erscheinungen rasch zum Tode führten. In einem Falle wurde wegen Verdacht auf Darmstenose eine Enterostomie gemacht. Der zweite Fall wurde gleichfalls operiert, und es fand sich tatsächlich ein appendicitischer Absceß. Der dritte Fall zeigte gleichfalls Symptome, die an eine Darmstenose denken ließen, starb jedoch, bevor es zur Operation kam. *Petschacher.*

**Maconie, A. C.: Sudden death due to acute haemorrhagic pancreatitis.** (Plötzlicher Tod nach akuter hämorrhagischer Pankreatitis.) Brit. med. journ. Nr. 3431, S. 638. 1926.

Ein Patient, der sich immer gesund fühlte, wird plötzlich vom Tode überrascht. Kurz vorher bestanden Leibschmerzen, Diarrhöen und Erbrechen. Bei der Leichenöffnung fand man Blutungen im Pankreas. Im Peritoneum befand sich kein Blut, auch bestanden keine nekrotische Herde im Pankreas. Es scheint sich hier um eine infektiöse Erkrankung des Pankreas zu handeln. *Többen (Münster).*

### Gerichtliche Geburtshilfe.

● **Redenz, Ernst: Nebenhoden und Spermienbewegung.** Würzburger Abh. a. d. Gesamtgeb. d. Med., neue Folge, Bd. 4, H. 5, S. 107—150. 1926. RM. 2.25.

Jeder Befruchtungsversuch mit Nebenhodensekret ist aussichtsreich. Bei Verlust, Verschuß usw. des Nebenhodens ist auch die Benutzung von Hodenspermien unter Umständen von Erfolg begleitet und aussichtsreich, wenn körperwarmer Punktionsflüssigkeit und körperwarmes Prostatasekret gemischt sofort nach der Entnahme möglichst unmittelbar in den Uterus oder, wenn möglich, in die Tube eingebracht werden. Das Nichtgelingen eines einzelnen Versuches der Befruchtung mit Hodenspermien spricht nicht gegen die Möglichkeit der Befruchtung überhaupt, denn die Hodenspermien besitzen eben noch nicht die natürlichen Schutzmittel, die ihnen der Körper eigentlich zugebracht hat. Vielleicht gelingt es, durch geeignete Behandlung der Hodenspermien doch noch die Wirkung des Nebenhodensekretes nachzuahmen. Die Abhängigkeit der Sekretion im Nebenhoden von einer inkretorischen Wirkung scheint gesichert zu sein.

*Colmers (München).*

**Stanea, Constantin: Eingebildete Schwangerschaft und ihre praktische Bedeutung.** Rev. de obstetr., gynecol. puericult. Jg. 6, Nr. 4, S. 243—259. 1926. (Rumänisch.)

Fall 1: 18jährige Virgo wird von ihrem aus dem Kriege auf Urlaub heimkehrenden Verlobten defloriert. Die nächste Menstruation erscheint nicht; Patientin trägt sich mit Selbstmordgedanken. Außer schwerster nervöser Reizbarkeit klagt Patientin über morgendliches Erbrechen, Schmerzen in den Mammae, Schwere im Leib. Die objektive Untersuchung am 45. bis 50. Tag der vermuteten Schwangerschaft zeigt kein einziges Symptom einer Gravidität. Die Patientin läßt sich davon nicht überzeugen. Nach 2 Monaten derselbe objektive, absolut negative Befund. Die Patientin läßt sich auch diesmal nicht überzeugen, da eine Hebamme ihr das Gegenteil gesagt hat. Im 5. Monat bemerkt sie „Kindsbewegungen“; am Tage der erwarteten Geburt beginnt sanguinolenter Ausfluß. Befund: Leib aufgetrieben, Brüste geschwollen, schmerzhaft. Genitalbefund wie früher; 3 Tage später normale Menstruation, nach 1 Woche sind alle Phänomene verschwunden. — Fall 2: 20jährige Nullipara, 4 Jahre verheiratet. Sofort nach der Heirat beiderseitige Adnexitis. Dysmenorrhöe. Wünscht sehr ein Kind. Nach 3wöchigem Ausbleiben der Menses zeigt Untersuchung folgendes: Uterus etwas vergrößert, weich. Aus der Mamma bei Druck seröse Sekretion; Areola pigmentiert. Diagnose: wahrscheinlich Gravidität. 2 Tage nach dieser Untersuchung Blutung,

die 16 Tage anhält. Die Frau verweigert eine gynäkologische Untersuchung, um die vermutliche Schwangerschaft nicht noch mehr zu stören. In den weiteren Monaten keine Blutung; die Frau macht absolut den Eindruck einer Graviden, fühlt Kindsbewegungen, verweigert aber selbst eine äußere Untersuchung. 2 Tage nach der erwarteten Niederkunft gynäkologische Untersuchung: Uterus von normaler Größe (zum größten Erstaunen des Verf. selbst!) — Fall 3: 43jährige II-Para kommt ins Spital zur Entbindung. Letzte Geburt vor 17 Jahren. (Kind nach 2 Tagen gestorben.) Im Laufe der vermeintlichen Schwangerschaft haben ein Arzt und eine Hebamme diese Diagnose bestätigt. Äußerer Eindruck der einer Frau am Ende der Gravidität. Innere Untersuchung zeigt einen 2faustgroßen myomatösen Uterus. Die Frau läßt sich nicht von dem Nichtbestehen der Schwangerschaft — selbst nach einem negativen Röntgenbild — überzeugen. *K. Wohlgemuth (Chişinau).*°°

**Novak, Josef: Frühdiagnose der Schwangerschaft.** Wien. med. Wochenschr. Jg. 76, Nr. 41, S. 1203—1206. 1926.

In den Frühstadien der Gravidität gibt es kein einziges „sicheres Schwangerschaftszeichen“, die Diagnose kann nur aus einem Komplex von „wahrscheinlichen Schwangerschaftszeichen“ gestellt werden. Es folgt eine kurze Besprechung der bekanntesten wahrscheinlichen Schwangerschaftszeichen: Sensationen von seiten des Verdauungstrakts, abnorme Reizbarkeit, Veränderungen der Mamma usw. Wichtiger als diese extragenitalen Zeichen sind die Veränderungen, die sich am Genitale selbst abspielen: Die livide Verfärbung des Urethralwulstes, das Hegarsche Zeichen, der von Ahlfeld beschriebene Konsistenzwechsel, das Holzapfelsche Phänomen, und die in nahezu 50% aller Fälle nachzuweisende „Piskačeksche Ausladung“. Zum Schluß geht Novak noch kurz auf einige biologische Schwangerschaftsreaktionen ein. *A. Heyn (Kiel).*°°

**Peralta Ramos, Alberto, Samuel E. Bermann und J. A. Saralegui: Die Radiographie zur Schwangerschaftsdiagnose in der ersten Hälfte.** (*Hosp. Rivadavia, Buenos Aires.*) *Semana méd.* Jg. 33, Nr. 40, S. 937—939. 1926. (Spanisch.)

Diagnostik der Schwangerschaft in der ersten Hälfte durch Radiographie. Bei 10 Schwangerschaftsaufnahmen in den ersten Monaten ließen sich die Ossifikationszentren im 3. Monate, das Skelettsystem im 4. und 5. Monate nachweisen. Als Empfängnistag wurde der 10. Tag vor dem letzten Tage der letzten Regel angenommen. Ferner dienten zur Bestimmung die Größe des Uterus und der Geburtstermin bzw. das Gewicht des Neugeborenen.

Technik. 2 Tage vor der Aufnahme flüssige Ernährung, Abführen und eine Stunde vor der Aufnahme ein warmer Leinwassereinlauf. Die Aufnahme erfolgt in Rückenlage der Kranken mit angezogenen Beinen, der Tubus im Winkel von 20—40° auf das kleine Becken eingestellt, 90—120 Kilovolt, 100 Milliampere, ein Zwanzigstel bis ein Fünftel Sekunde, 18 Zoll Fokushautabstand. Bei dicken Frauen Doppelfilm und zwei Verstärkungsfolien. *Krips (Düsseldorf).*°°

**Leiser: Die Frühdiagnose der Schwangerschaft durch das Röntgenbild.** (17. Kongr. d. dtsh. Röntgen-Ges., Berlin, Sitzg. v. 11.—13. IV. 1926.) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 34, Kongreßh., S. 142—144. 1926.

Röntgenaufnahmen von Schwangerschaften in 38 Fällen, von denen keine älter als 5 Monate waren. In 12 Fällen, in denen die Schwangerschaft 4—12 Wochen alt war, wurde kein Resultat erzielt; in 23 Fällen aus der 14. bis 20. Woche dagegen wurden stets fetale Skeletteile nachgewiesen. In 3 Fällen wurde eine richtige negative Diagnose gestellt (Abort. incompl., erweichtes Myom). Von der 14. Schwangerschaftswoche an kann man röntgenologisch mit völliger Sicherheit die Diagnose Schwangerschaft stellen oder ausschließen. Apparat Universaltransverter von Koch & Sterzel, Media-Hochleistungs-Glühkathodenröhre von Müller; 55 kV effektive Spannung, 100 mA, Belichtungszeit 2 1/2 Sekunden; doppelseitige begossene Agfa- oder Kodakfilme, 2 Verstärkungsschirme, ventrodorsale Strahlenrichtung. Seiten- und Halbseitenaufnahmen haben sich nicht bewährt. Potter-Bucky-Blende leistet ausgezeichnete Dienste. *Schugt (Göttingen).*°°

**Chavigny: Accouchement par surprise.** (Plötzlich und unerwartet eintretende Geburt, Sturzgeburt.) (*Soc. de méd. lég. de France, Paris, 8. XI. 1926.*) *Ann. de méd. lég.* Jg. 6, Nr. 10, S. 530—532. 1926.

Angeregt durch Zweifel einiger Kollegen an der Möglichkeit einer plötzlich und überraschend eintretenden Geburt berichtet Verf. über einen Fall, der in dieser Hinsicht von Interesse ist. Ein Mädchen, von ihrem Bräutigam geschwängert, wird am Ende des 6. Schwangerschaftsmonats plötzlich bei der Feldarbeit von Schmerzen im Unterleib überrascht. Auf einen Wagen geladen, steigt sie unterwegs aus, geht auf den Abort und kehrt nach 10 Minuten zurück. Zu Hause angelangt stellt die Hebamme in Gegenwart der Mutter fest, daß das Kind schon ausgestoßen sei. Man findet es tot in der Grube des Abortes, der kurz vorher von dem Mädchen benutzt worden war. Die gerichtsarztliche Untersuchung ergab bei der Leichen-

öffnung im Magen Menschenkot, die Lungen schwammen nicht, auch die kleinsten Stückchen sanken zu Boden. Verf. nimmt an, daß das Kind bei der Ausstoßung und beim Fall in die Grube gar keine Zeit zur Atmung gehabt habe. In der Grube selbst habe es Schluckbewegungen gemacht, wodurch Menschenkot in den Magen gelangt sei. Nach seinen Erhebungen hält er das Mädchen für unschuldig, so daß kein Kindsmord, auch nicht der Verdacht eines solchen, vorläge.

Foerster (Münster).

**Silin, P. I.:** Zur Frage der spontanen Entstehung der *Fistula cervico-vaginalis* und der *Portio vaginalis-Abriß* bei Aborten und Geburten. (*Geburtsh. Klin., Unw. Rostow a. Don.*) Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 50, Nr. 22, S. 1469—1471. 1926.

Bei einer 22jährigen I-Para wurde nach der Geburt eines frühgeborenen Kindes von 650 g Gewicht beobachtet, daß bei nicht erweitertem Cervicalkanal die Frucht und Placenta durch einen Riß in der hinteren Cervicalwand durchgetreten war. Die Cervix hing nur noch an einer kleinen Brücke an der Vorderwand. Die Naht des Risses hat eine völlige Vereinigung der Wundränder nicht erreicht, sondern es ist zur Ausbildung einer *Fistula cervico-vaginalis* gekommen.

Liegner (Breslau).

**Granzow:** Tod unter der Geburt durch traumatische Zwerchfellhernie. (89. Vers. d. Ges. dtsch. Naturforscher u. Ärzte, Abt. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Düsseldorf, Sitzg. v. 25. IX. 1926.) Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 50, Nr. 51a, S. 3400—3401. 1926.

28jährige Erstgebärende. Vor 9 Jahren Überfahren mit Bruch der Brustwirbelsäule, danach Brustbeschwerden, nicht wesentlich während der Schwangerschaft sich verschlimmernd. Tympanitischer Schall und Darmgeräusche in der linken Brustseite vorn und seitlich. Herzdämpfung rechts vom Sternum. Diagnose: Zwerchfellhernie durch Röntgenbild sichergestellt. Am Ende der Eröffnungsperiode hohe Kiellandzange. Lebendes Kind. 1 Stunde später Tod der Mutter unter Erstickungserscheinungen und heftigem Erbrechen. Sektion: Große linksseitige Zwerchfellücke, linke Lunge atelektatisch. In der linken Pleurahälfte liegen der abnorm große Magen, Flexura coli sinistra, ein Teil des großen Netzes und die Milz.

Sichergestellte Zwerchfellhernie ist absolute Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung.

G. Straßmann (Breslau).

**Ebermayer:** Ärztliches Operationsrecht und Schwangerschaftsunterbrechung nach geltendem Recht und nach den Entwürfen 1919 und 1925. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. 17, H. 9/10, S. 410—422. 1926.

Von den Ausführungen des ehemaligen Oberreichsanwaltes interessiert den Psychiater der Teil, der die Schwangerschaftsunterbrechung behandelt. Er weist auf die Unsicherheit hin, die nach dem geltenden Recht besteht. § 54 des StGB. betr. Notstand kommt nicht in Frage, da er sich nur auf Angehörige bezieht. Die wenigen Urteile des Reichsgerichtes gehen der Sache nicht auf den Grund. Die Entwürfe zum neuen Strafgesetzbuche bringen insofern eine Besserung, als der Begriff des Notstandes und der Nothilfe auch auf Fremde ausgedehnt worden ist. Das genügt aber nicht. Auch Ebermayer ist der Ansicht, daß eine Sonderbestimmung eingeführt werden muß, in der einerseits der Arzt geschützt wird, andererseits aber auch die Schwangere gegen eigenmächtiges Vorgehen des Arztes. Entsprechende Bestimmungen enthalten der österreichische Entwurf in § 295 und der Schweizer Entwurf in § 112. Verf. ist gegen eine Schwangerschaftsunterbrechung aus sozialen und eugenischen Gründen, will sie aber zulassen in den Fällen, in denen die Schwängerung bei Verübung von Notzucht, Schändung oder Blutschande eingetreten ist.

Göring (Elberfeld).

**Feld, Wilhelm:** Bevölkerungspolitik und Legalisierung des Abortus. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. u. soz. Hyg. Jg. 39, Nr. 10, S. 447—453. 1926.

Es wird versucht, der Frage der Legalisierung des Abortes neue Seiten abzugewinnen; der Fürsorgepraktiker kann der Frage einer künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung in geeigneten Fällen ebensowenig wie der einer Sterilisation antisozialer Persönlichkeiten aus dem Wege gehen. Man sollte die Legalisierung des Abortus nicht mit der Frage des Bevölkerungswachstums verquicken. Fischer-Dejoy.

**Hofmeier, M.:** Beiträge zur forensischen Geburtshilfe. XII. Untersuchung gegen die Hebamme S. wegen fahrlässiger Tötung. Münch. med. Wochenschr. Jg. 73, Nr. 40, S. 1656—1657. 1926.

Verf. konnte die Hebamme von dem Verdachte reinigen, Schuld an einer tödlichen Infektion einer Gebärenden zu sein. Nach Geburt eines macerierten Kindes trat Fieber

auf, das zum Tode führte. Der Hebamme, die nach Geburt des Kindes erst eintraf, wurde vom praktischen Arzt und vom Landgerichtsarzt neben anderem vorgeworfen, daß sie eine desinfizierende Scheidenausspülung unterlassen habe. Verf. konnte den schlecht unterrichteten Vorgutachtern gegenüber feststellen, daß solche Ausspülungen den Hebammen aus guten Gründen nirgends vorgeschrieben sind bzw. verboten sind. Auch der Begriff „totfaules Kind“ wird richtig gestellt insofern, als Maceration an sich nichts mit Infektion zu tun hat.

Dietrich (Celle).<sup>oo</sup>

**Weibel, W.: Röntgenbestrahlter Embryo.** (*Geburtsh.-gynäkol. Ges., Wien, Sitzg. v. 9. II. 1926.*) Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 50, Nr. 40, S. 2574—2578. 1926.

Eine schwangere Frau war wegen Metrorrhagie im ungefähren Ausmaß einer Kastrationsdosis im 3. Schwangerschaftsmonat bestrahlt worden. In der 21. Schwangerschaftswoche wurde wegen der Annahme einer Gefährdung des bestrahlten Embryos die Unterbrechung der Schwangerschaft mittels Hysterostomatomie vorgenommen. Der Fetus wies keine Zeichen einer Schädigung auf. Dagegen hat Zappert (Wien) mit Einschuß eines eigenen Falles 21 Fälle von während ihrer fötalen Entwicklung bestrahlten (Röntgen oder Radium) und in der großen Mehrheit ausgetragenen Kinder zusammengestellt, worunter 10 ohne besondere Schädigungen, 5 schwächliche oder lebensunfähige Früchte und 6 mit Mißbildungen behaftet waren. Bei den Schwangerschaften, die nach Beendigung der Bestrahlung eintraten, besteht eine etwas erhöhte Disposition zum Abortus, Schädigung der Früchte sind jedoch außerordentlich selten (Flaskamp). — In der Aussprache betont P. Werner, daß auch bei Schwangerschaften nach Beendigung der Bestrahlung manchmal schlimme Erfahrungen gemacht wurden: große Neigung zum Abortus, mangelhafte Entwicklung der Kinder, Erhöhung der Krankheitsdisposition und Sterblichkeit in den ersten Lebensjahren usw., auch schwere Mißbildungen. Die Eierstocksbestrahlung sei also eine Gefahr für die spätere Nachkommenschaft, man solle sie also nur in dringenden Fällen anwenden. — Meixner glaubt, daß nach dem geltenden Gesetz eine Schwangerschaftsunterbrechung wegen in der Schwangerschaft vorgenommener Bestrahlung in Rücksicht auf die Gefahr einer Mißbildung der Frucht straflos bleiben werde.

Theilhaber (München).<sup>oo</sup>

**Wehefritz, Emil: Länge und Gewicht der reifen Frucht im Lichte der Variationsstatistik.** (*Univ.-Frauenklin., Göttingen.*) Arch. f. Gynäkol. Bd. 129, H. 2, S. 227—260. 1926.

Die bisherige wissenschaftliche Erfassung der Merkmale Länge und Gewicht der reifen Frucht, die variable Größen vorstellen, nach dem arithmetischen Mittel muß als ungenügend bezeichnet werden. Mit Hilfe einer eigenen Wissenschaft, der Variationsstatistik sucht deshalb Verf. die beiden Merkmale zu erfassen. Im ersten Teil der Arbeit werden die Grundlagen der Variationsstatistik besprochen. An den Variationsreihen für Länge und Gewicht lassen sich der Richtwert, die Variationsbreite, die charakteristische Verteilung der Einzelvarianten feststellen. Der Verteilung der Einzelvarianten in ihrer Frequenz um den Richtwert liegt das Gaussche Fehler- oder Zufallsgesetz zugrunde, das nach der mathematischen Seite hin und rein mechanisch durch den Galtonschen Zufallsapparat dem Verständnis nähergebracht wird. Ferner folgt die Erklärung der Bedeutung der Streuung, des mittleren Fehlers des Mittelwertes und der Streuung. Den eigenen Untersuchungen liegen die Längsmaße und die Gewichte von fast 9000 reifen Kindern zugrunde, die sämtlich in der Göttinger Frauenklinik geboren wurden. Eine Trennung des Materials nach dem Geschlecht, der Geburtenzahl wurde nicht vorgenommen. Den Berechnungen für die Einzelgrößen für Länge und Gewicht folgt die graphische Darstellung, die von den üblichen Frequenzkurven ausgeht, in Form von sog. Treppenkurven die Variabilität der beiden Merkmale gut veranschaulicht; auf Grund weiterer Berechnungen ergeben sich die beiden Normalkurven für Länge und Gewicht, aus denen sich die Prozentzahlen für die verschiedenen Längen- und Gewichtswerte der reifen Frucht ablesen lassen.

Von Interesse sind besonders die Grenzwerte zur Frühgeburt und zur übertragene Frucht hin. Die bisherige Annahme von einer Abhängigkeit der beiden Faktoren Länge und Gewicht baut sich lediglich auf der empirischen Erfahrung auf; die Variationsstatistik gestattet den mathematisch-exakten Nachweis einer Abhängigkeit der beiden Eigenschaften durch Errechnung eines sog. Korrelationskoeffizienten mit Hilfe einer Korrelationstabelle; es zeigt sich, daß eine mittelstarke Korrelation zwischen den beiden Eigenschaften besteht (nimmt die Länge des Kindes zu, so nimmt auch das Gewicht zu und umgekehrt!). Durch den Nachweis eines Korrelationskoeffizienten lassen sich Normtafeln aufstellen im Sinne von Rautmann. Die Abgrenzung der Norm ist von allergrößter Bedeutung. Zur Bestimmung der Norm bedient sich Verf. einer Hilfswissenschaft, der Kollektivmaßlehre. Zur rechnerischen Durchführung der Norm wurde nach Fechner das zweispaltige Gaussche

Fehlergesetz angewandt. Der Gang der umfangreichen Berechnungen ist aus Tabellen-ausschnitten ersichtlich, die zur Aufstellung einer „Normtafel“ führen für die Körpergewichte der reifen Frucht entsprechend den einzelnen Körpergrößen. Am Schluß kurzer Hinweis auf die gerichtlich-medizinische Bedeutung der Wahrscheinlichkeitsberechnungen über Länge und Gewicht der reifen Frucht.

Wehefritz (Göttingen).<sup>oo</sup>

**Hahn, v.: Zur Credéschen Augenprophylaxe.** Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 28, S. 1174. 1926.

Nutzen und Notwendigkeit der Credéschen Prophylaxe, die nahezu ausschließlich mit der 1proz. Argentum nitricum-Lösung ausgeführt wird, ist allgemein anerkannt. Schwere Gefahr kann jedoch dadurch hervorgerufen werden, daß endweder irrtümlicherweise von vornherein zu starke Lösungen verwandt werden oder daß die ursprünglich korrekte Lösung durch Wasserverdunstung konzentriert wird oder sich unter der Einwirkung von Licht, Luft und Staub zersetzt. Verf. empfiehlt daher eindringlichst die ausschließliche Verwendung von Ampullenlösungen, welche nach den Angaben des Frauenarztes Hellendall (Düsseldorf) fabrikmäßig hergestellt werden und Verwechslung und Verderbnis unmöglich machen.

Warsow (Leipzig).

**Baker, Alfreda H.: The factors involved in the production of intra-cranial birth injuries. (A preliminary communication on the subject of the causation of foetal death, from the obstetrical and gynaecological unit of the Royal free hospital.)** (Die an der Entstehung der intrakraniellen Geburtstraumen beteiligten Faktoren.) Journ. of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. Empire Bd. 33, Nr. 2, S. 224—239. 1926.

An Hand von 100 Autopsien an Totgeburten und Säuglingen kommt Verf. zur Bestätigung der Ansicht, daß intrakranielle Hämorrhagien hauptsächlich dem Zusammenpressen des Schädels im sagittalen Durchmesser zu verdanken sind, dazu kommt die venöse Kongestion. Ein Beweis dafür sind die so häufigen Tentoriumrisse; subtentorielle Blutungen können jedoch auch ohne diese vorkommen. Die intrakraniellen Blutungen sind bei Frühgeburten seltener als bei ausgetragenen Kindern, am häufigsten sind sie bei Anwendung von Zange und bei Steißgeburt und lassen sich durch gute Technik öfters vermeiden.

Josef Wilder (Wien).<sup>o</sup>

**Schädeltrauma bei der Geburt.** (89. Vers. d. Ges. dtsch. Naturforscher u. Ärzte, Abt. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Düsseldorf, Sitzg. v. 19. IX. 1926.) Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 50, Nr. 51a, S. 3353—3363. 1926.

1. Ph. Schwartz erklärt durch Druckdifferenzen in der Austreibungsperiode, Überdruck des im Uterus befindlichen Teils, Minderdruckwirkung am vorliegenden Körperteil die Geburtsgeschwulst, die sich auch experimentell erzeugen läßt. Liegt der Kopf vor, entstehen Stauungserscheinungen im Schädelinneren, Besonders leicht davon betroffen werden die Pia- und Falxvenen. Es kommt zu Blutaustritten und Thrombosen. Im Anschluß an diese Zirkulationsstörungen treten beim Neugeborenen herdförmige und diffuse Erweichungsprozesse, besonders im Frontal- und Occipitallappen auf. Von den 10% bald nach der Geburt sterbenden Neugeborenen dürften die Mehrzahl infolge Schädeltraumas sterben. Ein Teil der „angeborenen Erkrankungen des Zentralnervensystems“ dürfte geburtstraumatisch bedingt sein. — 2. Ylppö führt die große Mortalität der Frühgeburten in erster Linie auf geburtstraumatische Schädigungen zurück. Bei 90% der Frühgeburten von 700—1000 g, bei 75% derjenigen von 1000—1500, bei 25% derer von 2000—2500 g finden sich Blutungen in der Schädelhöhle und im Rückenmarkskanal. Die Häufigkeit der Blutungen bei Frühgeburten beruht auf einer abnormen Zerreißbarkeit der Gefäße. Bei den reiferen Neugeborenen spielt erschwerter Geburtsvorgang mehr eine Rolle. Die Asphyxie als Entstehungsursache der intrakraniellen Blutungen wird abgelehnt. Trotz schwerer Geburtsschädigung können viele Neugeborene am Leben bleiben. Aus dem klinischen Verhalten auf die Lokalisation der Blutungen zu schließen ist meist schwierig. Eine Einteilung in supra- und intratentorielle Blutungen ist unmöglich, da sich die Blutungen meist in verschiedenen Teilen des Gehirns finden. — 3. Jaschke meint auf Grund seines Materials, daß die Minderdruckwirkung hauptsächlich die Geburtsgeschwulst, das Cephalhämatom, Stauung innerhalb des Schädelkapsel und kleine Blutungen bedinge. Die großen Blutergüsse infolge von Sinuszerreißen seien auf die zirkuläre Schnürung und dadurch bedingte Verschiebung der Schädelknochen und des Schädelinhaltes zurückzuführen. Minderdruckwirkung und zirkuläre Schnürung würden unter pathologischen Verhältnissen verstärkt. Bei höchstens 1% aller Geborenen kann das Schädeltrauma als Ursache für das Absterben des Kindes unter der Geburt in Frage kommen. Als Ursache für den Tod nach der Geburt kommt das Schädeltrauma oder seine Folgen nur

in 2,8% aller Fälle in Frage. Spätere wesentliche Folgen nach Vollendung des 1. Lebensjahres treten im allgemeinen wahrscheinlich nicht auf. — Voss erwähnt, daß beim Geburtstrauma Blutungen in allen Teilen des inneren und mittleren Ohres vorkommen. Beziehungen der Blutungen zu den vestibulär bedingten Reflexen, Taubstummheit u. a. sind durch die Untersuchungen des Verf.s aufgedeckt worden. — Berberich fand bei der Untersuchung von 40 Hypophysen des Neugeborenen 32mal ausgesprochene Hyperämie besonders des Vorderlappens, z. T. auch Nekrosen, die nicht, wie bisher angenommen, auf Lues zurückzuführen waren. Bei gewissen Erkrankungen des Kindesalters müsse auf hypophysäre Veränderungen geachtet werden. — Zippert sieht Porencephalie, zum Teil auch Hydrocephalus int. und die zentralen Kinderlähmungen als sichergestellte Spätschädigung des Zentralnervensystems durch das Geburtstrauma an. Auch bei der Idiotie können vielleicht Beziehungen zum Geburtstrauma bestehen. — Büngeler fand die normale Zusammensetzung des Blutes Neugeborener derjenigen der Erwachsenen entsprechend. Durch Resorption des durch Geburtsschädigung ausgetretenen Blutes und des zerstörten Gewebes kommt es zu einer Linksverschiebung des weißen und roten Blutbildes, die kurze Zeit nach der Geburt wieder verschwindet und deren Intensität von der Intensität der Blutung und Gewebsschädigung abhängt.

G. Strassmann (Breslau).

**Hindse-Nielsen, Svend: Facialisparesen als geburtshilffliche Verletzung bei normalen und pathologischen Geburten.** (*Fødaaf. A., Rigshosp., København.*) Hospitalstidende Jg. 69, Nr. 21, S. 485—500 u. Nr. 22, S. 509—516. 1926. (Dänisch.)

22 Fälle von einseitiger Facialisparese bei Neugeborenen auf der Entbindungsabteilung A, Kopenhagen, in den Jahren 1919—1925 unter 11800 Geburten. In zwei Fällen von natürlicher Geburt:

1. 30jährig, X-Para mit geräumigem Becken. D.C.  $\infty$  (Röntgen. normal, WaR. +. 8 Stunden lang Wehen. Keine besonderen Preßwehen. Reguläre Scheitellage. L. j.  $\varnothing$  51 cm, 3600 g. Vollständige, linksseitige Facialparese ohne andere Läsionen. Die Parese nahm in 4 Monaten langsam ab. — 2. 30jährig, V-Para mit rachitisch flachem Becken, doppelt prom., D.C. 40. Druckstelle über dem Ohr an der Seite, die der Symphyse zugewandt war und auf der der Nerv lädiert war.

20 Fälle unter 533 Zangengeburt. 19 der Mütter waren erstgebärend. Rossenbecks Ansicht wird beipflichtet. Im Gegensatz zu Ehrenfels wird vermutet, daß der Nerv indirekt, sowohl bei spontan natürlicher wie auch bei künstlicher Entbindung durch Bildung eines kleinen Hämatoms in Can. fac. lädiert werden kann, das durch Zerreißen der feinsten Abzweigungen der stylomatischen Gefäße des linksseitigen Auriculi post. entsteht (Vimtrup's Theorie). Betreffe Geburten durch ein normales Becken bei äußerem Hängebauch wird bemerkt, daß die nachträglich auftretende Facialparese natürlich mit der aklitischen Stellung des Kopfes auf Grund einer (okkulten) Pelvis plana und einer daraus sich ergebenden direkten Traumatisierung der Facialregion gegen die Symphyse erklärt wird. Die Möglichkeit von minimalen Gehirnblutungen (ohne Allgemeinsymptome) als Ursache von Facialparesen nach normalen Geburten durch ein normales Becken kann nicht ganz von der Hand gewiesen werden.

S. A. Gammeltoft (Kopenhagen).<sup>oo</sup>

**Ford, F. R.: Cerebral birth injuries and their results.** (Geburtsschädigungen des Gehirns und Folgezustände.) (*Med. clin., Johns Hopkins med.school, Baltimore.*) Medicine Bd. 5, Nr. 2, S. 121—194. 1926.

Ausführliche Darstellung der Geburtsschädigungen des Gehirns mit zahlreichen eigenen Beobachtungen und umfangreichen Literaturstudien. Der Kopf des Kindes ist bei der Passage durch den Geburtskanal außerordentlich zahlreichen Möglichkeiten einer traumatischen Schädigung ausgesetzt, z. B. bei engem Becken, Beckenmißbildungen, derben Weichteilen, bei überstürzter oder verzögerter Geburt, bei abnormer Kindslage, bei Anwendung der Zange oder Extrak­tion usw. Daneben spielen Asphyxie, Frühgeburt, wahrscheinlich auch Verzögerung der Blutgerinnung, Syphilis und andere Krankheiten eine gewisse Rolle. Aber auch bei ganz normaler und leichter Geburt kommen cerebrale Schädigungen sehr oft vor. Trotz der unbestrittenen Häufigkeit der Geburtsschädigungen werden spätere Krankheiten, wie Athetose, kongenitale Lähmungen, Epilepsie, Hydrocephalus und Geistesstörungen, vielfach sehr zu Unrecht als Folgezustände einer bei der Geburt erfolgten cerebralen Läsion aufgefaßt. Während die kongenitalen Mono- und Hemiplegien und die bilateral-asymmetrischen



Paresen hauptsächlich als Geburtslähmungen angesehen werden können, ist die Mehrzahl der Fälle von cerebraler Kinderlähmung, von Epilepsie und anderen Krampfstörungen und von schweren geistigen Defekten nicht auf Schädigung bei der Geburt zurückzuführen. Über die Beziehungen zwischen chronischem Hydrocephalus und intrakraniellen Geburtsverletzungen ist ein Urteil noch nicht möglich. *Taterka.*<sup>oo</sup>

**Horváth, Árpád: Intrauterin verblutete Frucht (Placentalaneurysma).** Orvosi Hetilap Jg. 70, Nr. 24, S. 640. 1926. (Ungarisch.)

Mitteilung eines Falles, wo bei einer 38jährigen V-P. während der bis dahin normal verlaufenden Geburt plötzlich viel Blut aus der Scheide ausgestoßen wurde, und die kindlichen Herztöne nicht mehr zu hören waren; der Kopf stand unbeweglich im Beckeneingang, die Blase stand, der Muttermund war 4 Finger weit. Die Wehen traten häufig genug auf, waren aber von kurzer Dauer; 0,90 g Chinin. bisulf. intramuskulär;  $\frac{1}{2}$  Stunde später traten Drangwehen auf und 5 Minuten nachher wird die Blase im Scheideneingang sichtbar; Sprengung derselben; 3 Minuten später wird ein totes Kind von 4200 g Gewicht und 56 cm Länge geboren. Die Nabelschnur war einmal um den Hals gewickelt; das Fruchtwasser war dunkelrot gefärbt. Die Nachgeburt folgte nach 32 Minuten spontan; die Maße betragen 24—20,5 cm, das Gewicht 720 g; die Nabelschnur hatte eine Länge von 5 cm. Unter dem Amnion befindet sich auf einer kleinhandtellergroßen Fläche in dünner Schicht geronnenes Blut. Beim Aufheben des Amnion fällt eine etwa erbsengroße Ausdehnung eines strangförmigen Blutgefäßes auf, auf deren oberem Teil sich auf geringen Druck aus einer stecknadelkopfgroßen Öffnung Blut entleert. Die Blutung fand zwischen Chorion und Amnion statt und entleerte sich unter den Geburtswehen infolge Platzens des Chorions; die später ausgeführte Blasensprengung betraf also nur das Amnion. Die Luesreaktion war negativ, ebenso wurden bei der Autopsie der Frucht keine luetischen Zeichen gefunden. Die Entstehung des geplatzten Aneurysma erklärt der pathol. Anatom (Dozent Minich) mit dem Vorhandensein von reichlichen Infarkten der Nachgeburt, die den Verschuß und die nachfolgende Dehnung der Blutgefäße verursachen konnten. In der Literatur konnte Horváth nur 2 Fälle von Nabelblutgefäßverletzung auf der fetalen Fläche der Nachgeburt finden. *Temesváry* (Budapest).

**Tingle, Clara Dunbar: A contribution to the study of the causation of fetal death.** (Beitrag zur Erforschung der Ursachen des fetalen Todes.) (*Sheffield roy. hosp., Sheffield.*) Arch. of dis. in childhood Bd. 1, Nr. 5, S. 255—278. 1926.

Statistik über 160 Fälle von kindlichem Tod prä- oder intranataler Ursache. 129 Fälle betreffen im Kind gelegene Todesursachen; von diesen entfallen auf das Geburtstrauma 105, auf fetale Infektionen 14, auf fetale Anomalien 10 Fälle. Bei 60 Fällen (37,5%) wurden intrakranielle Blutungen gefunden, vorwiegend Tentoriumverletzungen. Bei 5,6% der Fälle fanden sich Blutungen in der Nebenniere und Leber, fast sämtliche Fälle betreffen Beckenendlagen. Als prädisponierende Momente für die Blutungen kommen Frühgeburt, venöse Stauung und hämorrhagische Diathese in Betracht. Eine Verlängerung der Gerinnungszeit wurde nur bei 4 Fällen festgestellt. Unter den fetalen Infektionen stehen die Pneumonien an erster Stelle. Dabei handelt es sich meist um Coliinfektionen.

Mitteilung solcher Fälle, sowie eines Falles von intrauteriner Pneumokokkeninfektion. Von fetalen Erkrankungen werden mitgeteilt: ein typischer Fall von Hydrops foetus universalis, mehrere bemerkenswerte Herzanomalien, je ein Fall von Chondrodystrophie und großer kongenitaler Struma. *Reuss* (Wien).

**Duvoir: L'inhumation des mort-nés.** (Beerdigung der Totgeborenen.) (*Soc. de méd. lég. de France, Paris, 14. VI. 1926.*) Ann. de méd. lég. Jg. 6, Nr. 7, S. 348 bis 354. 1926.

Duvoir wirft die Frage auf, was mit der Leiche eines totgeborenen Kindes geschehen soll, insbesondere ob die kommunale Behörde verpflichtet ist, für die Aufbewahrung und spätere Beerdigung Sorge zu tragen. Nach seiner Ansicht trifft dies entsprechend den französischen Gesetzen zu für die abgestorbenen Früchte nach dem 181. Schwangerschaftstage bzw. von über 32 cm Länge, von welchem Termin an das Gesetz die Möglichkeit einer Lebensfähigkeit annimmt. Die Sachlage ist jedoch juristisch nicht einwandfrei geklärt, so daß im Anschluß an die dem Vortrag folgende Diskussion eine Viermännerkommission zum Studium dieser Frage gewählt wird.

*Warsow* (Leipzig).

**Streitige geschlechtliche Verhältnisse.**

**Jannoni Sebastianini, G.:** *Sopra un caso di aplasia genitale.* (Über einen Fall von Genitalaplasie.) (*Istit. di med. leg., univ., Roma.*) *Zacchia* Jg. 5, Nr. 1/3, S. 15—28. 1926.

Zufälliger Befund bei der Sektion eines 65jährigen plötzlich verstorbenen Witwers. Äußerlich vollkommen männliches Aussehen. Männliche Schambehaarung, männlicher Knochenbau. Völliges Fehlen des Penis. Die Hodensackhälften getrennt, in jeder Hälfte ein normal großer Hoden. Mündung der Harnröhre 5 cm unterhalb der Schamfuge zwischen den beiden Hodensackhälften. Todesursache: Arteriosklerose und Myokarditis. Mikroskopisch in den Hoden Atrophie des samenerzeugenden Teils bei starker Entwicklung des Zwischen- gewebes. Etwas stärkere Fettgewebsentwicklung am Gesäß. Eigenartig war, daß das Individuum trotz des völligen Fehlens des Penis verheiratet gewesen war. *Strassmann* (Breslau).

**Mühsam, Richard:** **Über den Einfluß der Hodenüberpflanzung auf Sexualität und Konstitution.** (*I. chir. Abt., Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.*) *Arch. f. Frauenkunde u. Konstitutionsforsch.* Bd. 12, H. 3, S. 181—187. 1926.

Bericht über die Erfahrungen des Verf. mit Hodentransplantation und Steinach- schen Verjüngungsoperationen. Hodenüberpflanzungen wurden bei Eunuchoidismus, Kastrationsfolgen, Bi- und Homosexualität (im ganzen 8 Fälle) ausgeführt. Eine vorübergehende Beeinflussung der Geschlechtstätigkeit im Sinne einer Organtherapie trat in jedem Fall ein, ein Dauererfolg war nur bei dem Bisexuellen zu verzeichnen, der heiratete und ein Kind zeugte. Noch skeptischer ist der Standpunkt des Verf. gegenüber der Steinachschen Operation, die er 20 mal, in der Mehrzahl wegen Alters- erscheinungen, ausführte. Bei psychischer Impotenz versagt das Verfahren voll- kommen.

*Eyrich* (Tübingen).

**Hirsfeld, L.:** **Über die Konstitutionsserologie im Zusammenhang mit der Blut- gruppenforschung.** *Ergebn. d. Hyg., Bakteriol., Immunitätsforsch. u. exp. Therapie* Bd. 8, S. 367—512. 1926.

Aus der mit zahlreichen Tafeln und reicher Literatur versehenen Abhandlung ist gerichtlich-medizinisch besonders das Kapitel über die Vererbung isoagglutinabler Eigenschaften wichtig, wobei die Theorie von Dungen-Hirsfeld neben der Bern- steinschen als gleichwertig erwähnt wird. Für die Vaterschaftsfeststellung bestehen Unterschiede nur, falls die Eltern der seltenen Gruppe IV AB angehören, da nach Dungen-Hirsfeld dann alle Gruppen bei den Kindern, nach Bernstein nur die Gruppen A, B, AB vorkommen könnten. Gruppenforschung in bezug auf Rasse Krankheitszustände, Schwangerschaft sowie die chemischen Grundlagen der Blut- gruppenbildung sind eingehend erörtert.

*G. Straßmann* (Breslau).

**Marro, G.:** **Le syndrome „rise pubère très précoce et exagérée“.** (Das Syndrom der stark verfrühten und übermäßigen Pubertätskrise.) (*Laborat. anat., hôp. des fous de Collegno-Turin et inst. d'anthropol., univ., Turin.*) *Arch. ital. de biol.* Bd. 76, H. 3, S. 205—226. 1926.

Verf. teilt folgenden Fall mit: Ein 6jähriger Knabe wurde unter der Diagnose „Geistes- schwäche und Epilepsie mit Makrogenitosomia praecox“ in die Anstalt aufgenommen; das Kind war außerhalb der Anstalt schwer zu bändigen gewesen, hatte zu impulsiven Akten geneigt, war vor allem durch obszöne Reden und Handlungen unangenehm aufgefallen (exhibitionisti- sche und masturbatorische Akte in der Öffentlichkeit); während 3jähriger Beobachtung konnte man übermäßiges Körperwachstum, erethisches Verhalten, Perversion des Geschlechtstriebes, Auftreten vereinzelter epileptischer Anfälle nachweisen. Allmähliche Entwicklung von Maras- mus, Tod unter dem Einfluß epileptischer Anfälle. Zur Zeit des Todes bestanden deutlicher Schnurrbart, weniger Backenbart, starke Achsel- und Genitalbehaarung. Sektion: Mandel- förmiger Tumor an der Basis des Gehirns, hinter der Hypophyse mehr auf der linken Seite gelegen und in den 3. Ventrikel deutlich vorspringend. Histologisch Gliom.

*Schob* (Dresden).<sup>oo</sup>

**Pellegrini, Rinaldo:** **Sterilità del matrimonio ed impotentia generandi in diritto ecclesiastico.** (Sterilität der Ehe und Impotentia generandi im Kirchenrechte.) (*Istit. di med. leg., univ., Catania.*) *Rass. di studi sessuali e di eugenica* Jg. 6, Nr. 2, S. 97—108. 1926.

Die Arbeit beschäftigt sich mit folgenden Fragen: Essentieller und primärer Zweck der Ehe, biologische Unterlagen für die „perfecta copula“, Grenzen der Im-

potentia coeundi im Kirchenrechte, Sterilität „propter defectum accidentalem et propter defectum substantialem“, Unterschiede zwischen der Ehe und Impotentia generandi, Interpretation des Artikel 1068 CJC. Letztere wird vom Verf. wie folgt angenommen: Essentieller Zweck der Ehe ist die Erzeugung von Kindern; hat der eine oder andere der beiden Ehegatten nicht die biologischen Bedingungen, um diesen Zweck zu erfüllen, so ist die Ehe nichtig „ipso naturae jure“. Die Ehe hat auch wichtige sekundäre Zwecke, so daß, wenn die Ehe steril ist, durch generative Impotenz beider Ehegatten diese sekundären Zwecke vorherrschend werden und genügen, um die Permanenz der Ehe selbst zu rechtfertigen. Sterilität der Ehe und Impotentia generandi sind völlig verschiedene Dinge. Hängt die Sterilität der Ehe von der Impotentia generandi beider Ehegatten ab, so kann die Ehe nicht aufgehoben werden. *Krips.*

**Rosenfeld, Samuel S.: Semen injections with serologic studies. A preliminary report.** (Einspritzungen von Samen mit serologischen Untersuchungen. Eine vorläufige Mitteilung.) (*Lebanon hosp., New York.*) Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. 12, Nr. 3, S. 385—388. 1926.

Um das Auftreten spezifischer Spermattoxine zu studieren, wurden bei 3 Frauen subcutane Injektionen mit menschlichem Sperma ausgeführt. Das Sperma wurde entweder frisch injiziert oder 1 Stunde bei 60° vorbehandelt oder mit einer schwachen Lösung Acriflavin versetzt. Bei keiner dieser 3 Frauen konnten Spermattoxine oder komplementbindende Reaktionskörper nachgewiesen werden. Bei 2 weiblichen Kaninchen, die mit menschlichem Sperma vorbehandelt wurden, konnten ebenfalls Spermattoxine nicht erzielt werden, dagegen war vorübergehend ein komplementbindender Körper nachweisbar. — Nach klinischen Beobachtungen sollen subcutane Sperma-injektionen bei Frauen eine Sterilität von etwa 20 Monaten zur Folge haben. Nach Rosenfelds experimentellen Beobachtungen sind dann aber für die Bildung der Spermattoxine eine beträchtliche Zahl von Injektionen notwendig. *Gräfenberg.*°°

**Heller, Julius: Seltene Coitusverletzungen des Mannes.** Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 32, Nr. 5, S. 57—59. 1926.

Zusammenstellung der vom Verf. und von anderen Autoren beobachteten Fälle schwerer Traumen, die beim Mann während des Coitus entstehen. Dabei werden unterschieden: 1. Die durch stürmische Tätigkeit des männlichen Partners hervorgerufenen Eigenverletzungen: die Penisfraktur, die sehr seltene Penisluxation (Rohleder), wobei das Praeputium im Sulcus coronarius abreißt, ferner Hodenquetschungen bei Hydrocele (Rohleder); 2. die durch die Partnerin verursachten Verletzungen: Quetschungen der Hoden, Einrisse des Scrotums, Fraktur des Penis infolge manueller Manipulationen und durch Biß hervorgerufene Wunden. — Die sogenannte „Paradidymitis erotica acuta“ gehört nicht zu den eigentlichen Coitusverletzungen, wird aber erwähnt, weil sie eine Eigenverletzung beim Geschlechtsvorgang darstellt. Sie kann entstehen, wenn trotz stärkster Erregung die Ejaculation unterdrückt wird, und äußert sich in schnell heilenden Tumoren der Hoden, Nebenhoden oder Samenstränge.

*Kagelmann (Magdeburg).*°°

**Heller, Julius: Über schwere Coitusverletzung des Mannes. (Nachtrag.)** Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 32, Nr. 6, S. 81 u. 83—84. 1926.

Kasuistische Mitteilung als Ergänzung zu vorstehend referierter Arbeit: Der männliche Partner zog sich bei einem im Alkohorausich sehr stürmisch und stehend ausgeführten Coitus eine 6 cm lange Rißwunde am Praeputium zu.

*Kagelmann (Magdeburg).*°°

**Traumann, F. E.: Bevorstehende gesetzliche Änderung des Rechtes der unehelichen Kinder.** Zeitschr. f. Sexualwiss. Bd. 13, H. 1, S. 9—20. 1926.

Der dem Reichsrat zugegangene, aus 53 Paragraphen bestehende „Entwurf eines Gesetzes über die unehelichen Kinder und die Annahme an Kindesstatt“ bringt viele Verbesserungen, die den Fortschritten des Rechtsempfindens Rechnung tragen und für weitere Entwicklungen Raum geben (obwohl die Begründungen stellenweise noch inkonsequenterweise die alte Moral vertreten). An Stelle des Leerausgehens des Kindes bei der bisherigen Exceptio plurium tritt jetzt die Haftung der „Zahlväter“ als Gesamtschuldner. Wenn es aber dem Richter dennoch überlassen bleibt, aus „erheblichen Zweifeln“ an der Vaterschaft

die Konsequenz zu ziehen, so wäre die Fassung des Juristentages 1922 vorzuziehen gewesen, die die Feststellung der unehelichen Vaterschaft der „freien Beweiswürdigung“ überläßt. Sowohl dem Vater wie der Mutter kann, wenn sie volljährig sind, die volle elterliche Gewalt übertragen werden, dem verheirateten außerehelichen Vater aber nur mit Zustimmung seiner Ehefrau; vor einer Heirat mit einer anderen Frau hat der Vater, wenn er die elterliche Gewalt ausübt, eine Vermögensauseinandersetzung herbeizuführen (aufschiebendes Ehehindernis!). Der Vater darf mit Zustimmung seiner Ehefrau, nach dem Tode des Vaters darf das Kind, falls der Vater zur Zeit des Todes mit der Mutter verlobt war, beantragen, den Vatersnamen tragen zu dürfen. Für den Unterhaltsanspruch sollen auch die Vermögensverhältnisse des Vaters in Betracht gezogen werden, allerdings auch in dem Sinne, daß die Unterhaltspflicht seiner eigenen Familie gegenüber nicht gefährdet werden darf. Bei Erwerbsunfähigkeit des Vaters können dessen Eltern herangezogen werden, ebenso wie auch die Angehörigen der Mutter nach Billigkeit beteiligt werden können. Nach dem Tode des Vaters bleibt es im wesentlichen bei der Unterhaltsverpflichtung der Erben. Die Ehelichkeitserklärung, künftige Sache des Vormundschaftsgerichtes, ist wesentlich erleichtert, ebenso die Annahme an Kindesstatt (Herabsetzung der Altersgrenze von 50 auf 40 Jahre, Zulassung auch bei 10jähriger kinderloser Ehe und bei Einkindehen, wenn die Mutter durch Krankheit kein Kind mehr erhalten kann. Dagegen können jetzt Scheinadoptionen (z. B. Adelskauf) verweigert werden. Ein neuer juristischer Begriff ist die „Pflegekindschaft“ (adoptio minus plena), die Übertragung der Sorge für das Kind auf eine vertraglich festgesetzte Zeit, z. B. bis zum Eintritt der Volljährigkeit, wenn eine Adoption zwar nicht möglich ist, aber auch die Fortholung des Kindes durch die leibliche Mutter verhindert werden soll. Eine große Erleichterung ist die Zusammenfassung des gesamten Aufgabenkreises beim Vormundschaftsgericht.

Bregmann (Magdeburg).<sup>o</sup>

**Krauspe, Carl, und Artur Schmechel:** Über die Serodiagnose der Syphilis an der Leiche. (*Pathol. Inst., Univ. Leipzig.*) Klin. Wochenschr. Jg. 5, Nr. 35, S. 1611 bis 1613. 1926.

Zunächst stellten die Verff. fest, daß das Blutserum der Leiche nur in den seltensten Fällen zur Ausführung der Trübungs- und Flockungsreaktionen verwendbar ist. Deshalb wählten die Verff. für weitere Versuche die Perikardflüssigkeit der Leiche. Orientierende Versuche an 100 Perikardflüssigkeiten, allerdings stets schon 12 Stdn. p. m., mit Wa.-, S.-G., Dold-Bruck-Reaktion gaben ermutigende Resultate. In der Folge wurden 1000 Perikardflüssigkeiten von Leichen nach der Wa.- und M.T.R. geprüft. Von diesen 1000 Untersuchungen waren nach Wa.R. 94, nach M.T.R. 182 positiv. Von den 94 nach Wa. positiven Perikardflüssigkeiten stammten 34 von anatomisch sicher nachweisbarer Lues und 60 von nicht anatomisch nachweisbarer Lues. Von den 182 nach M.T.R. positiven Perikardflüssigkeiten, waren nur bei 49 die Lues anatomisch sicher gestellt, während das bei 133 nicht der Fall war. — Die M.T.R. der Perikardflüssigkeit der Leiche ergibt daher, im Vergleich mit der Wa.R. zwar eine bessere Ausbeute bei Luesfällen, aber auch eine erhöhte Anzahl unspezifischer Resultate und ist daher zur Serodiagnose der Lues an der Leiche noch weniger geeignet als die Wa.R.

Marg. Stern (Breslau).<sup>o</sup>

**Fokina, N.:** Zur Kasuistik der extragenitalen Syphilis. Russkij vestnik dermatologii Bd. 4, Nr. 4, S. 345—347. 1926. (Russisch.)

Syphilitische Infektion einer 47jährigen Frau mittels Schankers an der Brustwarze. Sie hatte das syphilitische Kind aus der ersten Ehe ihres Schwiegersohnes zur Beruhigung an ihre Brust angelegt, ohne natürlich Milch zu haben. Hierbei wurde eine ganze Hausepidemie von Syphilis aufgedeckt. Es erwiesen sich angesteckt: die alte Frau, ihre Töchter, deren Gatte und dessen 1½jähriges Kind. Im Anschluß an diesen Fall werden zwei, in ätiologischer Hinsicht lehrreiche Beobachtungen von extragenitaler Infektion mit Syphilis angeführt. 1. 17jährige Virgo intacta mit Ulcus durum der Brustwarze. Vater und Mutter sind Syphilitiker. Die Tochter hatte sich gleich nach dem Vater mit dem Badeschwamm des letzteren gewaschen (eine Infektion durch Kuß wurde geleugnet); 2. 10jährige Virgo intacta mit Ulcus durum an den äußeren Geschlechtsteilen infolge Ansteckung durch Masturbation seitens einer 9jährigen Freundin, welche Syphilis hatte.

Autoreferat.<sup>oo</sup>

**Pipping, W.:** Über das Auftreten der Vulvovaginitis bei Kindern in Krankenanstalten. Finska läkaresällskapet handl. Bd. 68, Nr. 9, S. 813—831 u. dtsch. Zusammenfassung S. 831—834. 1926. (Schwedisch.)

Verf. berichtet eingehend über mehrere Epidemien von Vulvovaginitis infantum, die er in seiner 30jährigen Tätigkeit als Krankenhausarzt erlebt hat und lenkt auf

Grund der dabei und bei ausgedehnteren Epidemien in Deutschland, Schweden und vor allem in Amerika gemachten Erfahrungen die Aufmerksamkeit auf die große Bedeutung, die die Krankheit für die Minderjährigen habe. In Krankenhäusern sei es überaus leicht, chronische gonorrhoeische Vulvovaginitiden bzw. isolierte Proktitiden zu übersehen, weil klinische Erscheinungen seitens der Geschlechtsorgane nicht vorhanden seien, die einen Verdacht auf Gonorrhoe erwecken könnten. Die Gonokokken seien für Kinderkrankenhäuser ein gefährlicher Feind, der sich leicht einnisten könne und schwierig zu vertreiben sei, und die vielfach verbreitete Vorstellung, daß die Krankheit nur in Anstalten mit mangelhaften hygienischen Einrichtungen Verbreitung finden könne, sei irrig. Auch die in Amerika besonders häufig vorgekommenen Schulepidemien zeigten die Schwierigkeit, welche bezüglich der Verhütung den Gesundheitsbehörden erwachsen. Verf. bespricht sodann die Ursache der großen Empfänglichkeit minderjähriger Mädchen für Gonorrhoe, die Schwierigkeiten, Kinderkrankenhäuser durch geeignete Prophylaxe vor der Infektion zu schützen sowie die Prognose der Vulvovaginitis für das spätere Leben, ohne eigene Feststellungen hierfür.

*Roscher (Koblenz).*

**Themerson, Mieczyslaw:** Eine ungewöhnliche Art der Infektion mit Gonorrhoe. *Polska gazeta lekarska* Jg. 5, Nr. 25, S. 491—492. 1926. (Polnisch.)

Ein 20jähriger Jüngling spritzte zu masturbatorischen Zwecken in die Harnröhre 3 mal Wasser mit der Injektionsspritze des Vaters, die jener zur Behandlung eines akuten Trippers gebrauchte; nach 5 Tagen kamen typische gonorrhoeische Erscheinungen (mit positivem Gcc.-Befund) zum Vorschein.

*F. Walter (Krakau).*

**Meldner:** Körperverletzung durch ansteckende Krankheiten. *Zeitschr. f. ärztl. Fortbild.* Jg. 23, Nr. 19, S. 646. 1926.

Ein Geschlechtskranker infizierte 2 Mädchen, wurde vom Schöffengericht wegen Vergehens gegen die Verordnung der Volksbeauftragten vom 19. XII. 1918 (Gefährdungsparagraph) zu 4 Monaten Gefängnis verurteilt. Die Strafkammer verhängte die gleiche Bestrafung gleichzeitig auch wegen Körperverletzung (§ 223 StGB). Die Revision beim Kammergericht wurde zurückgewiesen, weil in der Hervorhebung des zweiten Bestrafungsgrundes (Körperverletzung) bei gleicher Bestrafung keine „Reformatio in pejus“ liege. *Heller.*

### Kunstfehler. Ärzterecht.

**Reuter, Fritz:** Ein Fall von plötzlichem Tode bei Zysternenpunktion. (*Inst. f. gerichtl. Med., Univ. Graz.*) *Wien. klin. Wochenschr.* Jg. 39, Nr. 44, S. 1275—1277. 1926.

Verf. berichtet über einen Fall eines plötzlichen Todes bei Zysternenpunktion. Es handelte sich um einen 14jährigen Knaben, bei welchem die Symptome eines raumbeschränkenden Prozesses in der hinteren Schädelgrube zu beobachten waren. Von klinischer Seite war man geneigt, an einen Tumor zu denken. Auffällig war aber das Vorhandensein einer dyspnoischen Atmung und einer Pulsbeschleunigung. Es wurde in Lokalanästhesie eine Zysternenpunktion vorgenommen. Es kam zunächst Liquor, der einen Druck von 290 mm Wasser aufwies. Der Liquor versiegte. Nach einem wiederholten Einstich kam Blut, der Puls wurde unregelmäßig, es trat eine zunehmende Cyanose ein, es wurden noch intrakardial und subcutan Analeptica verabreicht, der Tod trat aber 30 Minuten nach der Punktion ein. Die Obduktion deckte eine prämatüre Nahtsynostose der Pfeilnaht, zum Teile auch der Kranznaht auf und ergab das Vorhandensein eines chronischen Hydrocephalus internus mit den ausgesprochenen Erscheinungen des gesteigerten Hirndruckes. Kleinhirn und Hirnstamm waren gegen das Hinterhauptloch herabgedrängt und linkerseits war ein feiner Stichkanal des verlängerten Markes in Fortsetzung der Punktionsstichverletzung zu finden, der bis in den Boden der 4. Kammer reichte. In der 4. Kammer selbst lag frisch ausgetretenes Blut. Der übrige anatomische Befund ergab keine pathologischen Veränderungen, im speziellen war kein Tumor oder eine Herderkrankung des Gehirnes festzustellen. Verf. führt an, daß die bereits vor der Punktion infolge des bestehenden Hirndruckes bestehende Verlagerung des verlängerten Markes die Gefahr in sich schloß, daß bei der Zysternenpunktion die Medulla getroffen werden konnte. Besonders verhängnisvoll war es, daß nach dem Versiegen des Liquors nochmals die Punktionsnadel eingestochen wurde, da durch die vorausgegangene Entleerung der Zyste, offenbar ein noch weiteres Herabdrücken des Hirnstammes erfolgt ist und in erhöhtem Maße die Gefahr bestand, die Medulla zu verletzen. Verf. warnt bei dem Vorhandensein ausgesprochener Hirndrucksymptome, die Zysternenpunktion vorzunehmen. Im vorliegenden Falle hätte man bei den bestehenden Atemstörungen und der Pulsbeschleunigung an eine Verlagerung des Hirnstammes denken können.

Der vorliegende Fall stellt den 3. veröffentlichten Fall einer Zystenpunktion mit tödlichem Ausgang dar. *Schwarzacher (Graz).*

**Fischl, Rudolf:** Zur Angelegenheit der Todesfälle nach Diphtherieimmunisierung im Badener Säuglingsheim. (*Dtsch. Univ.-Kinderklin., Prag.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 39, Nr. 28, S. 818—819. 1926.

Veranlaßt durch die Todesfälle nach Diphtherieimmunisierung im Badener Säuglingsheim weist Verf. auf ältere (*Zeitschr. f. Heilkunde* 1895, Bd. 15), mit Wunschheim durchgeführte Versuche über den Nachweis von Diphtherieantitoxin im Nabelschnurblut Neugeborener hin, die in einzelnen Versuchsreihen auch eine, im Vergleich zu anderen Versuchen unerklärliche Giftigkeit von TA-Gemischen gezeigt hatten. Nach Ansicht von Fischl muß man somit damit rechnen, daß bei Verwendung von TA-Gemischen eine Dissoziation eintreten kann, ja mitunter schon gleich nach Bereitung des Gemisches eintritt; er hält deshalb diese Präparate für ungeeignet zur Diphtherieimmunisierung und mahnt bei der Beurteilung der Sachlage in Baden zur Vorsicht, um falsche Beschuldigungen zu vermeiden. *Karl L. Pesch (Köln).*

**Santy, P.:** Néphrite aiguë mortelle consécutive à une transfusion. (Tödlich verlaufende Nierenentzündung nach Transfusion.) (*Soc. de chir., Lyon, 6. V. 1926.*) Lyon chir. Bd. 23, Nr. 5, S. 608—609. 1926.

Verf. berichtet über einen unklaren Fall von akuter tödlich verlaufender Nierenentzündung nach Transfusion von Blut und Serum. Eine Obduktion hat nicht stattgefunden. Die „Prüfung der Verträglichkeit des Blutes“ von Spender und Empfänger vor der Transfusion ist unterblieben. Verf. glaubt aus dem Fall zu lernen, daß solche vorherigen Untersuchungen doch wohl unerlässlich seien. (Sehr spät! Die neuere Literatur über die Blutgruppenuntersuchung scheint Verf. nicht zu kennen, da er in laienhafter Weise immer nur von „Verträglichkeit des Blutes“ spricht. D. Ref.) *Buhtz (Königsberg Pr.)*

**Sellheim, Hugo:** Stundenlange Lähmung des Atemzentrums mit Wiederherstellung der Funktion. (*Univ.-Frauenklin., Leipzig.*) Med. Klinik Jg. 22, Nr. 35, S. 1323—1327. 1926.

Während der Laparotomie einer 56jährigen Patientin kommt es zu einer Atemlähmung, die 1½ Stunden anhält. Während dieser Zeit wurde künstliche Atmung und bei versagender Herztätigkeit immer wieder Adrenalininjektionen angewendet. Lobelin hatte keine Wirkung. Die Patientin lebte noch 14 Stunden. Bei der Autopsie fand sich eine Verletzung einer Koronarvene, aus der 30 cm Blut in den Herzbeutel sich ergossen hatten, was wohl die auslösende Ursache der erlahmenden Herztätigkeit war. Der Fall lehrt, daß man solange künstlich atmen muß, bis das in das Atemzentrum aus dem Liquor eingedrungene Anaestheticum wieder ausgeschieden ist, also eventuell stundenlang. *P. Kaznelson (Prag).*

**Shaine, Marks M.:** Gangrene of the arm and death following hypodermic injection. (Gangrän des Arms und Tod nach subcutaner Einspritzung.) *Journ. of the Americ. med. assoc.* Bd. 87, Nr. 12, S. 941. 1926.

Eine 32jährige Frau, die wegen mäßiger Anämie mit Arseneinspritzungen behandelt wurde, erkrankte an einem Erysipel, das von einer Injektionsstelle ausging, zu Gangrän des Arms und zum Tode führte. Verf. wendet sich gegen das Überhandnehmen der Injektionsbehandlung, die oft durch Verordnung der Medikamente per os ersetzt werden könnte. *Gollwitzer (Greifswald).*

**Malkin, B.:** Über Augenläsionen bei der Alkoholinjektion in das Ganglion Gasseri. *Russkij oftalmologičeskij žurnal* Bd. 5, Nr. 5, S. 508—518. 1926. (Russisch.)

Folgen einer Alkoholinjektion in das Ganglion Gasseri durch das Foramen ovale: Diplopie, Facialisparese und Herabsetzung des Gehörs auf derselben Seite. Später Keratitis und progressives Sinken des Sehvermögens bis zur vollständigen Blindheit. Um einer Panophthalmitis vorzubeugen, wurde dem 57jährigen Patienten die Entfernung des Augapfels angeraten und ohne jede Anästhesie ausgeführt: der Patient hatte dabei keine Schmerzen.

Die Alkoholinjektion in das Ganglion Gasseri darf nur in den verzweifelten Fällen angewandt werden, aber dann müssen die Kranken vor und nach dem Eingriff vom Ophthalmologen untersucht und beobachtet werden. *L. Arinstein.*

**Tobé, F., et J. Terrasse:** Contribution à l'étude des perforations pulmonaires au cours du pneumothorax artificiel. (Beitrag zum Studium der Lungenperforationen im Verlauf des künstlichen Pneumothorax.) *Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris* Jg. 42, Nr. 20, S. 928—934. 1926.

Die Verfasser erlebten 2 mal, daß unmittelbar nach der Erstanlegung eines Pneumothorax

nach Einlauf von etwa  $\frac{1}{4}$  l Gas ein kompletter Pneumothorax zustande kam, das eine Mal unter stürmischen Erscheinungen, das andere Mal unbemerkt. (Merkwürdigerweise denken sie nicht einmal daran, daß die Lunge verletzt sein könnte, sondern glauben an Spontan-eintrisse. Ihre Schlußfolgerungen sind natürlich hinfällig. Ref.) *Ulrici* (Sommerfeld).

**Groedel und Kahl: Beitrag zur Frage der Kombinationschädigung und Röntgen-idiosynkrasie.** (17. Kongr. d. dtsh. Röntgen-Ges., Berlin, Sitzg. v. 11.—13. IV. 1926.) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 34, Kongreßh., S. 64—66. 1926.

Der Begriff der Röntgenidiosynkrasie wird so formuliert: Abnorm starke, aber gleichsinnige Reaktion eines Individuums auf Röntgenstrahlen im Vergleich zur Durchschnittsreaktion. Eine solche ist noch nie mit Sicherheit festgestellt worden. Die Frage drehte sich bisher nur um Erscheinungen der Haut, wo nur 10—15% Plus- und Minusschwankungen um das Mittel gefunden wurden. Dagegen kommen exo- und endogene „Kombinationsfaktoren“ vor, welche die Empfindlichkeit der Haut wesentlich steigern. Von den endogenen Reizen werden genannt Psoriasis, Tuberkulose, Diabetes, welche ebenso leicht erkannt werden können, wie die exogenen Reizzustände nach Höhen-sonne, Einreibungen, Wärme usw. Im Gegensatz dazu stehen die noch nicht manifesten Reize, wie z. B. ein Masernexanthem, kurz vor dem Ausbruch. Ein Fall mit latentem endogenen Hautbelastungsfaktor wird genauer beschrieben:

$\frac{1}{4}$  Jahr nach einer prophylaktischen Nachbestrahlung wegen amputierten Mammacarcinoms traten im bestrahlten Gebiet Blasen mit serösem Inhalt auf. An einigen Stellen bildeten sich kleine Nekrosen. Anfangs für eine Spätschädigung gehalten, zeigte der weitere Verlauf deutlich, daß es sich um einen Herpes zoster mit einzelnen aberrierenden Bläschen handelte. Levy-Dorn und Schreuss berichten in der Aussprache über ähnliche Fälle.

*Max Levy-Dorn* (Berlin).<sup>oo</sup>

**Scheerer, Richard: Wie entsteht bei Lupuskranken, die mit Quarzlicht behandelt wurden, typischer „Glasbläserstar“?** (Univ.-Augenklin., Tübingen.) Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 77, Juli-August-H., S. 30—33. 1926.

Bei 2 Pat. mit Lupus faciei (und Ektropium des Unterlides), die kurz nacheinander zur Klinik kamen, wurde einseitige Linsentrübung am hinteren Pol nach Art des typischen „Glasbläserstars“ festgestellt. Die Duplizität der Fälle und die Beschränkung des Stars auf die erkrankte Seite wiesen auf eine ursächliche Rolle der Lupusbehandlung hin. Es war im Laufe der Jahre kombinierte Röntgen-Quarzlichtbehandlung angewendet, vornehmlich aber Quarzlicht. Nach Einblick in die Krankengeschichten glaubt Verf. die Quarzlampe für die Linsenschädigung verantwortlich machen zu sollen. (Die Kranken waren keine Glasbläser.) Anscheinend hatten trotz Schutzmaßregeln für das Auge (deren Technik mitgeteilt wird), Strahlen doch auf die Linse einwirken können. Ein abschließendes Urteil ist noch nicht möglich. Die Fälle werden mitgeteilt, um zur Vorsicht anzuraten. (Experimentelle Bestrahlung von Kaninchenaugen mit Quarzlicht hatten bisher keine Linsentrübung zur Folge. Die Versuche, die sich vorerst allerdings nur über einige Wochen erstrecken, werden fortgesetzt.) *Junius* (Bonn).

**Moeller, Joergen: Un cas de surdit   unilatérale après radiothérapie.** (Ein Fall von einseitiger Taubheit nach Radiumtherapie.) Arch. internat. de laryngol., otol.-rhinol. et broncho-oesophagoscopie Bd. 5, Nr. 9, S. 1088—1090. 1926.

Bei einem 74 jährigen Mann wurden wegen eines Epithelioms der Nase in 2 Sitzungen je 20 mg Radiumelement durch 2 mm Blei gefiltert für 24 Stunden aufgelegt. 8 Tage nach der ersten Sitzung bekam der Pat. Schwindel und 8 Tage nach der zweiten Sitzung wurde er auf dem gleichseitigen Ohr völlig taub. Verf. führt dies auf eine Fernwirkung des Radiums zurück. (  dem der Meningen und   dem des Labyrinthes.) *L  scher* (Bern).

**MiBlack: 6 Monate Gefängnis für ein falsches Rezept.** Zeitschr. f.   rztl. Fortbild. Jg. 23, Nr. 20, S. 673—674. 1926.

Ein Arzt hatte einer Kranken als einmalige Dosis je 0,2 Morphinum und Cocain verschrieben. Durch telephonische Rücksprache mit dem Arzte glaubte der Apotheker irrigerweise die Dosis verabreichen und ein Ausrufezeichen auf dem Rezept nachträglich anbringen zu sollen. Die Kranke verstarb wenige Stunden nach Einnahme des Pulvers. Neben der Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht durch Abgabe eines falschen Rezeptes erblickte das reichsgerichtlich bestätigte Urteil eine besondere Fahrlässigkeit noch darin, daß der Arzt trotz der telephonischen Kenntnisnahme von seinem Versehen nicht alles in Bewegung gesetzt hatte, um das Rezept zweifelsfrei richtigzustellen. *Warsow* (Leipzig).

**Death from unnatural cause: Common law duty to notify.** (Tod aus unnatürlicher Ursache: Allgemeine gesetzliche Pflicht zur Anzeige.) *Lancet* Bd. 210, Nr. 16, S. 831. 1926.

Während der Beratung eines Gesetzes über die Geburts- und Todesbescheinigung wurde ein Zusatzantrag eingebracht, daß, wenn dem behandelnden Arzte die Todesursache unbekannt wäre oder der Tod auf Gewaltanwendung, Vernachlässigung, Gift oder sonstige unnatürliche Ursache oder ein Narkoticum zurückzuführen sei, dieser eine Anzeige an den Totenbeschauer machen solle. Dieser Antrag wurde abgelehnt, weil bereits jetzt es Pflicht eines jeden, nicht nur des Arztes sei, in solchen Fällen eine Anzeige zu machen. Doch sei diese allgemeine gesetzliche Bestimmung wenig bekannt.

*G. Strassmann* (Breslau).

**Heger, Marcel: Le médecin et les lois.** (Der Arzt und die Gesetze.) *Scalpel* Jg. 79, Nr. 45, S. 1007—1011. 1926.

Besprechung der strafrechtlichen und zivilrechtlichen Haftung des Arztes nach belgischem Gesetz. Auffallend hoch ist die Strafe bei Abtreibung durch einen Arzt: 10—20 Jahre Zwangsarbeit! Der belgische Arzt ist zur genauen Buchführung verpflichtet und muß die bezahlten Rechnungen mit Stempelmarken versehen (z. Z. 2%). Alle ärztlichen Zeugnisse, außer einigen namentlich angeführten, müssen mit einer Stempelmarke von fr. 1,— versehen werden.

*v. Stry* (Basel).

**Reinhold, H.: Der Arzt und der Okkultismus der Gegenwart.** *Zeitschr. f. ärztl. Fortbild.* Jg. 23, Nr. 22, S. 744—748 u. Nr. 23, S. 773—776. 1926.

Kritische Besprechung des Okkultismus, soweit er sich auf die Theorie Du Prels (spiritistische Deutung hypnotischer Erscheinungen, Astralleib) und die Anthroposophie Rudolf Steiners (Ausbildung von „Hellscherorganen“) erstreckt. Zu kurzem Referat nicht geeignet.

*Giese* (Jena).

**Meyer: Zum ärztlichen Berufsgeheimnis.** *Zeitschr. f. Bahn- u. Bahnkassenärzte* Jg. 21, Nr. 12, S. 286—292. 1926.

Zur Erörterung steht: Erstens, ist ein Augenarzt, der bei einem Lokomotivführer starke Herabsetzung des Sehvermögens und völligen Verlust des Farbenunterscheidungsvermögens findet, nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, der vorgesetzten Behörde Anzeige zu erstatten, und zweitens, macht er sich bei Unterlassung im Falle eines durch den Lokomotivführer herbeigeführten Eisenbahnunglückes als Mitschuldiger strafbar? Die Berechtigung zur Anzeige wird auf Grund der RGE. vom 10. 5. 05 über Pflichtenkollision aus § 300 StGB. zugegeben, nicht aber die Verpflichtung, die zweite Frage wird verneint. (Es gibt übrigens mehr als drei RGE. zum § 300 wie Verf. meint.)

*Giese* (Jena).

**Dix: Eigentum und Urheberrecht an Krankengeschichten.** *Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswesen* Jg. 22, H. 26, S. 820—824. 1926

In einem juristischen Gutachten war dargelegt worden, daß der Chefarzt eines Krankenhauses nicht verpflichtet ist, Urheberrecht und Eigentum an den Krankengeschichten dem Krankenhaus zu übertragen. Nach Dix muß aber Urheberrecht und Eigentum getrennt beurteilt werden. Kann man auch ersteres dem Hersteller der Krankengeschichten ohne weiteres zugestehen, so folgt doch aus der Art des Betriebes eines Krankenhauses (Ärztewechsel, Wiederkehr früher behandelter Kranker), daß eine zweckmäßige Fürsorge nur geleistet werden kann, wenn die Kontinuität der Behandlung durch das Eigentumsrecht der Krankenhausverwaltung an den Krankengeschichten gewahrt wird.

*Giese* (Jena).

**Schultze, Ernst: Ist der beamtete Arzt verpflichtet, den Versorgungsbehörden Krankengeschichten ohne Zustimmung des Betroffenen auszuhändigen?** *Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform* Jg. 17, H. 9/10, S. 447—457. 1926.

Entgegen der Auffassung des Reichsversorgungsgerichts vertritt Schultze die Ansicht, daß der an einer öffentlichen Krankenanstalt tätige beamtete Arzt in gleicher Weise wie der nichtbeamtete zur Wahrung des Berufsgeheimnisses auch den Versorgungsbehörden gegenüber verpflichtet ist. Maßgebend hierfür ist vor allem die ärztliche Ethik, da die Kranken, welche freiwillig ein öffentliches Krankenhaus aufsuchen, dies im Vertrauen auf die ärztliche Schweigepflicht tun und in dem behandelnden Arzt nicht den Beamten erblicken. Eine obligatorische Verletzung dieser Schweigepflicht würde das Vertrauen der Allgemeinheit zu den Krankenhäusern herabsetzen und daher



dem öffentlichen Interesse zuwiderlaufen. Ist schon im Strafrechtswesen die ärztliche Schweigepflicht weitgehend geschützt, wo es sich doch meist um viel schwerwiegendere Dinge handelt, so muß dies noch viel mehr für das Versorgungswesen gelten, in welchem nur geldliche Vorteile zur Diskussion stehen. Die Wahrung fiskalischer Interessen darf aber nicht als die sittlich höher zu bewertende Pflicht angesprochen werden, die den beamteten Arzt zwingen könnte, zu reden, während ihm § 300 Str.G.B. die Verpflichtung auferlegt, das Geheimnis zu wahren. Warsow (Leipzig).

**Josef, Eugen: Gesamtschuldnerische Haftung der zur Berufsausübung verbundenen Ärzte für Abgabe eines unrichtigen Gutachtens.** Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 32, Nr. 23, S. 327—328. 1926.

Verbinden sich Ärzte zur gemeinschaftlichen Berufsausübung, so erklären sie hiermit der Allgemeinheit, daß sie den durch die Sondertätigkeit jedes einzelnen von ihnen zu erzielenden Erwerb vergemeinsamen wollen, daß ferner bei der grundsätzlich von dem einzelnen gesondert auszuübenden Tätigkeit doch ein gewisses Zusammenwirken der Ärzte in jeder Krankenbehandlung stattfinden könne, indem einer dem anderen Vertretung und Beihilfe leisten will; das Vertragsverhältnis der Ärzte stellt sich also dar als eine Aufforderung an die Leidenden, den Ärzten gemeinschaftlichen Erwerb zuzuführen und ihre gemeinschaftliche Tätigkeit in Anspruch zu nehmen. Diese Aufforderung ist nach den §§ 157, 242 BGB. als das stillschweigende Versprechen der Ärzte auszulegen, daß, wie jeder aus des anderen Tätigkeit Vorteil ziehen, er auch ebenso für des anderen Verschulden haften will. Diese Haftung findet auch statt, wenn einer der Ärzte vom anderen Vergütung in bestimmter Summe erhält, ferner auch, wenn dem Kranken bei Anheftung eines der Ärzte das Bestehen der Verbindung unbekannt war. Dabei ist die Verbindung der Ärzte keine Gesellschaft im Sinne eines Betriebes einer Krankenanstalt (Gesellschaftsvertrag im Sinne des § 706 Abs. 3), sondern lediglich ein gesellschaftsähnliches Verhältnis. Verf. berichtet über folgenden Fall:

Zwei Ärzte hatten sich zu gemeinsamer Berufsausübung verbunden derart, daß beide im gleichen Hause ihre Berufszimmer hatten: die Kranken wurden im allgemeinen von demjenigen Arzt behandelt, mit dem sie den Dienstvertrag über die Behandlung abgeschlossen hatten; öfter aber wurden die Kranken auch an den anderen Arzt gewiesen, so daß ihnen mehrfach bald der eine, bald der andere Arzt Dienste leistete. Die Berufseinrichtungen waren gemeinsam; die Vergütung wurde gemeinschaftlich eingefordert und sodann geteilt. Ein Geschäftsreisender, der in dieser Weise behandelt worden war, erlitt durch Verschulden seines Dienstherrn einen Unfall. Nach beendeter Behandlung stellte der eine Arzt dem Reisenden ein Gutachten aus, daß die Erkrankung Folge des Unfalls gewesen sei, und daß dauernde Erwerbsbeschränkung vorliege. Auf Grund dieses Gutachtens erhob der Reisende Klage gegen den Dienstherrn auf Schadenersatz (Rente und Ersatz der Heilkosten), die abgewiesen wurde, weil nach dem Gutachten anderer Sachverständiger diese Annahme unbegründet und das abgegebene Gutachten als geradezu leichtsinnig ausgestellt, also als schuldhaft-unrichtig bezeichnet wurde. Nunmehr verlangte der abgewiesene Reisende von dem Arzt die Erstattung der Prozeßkosten, da ihn das Gutachten zum Prozeß veranlaßt habe. Der Arzt verstarb alsbald erlos. Darauf verlangte der Reisende Schadenersatz von dem anderen Arzte. Da der Anspruch an sich rechtlich begründet war, war der andere Arzt auch schadenersatzpflichtig. Ziemke (Breslau).

**Carlquist, Eric: Zur Frage der Haftpflicht seitens des Krankenhauses für Schäden, die durch Schuld des Krankenhauspersonals einem aufgenommenen Patienten zugestoßen sind.** Svenska läkartidningen Jg. 22, Nr. 50, S. 1409—1414. 1925. (Schwedisch.)

Einem wegen infizierter Fingerverletzung mit Lymphangitis und Lymphadenitis aufgenommenen Patienten wurde im Krankenhaus Sabbatsberg, Stockholm, durch eine erst 2 Monate als Krankenschwester-Elevin Angenommene statt „Sol. Natrii salicylici“ „Natronlaugenlösung“ gereicht. Die dadurch gesetzte Stenose der Speiseröhre (auf 7 mm Sondenweite) bedingte für den Betroffenen große Belästigung für die Nahrungsaufnahme und gleichzeitig eine Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit. Aus humanitären Gesichtspunkten war die Stadt Stockholm zwar zur Schadenersatzpflicht willig, führte aber den Prozeß wegen der präjudizierenden Bedeutung bis zum höchsten Gericht durch. In allen Instanzen wurde die Stadt als haftpflichtig verurteilt. Nach dem Urteil des höchsten Gerichtes ist die Stadt haftpflichtig für jeden Schaden, der bedingt ist durch Krankenhausangestellte oder durch irgendwelches vom Krankenhaus zur Krankenpflege angeleitete Personal. Da-

nach besteht kein Unterschied zwischen Schäden, die von einer angestellten Schwester oder einer Elevin verursacht werden.

Dieser Fall macht die Aufnahme von Bestimmungen über die Austeilung von Medizin an Patienten in der Instruktion der Krankenhäuser zu einer aktuellen Frage.

*Hans Haustein* (Berlin).<sup>o</sup>

### **Versicherungsrechtliche Medizin.**

**Wartenberg, R.: Beitrag zur Encephalographie und Myelographie.** (*Psychiatr. u. Nervenklin. u. Röntgenabt., chir. Klin., Univ. Freiburg i. B.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 77, H. 4, S. 507—531. 1926.

Wartenberg gibt zunächst eine Übersicht über die Encephalographie des Hirntraumas. Er bringt Fälle von posttraumatischer Epilepsie, von Hirnschädigung und Kopfverletzung beim Jugendlichen, von Pachymeningitis haemorrhagica interna und von Gehirnschädigung nach Commotio cerebri. Die bereits früher geäußerte Vermutung, daß auf diesem Gebiet die eigentliche Domäne der Encephalographie liegen dürfte, und daß diese Untersuchungsmethode besonders zur Klärung der Spätfolgen von Schädelverletzungen geeignet sei, findet hier eine weitere Bestätigung. Von Bedeutung ist besonders der encephalographische Nachweis von Schrumpfungsvorgängen nach Gehirnverletzungen. Diese Schrumpfungsvorgänge führen weiterhin zu einer „Gehirnwanderung“. In solchen Fällen zeigt dann das Encephalogramm, daß das ganze Ventrikelsystem gegen die Verletzungsstelle zu verzogen bzw. verschoben ist. Mitunter ist die Encephalographie die einzige neurologische Methode, die den objektiven und sicheren Nachweis der Gehirnbeteiligung zu erbringen vermag. Andererseits darf natürlich ein positiver encephalographischer Befund nicht in jedem Falle einen Freibrief für die vielen Rentenhysteriker nach Kopftrauma bedeuten. Erwähnenswert ist, daß die Lufteinblasung in manchen Fällen erstaunlich gut vertragen wird (worauf auch Ref. bereits hingewiesen hat).

*Taterka* (Berlin).<sup>o</sup>

**Müller-Hess und Hey: Forensische Medizin. I. Die Beurteilung der sogenannten „Unfallneurosen“.** Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Jg. 17, H. 9, S. 1—11. 1926.

Müller-Hess und Hey bringen eine lesenswerte Zusammenfassung des modernen, grundsätzlich ablehnenden Standpunktes der wissenschaftlichen Psychiatrie gegenüber dem alten Begriff der Unfallneurose; die diesem ablehnenden Standpunkt voll entsprechende „grundsätzliche Entscheidung“ des Reichsversicherungsamts vom 24. September 1926 war den Verff. noch nicht bekannt. Wenn sie daher am Schluß ihres Referates schließlich für die „psychopathischen Reaktionen“ doch eine Ausnahme machen und für sie Rentenberechtigung unter Umständen anerkennen wollen, so stehen sie damit im Gegensatz zur Mehrzahl der Psychiater und nun auch im Gegensatz zum Reichsversicherungsamt.

*Stier* (Berlin).<sup>o</sup>

**Aschaffenburg, Gustav: Zur Frage der psychogenen Reaktionen und der traumatischen Neurosen.** Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 38, S. 1594—1595. 1926.

Verf. ist kein großer Freund der, neuerdings von Bonhoeffer und His nochmals niedergelegten, jetzigen Anschauungen über die sog. traumatische Neurose und bringt eine Anzahl Einwände. Er verweist z. B. auf die bei manchen „Traumatikern“ festzustellenden und nicht ohne weiteres seelisch zu erklärenden Symptome, wie die Alkoholintoleranz, die alimentäre Glykosurie, die gelegentlich zu beobachtende, frühzeitig und schnell sich entwickelnde Atherosklerose (Adrenalinwirkung?). Ferner gäbe es Ausnahmen von der Regel, daß ohne Entschädigungsmöglichkeit eine Neurose nicht auftrete. Nicht alle Abgefundenen werden gesund, nicht alle Kriegsneurotiker sind geheilt worden, wenn Entschädigungsansprüche nicht mehr zu erheben waren. Nicht immer sei es nur der Wunsch, der die Neurose erzeuge. Schwere nervöse Reaktionen können auch ohne jede Aussicht auf Ersatzpflicht auftreten usw. Ref. ist der Ansicht, daß diese Einwände grundsätzlich sämtlich schon widerlegt sind. Das Vorkommen echter neuropathischer und psychopathischer Unfallreaktionen wird meines Wissens ausdrücklich allseitig anerkannt; aber derartige Reaktionen schwinden wieder,

meist nach ganz kurzer Zeit. Ferner wird ganz allgemein zu wenig berücksichtigt, daß einerseits ein großer Teil der konstitutionellen Nervositätsformen, Psychopathien usw., andererseits aber auch der vorzeitigen Alterserscheinungen auf körperlichem und seelischem Gebiete überhaupt ohne jede äußere Ursache oder einmalige Teilursache aufzutreten pflegt. Die zeitliche Folge einer solchen Nervosität oder Organismusveränderung auf den Unfall darf in diesen Fällen am allerwenigsten zu der Schlußfolgerung des ergo propter hoc führen.

Reichardt (Würzburg).

**Heidrich, Leopold:** Zur Diagnose der Kommotionsneurosen. (*Chir. Univ.-Klin., Breslau.*) (50. Tag. d. dtsh. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 7.—10. IV. 1926.) Arch. f. klin. Chir. Bd. 142, Kongreßber., S. 772—788. 1926.

Heidrich bringt in der kleinen Arbeit 4 Röntgenbilder von Schädeln nach Luft-einblasung, bei denen sämtlich wohl zweifellos als pathologisch anzusehende Veränderungen an den Ventrikeln oder anderer Art zu sehen sind. Alle 5 Patienten hatten  $1\frac{1}{2}$ —6 Jahre vorher ein Schädeltrauma durchgemacht, dadurch daß sie einen Schlag auf den Kopf bekommen hatten, bzw. aus 2—3 m Höhe heruntergefallen waren. In allen Fällen soll Bewußtlosigkeit für kurze Zeit, 2 mal für etwas längere Zeit aufgetreten sein. Nach einer bis zu 6 Jahren sich erstreckenden beschwerdefreien Zeit wurde dann wegen Klagen über Kopfschmerzen die Encephalographie vorgenommen. In einem Fall (Fall 3) wurde der Betreffende „als Neurastheniker beurteilt und mit seinen Rentenansprüchen abgewiesen“, in den übrigen Fällen wird von einer Abweisung unter Ablehnung eines krankhaften Hirnbefundes nicht berichtet. H. sieht in allen 5 Fällen die pathologischen Befunde als Folge der alten Schädeltraumen an und kommt zu dem Ergebnis, daß, wenn wir nicht bei unklaren Rentenfällen, in denen über nervöse Beschwerden nach Schädeltraumen geklagt wird, die Liquorresorptions- und Passageprüfung und Encephalographie vornehmen, „unser Urteil nicht genügend begründet ist“.

Referent behält sich vor, an anderer Stelle ausführlich die gegen einen solchen Standpunkt bestehenden Bedenken darzulegen. An dieser Stelle sei nur darauf hingewiesen, daß im Falle der Anerkennung der These von Heidrich ein völliger Bankrott unserer neurologischen Begutachtung in Rentenfällen die Folge sein müßte. da selbstverständlich jetzt nur ein minimaler Teil, bei Bekanntwerden dieser Situation keiner von den Rentennachsuchenden nach Schädeltraumen sich den schmerzhaften und trotz allem nicht ungefährlichen Prozeduren, besonders der Encephalographie unterzieht bzw. unterziehen wird. Daß wir Neurologen aber uns zur Beurteilung der subjektiven Beschwerden nach erwiesener oder behaupteter Hirnerschütterung für unzuständig erklären müßten, würde doch erst dann erwiesen sein, wenn H. eine größere Zahl von Fällen bringen könnte, in denen er mit seinen Methoden einen sicher krankhaften Befund, unsre besten neurologischen Fachärzte mit den bisher üblichen Methoden nach eingehendster Untersuchung und Beobachtung dagegen krankhafte, durch den Unfall sicher bedingte Symptome nicht aufgefunden hätten und so für den Betreffenden zu ungünstigen Beurteilungen gekommen wären. Ein solcher Beweis ist aber durch diese neue Arbeit von H. auch nicht andeutungsweise erbracht. Denn selbst in dem einzigen Fall 3, in dem der Betreffende vorbegutachtet und mit seinen Rentenansprüchen abgewiesen war, handelt es sich um einen Mann, der 6 Jahre lang noch nach dem Unfall als Steinarbeiter völlig tätig gewesen war; und ob der erhöhte Liquordruck, die geringe Erweiterung an einem Ventrikelteil und die Luftschatten an der Konvexität des Stirnhirns, die H. durch Encephalographie dann bei ihm festgestellt hat, wirklich Folgen des 6 Jahre zurückliegenden Unfalles sind, erscheint bei dieser Sachlage doch keinesfalls erwiesen. Auch fehlt der Name des Neurologen, der ihn vor der Abweisung untersucht und der genaue Befund, der dabei von diesem Neurologen erhoben worden ist. Wir Neurologen werden aus der Arbeit von H. viel auch für uns wichtige und für unsre Begutachtung förderliche Tatsachen und Gesichtspunkte entnehmen können. Die Arbeit ist jedoch nicht geeignet, uns einen neuen zur Begutachtung in Rentenfragen wirklich gangbaren Weg zu zeigen und unser Vertrauen zu unsern bisherigen Untersuchungsmethoden irgendwie zu erschüttern. Stier.

**Reichmann, V.:** Zur Frage der traumatischen Entstehung der Epilepsie. (16. Jahresvers. d. Ges. dtsh. Nervenärzte, Düsseldorf, Sitzg. v. 24.—26. IX. 1926.) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 94, H. 1/6, S. 177. 1926.

Vortr. hat das Material an Schädelbrüchen der Knappschaftsberufsgenossenschaft, Sektion II, bezüglich der Häufigkeit epileptischer Anfälle einer Durchsicht unter-

zogen und kommt daraufhin zu folgendem Ergebnis: 1. Epileptiforme Anfälle traten unter 613 Fällen von Schädelbrüchen 23 mal = 3,7 Proz. auf. 2. Sie sind häufiger bei Schädeldachbrüchen als bei Basisbrüchen. Ohne Hirnverletzungen sind sie aber auch bei Dachbrüchen selten. 3. Fraglos besteht eine besondere Neigung zu epileptiformen Anfällen bei Verletzungen der linken Schädelseite (Os parietale). (Ob das Umgekehrte bei Linkshändern der Fall ist, erscheint möglich.) 4. Die traumatische Epilepsie unterscheidet sich von der genuinen darin, daß sie a) häufig mit schweren cerebralen Lähmungen einhergeht, b) etwa zur Hälfte Jacksonschen Typus zeigt, c) häufig ein An- oder Anschwellen der Krämpfe erkennen läßt. *Autoreferat.*

**Pette, H.: Über zwei für die Unfallpraxis wichtige Fälle von Kopfverletzung mit tödlichem Ausgang.** (*Univ.-Nervenklin., Hamburg-Eppendorf.*) *Ärztl. Sachverst.-Zeit.* Jg. 32, Nr. 19, S. 257—262. 1926.

Fall 1: 22jähr. Mann. Tödliche Spätblutung aus einem Aneurysma dissecans der A. communicans anterior als Folge eines Schädeltraumas beim Fußballspiel. Das Trauma ging  $\frac{1}{2}$  Jahr der Blutung voraus; in der Zwischenzeit bestanden ununterbrochen Kopfschmerzen in allerdings sehr wechselnder Intensität, gelegentlich auch leichte Ohnmachten. Patient war in dem Augenblick vom Fußtritt eines Mitspielers am Kopf getroffen worden, als er nach einer plötzlichen Wendung des Körpers und Kopfes den Fußball auffangen wollte. Die Summation stark zerrender Gewalten begünstigte wohl die Erkrankung der basalen Hirngefäße, die an den Stellen, an denen sie an die knöcherne Schädelbasis fixiert sind bzw. durch sie durchtreten, maximal angespannt wurden, was sich auch auf die nahe gelegenen Gefäßbifurkationen auswirkte. Es lagen also gute Vorbedingungen für das Entstehen einer Gefäßruptur vor. Vater des Patienten starb an Paralyse; vielleicht spielt also eine kongenitale Lues bei der Gefäßruptur eine Rolle mit. Trotzdem ist an einem ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und tödlicher Blutung nicht zu zweifeln.—Fall 2: Staphylokokkenmeningitis mit Hydrocephalus internus im Anschluß an eine oberflächliche Kopfverletzung als Folge eines entscheidungspflichtigen Betriebsunfalles. *Mendel.*<sup>oo</sup>

**Auvray: L'apoplexie traumatique tardive.** (Die traumatische Spätapoplexie.) *Bull. de l'acad. de méd.* Bd. 96, Nr. 40, S. 401—405. 1926.

Verf. hat im Anschluß an eigene Beobachtungen 95 Fälle aus der Literatur zusammengetragen, bei denen im unmittelbaren Anschluß an ein stumpfes Schädeltrauma sich keine irgendwie schwereren Cerebralsymptome zeigten, während in der Folgezeit, nach Tagen, Wochen oder gar Monaten, mehr oder weniger rasch ausgesprochene apoplektische Symptome auftraten. Von den 81 bei Operation oder Sektion autopsisch kontrollierten Fällen fanden sich bei 54 meningeale Blutungen, davon nur 3 extradurale; die cerebralen Blutungen waren naturgemäß sehr verschiedener Lokalisation und Ausdehnung. Die Kenntnis dieser Spätblutungen ist chirurgisch wichtig, da baldmögliche Trepanation angezeigt ist, welche auch bei cerebraler Blutung durch Druckentlastung beste Wirkung hat. Versicherungsrechtlich ist zu betonen, daß zwar die durch Arteriosklerose, Lues usw. bedingten Gefäßalterationen eine Prädisposition schaffen, bei der das Trauma nur eine Gelegenheitsursache zur Apoplexie darstellt, daß aber in zahlreichen Fällen eine traumatische Spätblutung bei jugendlichen Personen beobachtet wurde, wo also das Trauma zweifellos ausschließliche Ursache war. Für die Anerkennung einer Spätapoplexie als Unfallfolge verlangt Verf. betreffs des örtlichen Zusammenhanges den Nachweis eines schwereren Schädeltraumas, betr. des zeitlichen Konnexes die Begrenzung des Zeitraumes zwischen Trauma und Apoplexie auf 3, höchstens 4 Monate. Auf Brückensymptome ist besonders zu achten. Bei Operation bzw. Sektion wird es von Wichtigkeit sein, etwaige Verletzungsspuren festzustellen, wie Schädelfissuren, Hämatome der Meningen, ausgedehnte Zerstörungen der nervösen Zentren, multiple Läsionen verschiedener Gehirngegenden u. dgl. Es werden aber stets Fälle übrigbleiben, bei denen eine Entscheidung sehr schwierig ist.

Warsow (Leipzig).

**Enke, Willi: Psychopath und Unfall.** (*Unfallnervenheilanst. „Bergmannswohlt“, Schkeuditz.*) *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie* Bd. 104, H. 1/2, S. 121—156. 1926.

Ref. bespricht an Hand einiger Fälle die Bedeutung der psychopathischen Konstitution im Rentenverfahren. Die psychoreaktiven Symptome werden durch die beson-

dere pathologische Veranlagung und Erlebnisweise des Unfallverletzten bestimmt. Die soziale Gesetzgebung in ihrer gegenwärtigen Fassung fördert bei Psychopathen nur die Rentensucht und damit das Entstehen hysterischer Erscheinungen. Eine entsprechende Änderung der sozialen Gesetzgebung erscheint um so notwendiger, als sie in ihrer jetzigen Form die Erlangung einer Rente relativ einfach erscheinen läßt und damit gewisse Individuen in Versuchung bringt, einen Unfall bewußt oder unbewußt, z. B. in Form einer Fehlhandlung, zu provozieren. *Eigenbericht (durch Kretschmer).*

**Steindl, Hans:** *Zur Frage der traumatisch degenerativen Rückenmarksveränderungen.* (II. chir. Univ.-Klin., Wien.) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 39, Nr. 19, S. 524 bis 527. 1926.

Mitteilung eines interessanten Falles traumatisch degenerativer Rückenmarksveränderung aus der Hocheneggischen Klinik. Die Diagnose war im vorliegenden Falle äußerst schwierig. Lumbalpunktion, Lipojodfüllung des Wirbelkanals ließen bestehende Kompression des Rückenmarks, extradurale lokale Blutung, Zerreißung der Dura und submeningeale Blutung ausschließen. Bei dem weiteren schweren, schließlich zum Exitus führenden Verlauf wurde nach Ausschließung bloßer Schockwirkung an einer schweren intramedullären Schädigung festgehalten. Es wurde ein im oberen Brustmark befindlicher, begrenzter Zerstörungsherd im Sinne einer scheinbar zusammenhängenden, herdförmigen Zertrümmerung oder teilweisen Zerreißung der Rückenmarkssubstanz oder einer spinalen traumatischen Apoplexie mit sekundärer Rückwirkung auf die nervöse Substanz angenommen, demgemäß die konservative Therapie eingeschlagen. Die Obduktion ergab leichte Kompressionsfraktur des VI. Halswirbels, die auf den Röntgenbildern nicht zum Ausdruck gekommen war, leichte Stufenbildung gegen den Wirbelkanal in dem Sinne, daß das untere Fragment des gebrochenen Wirbelkörpers etwa 0,5 mm nach rückwärts vorsprang. Keine Verletzung der Wirbelbögen. Keine Verbiegung der Wirbelsäule. Keine Anzeichen für eine früher stattgehabte intra- oder extradurale Blutung. Makroskopisch zeigte das Rückenmark keine Veränderung. Mikroskopisch wurden multiple Erweichungsherde in der Halsanschwellung des Rückenmarks mit Degeneration der durch dieses Gebiet laufenden Nervenbahnen festgestellt. Nach dem makroskopischen und mikroskopischen Befunde war direkte Quetschung auszuschließen. Gegen die Kontusion des Rückenmarks sprach das Fehlen des gleichmäßigen Betroffenseins sämtlicher Gewebelemente und die Abwesenheit von auf Ausheilungsbestrebungen abzielenden Gewebsveränderungen.

Per exclusionem kommt Verf. zur Ansicht, daß das Trauma eine Erschütterung des Rückenmarks bedingt hätte, bei der nur die empfindlichsten und am wenigsten widerstandsfähigen und hochdifferenziertesten Gewebsteile, d. h. die nervösen Elemente, verteilt zu Schaden gekommen sind. Er bezeichnet es als eine *Commotio medullae spinalis* mit lokaler Auswirkung. Unter Hinweis auf klinische und experimentelle Arbeiten über dieses Gebiet setzt Verf. das Zustandekommen derartiger Krankheitsbilder auseinander. Insbesondere werden die über Wesen und Entstehung der an traumatische Einwirkungen sich anschließenden degenerativen Rückenmarksveränderungen angestellten Untersuchungen und festgestellten Befunde erörtert. Sie stehen im engen Zusammenhang mit der Streitfrage über die *Commotio medullae spinalis*, unter die auch vom Verf. mitgeteilter Fall fällt.

*H. Stegemann (Königsberg).* °°

**Ricci:** *Acutezza visiva e percentuale di indennità per infortunio sul lavoro.* (Sehschärfe und Prozentsatz der Entschädigung für Unfall.) (*Soc. ital. di oft., Roma, 27.—30. X. 1925.*) *Atti d. Congr. d'oft.* S. 353—356. 1926.

Verf. tritt dafür ein, daß man der Schätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit nicht die Fernsehschärfe allein, sondern das Mittel von Fern- und Nahsehschärfe zugrunde legen sollte. In der Praxis wird die Höhe des Schadens nach einer Tabelle berechnet, in welcher ein bestimmter Grad der Sehschärfeminderung einem bestimmten Prozentsatz von Schädigung der Erwerbsfähigkeit entspricht. Es wird aber stets eine gewisse Ungerechtigkeit dadurch entstehen, daß die verschiedenen benutzten Sehprobentafeln ganz ungleichwertig sind. Verf. hat selbst bestimmte Formeln zur Berechnung des Schadens aufgestellt. Er unterscheidet 3 verschiedene Lagen: 1. Einseitige Minderung der Sehschärfe. a) Eine Herabsetzung der Sehschärfe bis auf sieben Zehntel bedingt keine Minderung der Erwerbsfähigkeit. b) Herabsetzung unter ein Zwanzigstel ist gleichbedeutend mit Blindheit. c) Die erhöhte Schädigung steht im unmittelbaren Verhältnis zur Herabsetzung des Sehvermögens. 2. Einseitige Herab-

setzung des Sehvermögens bei Blindheit des anderen Auges. Hier bedeutet nach Ansicht des Verf. schon eine Herabsetzung des Visus bis auf ein Fünfzehntel praktische Erblindung bzw. volle Erwerbsunfähigkeit. 3. Für doppelseitige Herabsetzung des Sehvermögens durch Unfall bedarf es keiner Aufstellung besonderer Regeln, da die Berechnung sich aus der Zusammenstellung der beiden vorhergehenden Fälle ergibt. *Peppmüller (Zittau).*

**Wätzold, Paul: Die Begutachtung von Augenkrankheiten.** Berlin. Fortbildungskurs f. Augenärzte, Oktober 1925, S. 224—231. 1926.

Die Abschätzung des Sehvermögens ist schwierig, da der Untersucher auf die Angaben des Geschädigten angewiesen ist. Daher ist das Ergebnis der ersten Untersuchung für die spätere Begutachtung oft von ausschlaggebender Bedeutung. — Keratitis parenchymatosa kann auf dem verletzten Auge unter Umständen als Unfallfolge gelten, nicht aber die Erkrankung des 2. Auges. — Entzündungen und vorübergehende Hyperämien der Bindehaut sollten auseinander gehalten werden. Überanstrengungen des Auges verursachen keine Entzündung. — Klagen Augenverletzter über Kopfschmerzen und Neuralgien können nur dann als Unfallfolge angesehen werden, wenn das verletzte Auge noch vorhanden ist und entsprechende krankhafte Veränderungen aufweist, nicht aber, wenn das verletzte Auge (nach Enucleation) überhaupt nicht mehr vorhanden ist. Bei Erkrankungen der Regenbogenhaut und des Sehnerven nach Traumen muß natürlich jede andere mögliche Erkrankungsursache in Betracht gezogen werden. — Traumatische Veränderungen der Netzhaut-Aderhaut können leicht übersehen werden, verdienen also besondere Aufmerksamkeit. — Bösartige Geschwülste können durch Traumen am Auge nicht entstehen, aber unter Umständen in ihrem Wachstum beschleunigt werden. — Bei Augenmuskellähmungen und Doppelbildern ist das Ergebnis der Funktionsprüfung kritisch zu sichten, ohne dem Untersuchten bezüglich der Richtigkeit seiner Angaben irgendwelche Mitteilungen zu machen. — Refraktionsstörungen können nur durch erhebliche traumatische Veränderungen an den brechenden Medien (Hornhaut, Linse) entstehen. Entstehung oder Verschlimmerung der Kurzsichtigkeit durch eine besondere Tätigkeit hat Wätzold bisher nicht beobachtet. — In den Gutachten soll der Ausdruck „möglich“ vermieden werden, das Urteil bestimmt sein. Bei der Beurteilung der Erwerbsminderung ist die Art der Beschäftigung des Beschädigten zu berücksichtigen. Der Begriff der Gewöhnung behält seine Bedeutung, denn die Zahl der Unfallverletzten, die durch Verlust eines Auges eine dauernde Erwerbseinbuße erleiden, ist gering. Die Ergebnisse früherer Gutachter dürfen nicht außer acht gelassen werden, damit nicht ohne Not durch widersprechende ärztliche Urteile das Ansehen der ärztlichen Gutachtertätigkeit beeinträchtigt wird. Arbeitsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit sind verschiedene Dinge. Erstere sollte nicht allein nach den Klagen des Verletzten beurteilt werden. Praktisch Blinde brauchen nicht auch hilflos zu sein. Verliert ein Einäugiger das 2. Auge durch einen Unfall, so ist er voll erwerbsunfähig und hilflos und muß entsprechend voll entschädigt werden. Erblindet ein Einäugiger auf dem 2. Auge durch einen nicht entschädigungspflichtigen Unfall, so tritt zur bisherigen unverminderten Rente nur die Hilflorenzulage. Prothesenträger sind einfach Erblindeten gegenüber stärker geschädigt. Sie verdienen daher (z. B. in dem Falle, daß ein bereits blindes Auge infolge einer Unfallverletzung entfernt werden und durch ein Kunstauge ersetzt werden muß) eine Rente von 10%. Die Bedeutung der ärztlichen Gutachtertätigkeit erfordert, daß ihr in der Prüfungsordnung gleicher Wert beigemessen wird wie der sozialen Medizin. *J. Jendralski (Gleiwitz).*

**Siegrist: L'influence de l'état antérieur sur les accidents du travail.** (Die Bedeutung des vorhergehenden Körperzustandes für gewerbliche Augenverletzungen.) *Ann. d'oculist.* Bd. 163, H. 10, S. 721—730. 1926.

Krankhafte Veränderungen allgemeiner oder lokaler Natur können Augenverletzungen komplizieren. Bei Vorhandensein allgemeiner Tuberkulose kann durch ein Trauma exogen oder endogen das Auge tuberkulös erkranken. Bei Skrofulösen können

schon leichte Augenverletzungen (Staub, Fremdkörper) Entzündungen der Bindehaut und der Hornhaut verursachen. Kontusionen des Auges bei Lues congenita können Keratitis parenchymatosa, bei akquirierter Lues spezifische Uvealerkrankungen, ein Schädeltrauma syphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems mit Beteiligung des Sehnerven auslösen. Die Bedeutung der Arteriosklerose und der Hämophilie für die Entstehung übler Augenkomplikationen nach Trauma braucht nur erwähnt zu werden. Die praktische Wichtigkeit lokaler krankhafter Zustände, welche Augenverletzungen komplizieren können, mag nur kurz angedeutet werden: Exophthalmus, Hydrophthalmus (erhöhte Verletzungsgefahr des Bulbus), Linsenektopie (Gefahr völliger Luxation), hochgradige Myopie (Neigung zur Amotio retinae), infektiöse Prozesse in der Umgebung des Auges z. B. Hordeolum, Dakryocystitis (Ulcus serpens, Panophthalmie). Intraokulare Tumoren entstehen nicht durch Traumen, können aber zu rascherem Wachstum angeregt werden. Alte Augenveränderungen an Hornhaut, Sehnerv, Netzhaut, Aderhaut, müssen vom ersten Untersucher des Augenverletzten beachtet und festgelegt werden, damit späteren unberchtigten Ersatzansprüchen entgegengetreten werden kann.

Jendralski (Gleiwitz).

**Schlittler, E.: Über den Einfluß des Vorzustandes auf die Unfallsfolgen vom ohrenärztlichen Standpunkt aus.** (*Otolaryngol. Univ.-Klin., Basel.*) (*Jahresvers. d. Ges. schweiz. Unfallärzte, Zermatt, Sitzg. v. 3. VII. 1926.*) Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 56, Nr. 51, S. 1244—1247. 1926.

Nach dem Material der Schweizer Unfallversicherungsanstalt Luzern kommen auf durchschnittlich 138 000 Verletzungen pro anno 2,5—3,02% Ohrverletzungen und 6,4—7,7% Nasenverletzungen. Bei Ohrverletzungen ist in 20—25% der Fälle Mittel- und Innenohr in Mitleidenschaft gezogen. Da etwa jeder dritte Erwachsene irgendeine Anomalie im Bereich des Ohres, jeder zweite im Bereich der Nase hat, spielt die Frage eine große Rolle, inwieweit diesem Vorzustand Schuld an den Folgen des Unfalles beizumessen ist. An den oberen Luftwegen ist eine sorgsame Ausschlussdiagnose erforderlich; die vielen knapp gebrachten Einzelheiten sind nachzulesen. Nur auf die Möglichkeit von endokraniellen und septischen Komplikationen durch den Unfall bei bestehender Entzündung in Nase und Nebenhöhlen, selbst ohne daß die Schädelbasis einen Sprung bekommen hat, sei hingewiesen. An einem Beispiel bezieht Schlittler sogar eine akute Otitis media nach Fall auf den Kopf mittelbar auf einen frischen Schnupfen. Ähnlich, aber noch verwickelter ist die Sachlage bei Ohrschädigungen. Vor allem muß sofort nach dem Unfall eine otoskopische und funktionelle Untersuchung des Ohres bzw. des N. cochlearis und vestibularis vorgenommen werden, die sachkundig genug ist, um nicht durch Niederlegung irrtümliche Befunde — wie „Perforation“, „Anwesenheit von Blut“ — später jede fachärztliche Nachuntersuchung vor unüberbrückbare Schwierigkeiten zu stellen. Grundsätzlich serologische Untersuchung ist zu raten. Der Nachweis eines Zusammenhanges zwischen tödlicher Komplikation und Mittelohreiterung ist einwandfrei nur autoptisch, insbesondere in mikroskopischen Schnittserien zu erbringen; Schwindel und Ohrgeräusche auf Bestehen ante trauma zu prüfen, bedingt penible Fachkenntnis. Zuletzt folgt der wichtige Hinweis darauf, bei Unfällen im Wasser nicht zu vergessen, sich über die Integrität des Trommelfelles gegebenenfalls noch in mensa zu unterrichten, da, abgesehen vom Eindringen des Wassers durch die Tuben in die Luftwege, plötzlich einsetzende kalorische Labyrinth-erregungen durch Desorientierung unter Wasser das Ertrinken veranlaßt haben könnten.

Klestadt (Breslau).

**Brüning, F.: Zur Frage der traumatischen Appendicitis.** Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 42, S. 1779—1780. 1926.

Die Entstehung einer traumatischen Appendicitis ist auf verschiedene Weise möglich. Es kann zu einer direktem Quetschung des Wurmfortsatzes kommen, die entweder mittelbar zur Perforation oder zu einem im Verletzungsbezirk sich entwickelnden, entzündlichen Prozeß führt. Es kann aber auch eine indirekte Schädigung dadurch

eintreten, daß ein Trauma das gefüllte und gespannte Coecum trifft und nun Cöcalinhalt in den Wurmfortsatz hineingepreßt wird. Die auf diese Weise bedingte Inhaltsstauung im Wurmfortsatz begünstigt dann unmittelbar die Entstehung einer Appendicitis. Auch eine durch ein Trauma ausgelöste Darmblähung kann zur Stauung im Coecum und Wurmfortsatz führen und so die Entstehung einer nachfolgenden Entzündung vorbereiten. Bei aller Seltenheit muß doch die Möglichkeit einer traumatischen Appendicitis anerkannt werden. Es ist dies außerordentlich wichtig für die Unfallbegutachtung. Denn bei der vielfach herrschenden Ansicht von der angeblichen traumatischen Unverletzbarkeit des normalen Wurmfortsatzes könnten so berechnete Ersatzansprüche von Unfallgerichten abgewiesen werden, wofür Verf. Belege beigebracht hat. Für die Anerkennung eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Appendicitis und Unfall stellt Verf. folgende Kriterien auf: 1. Es muß der Beweis erbracht sein, daß wirklich eine Gewalteinwirkung stattgefunden hat. 2. Die Gewalteinwirkung muß im allgemeinen zeitlich begrenzt gewesen sein. 3. Die Gewalteinwirkung muß geeignet sein, den Wurmfortsatz so zu schädigen, daß er an einer Entzündung erkranken kann. 4. Es müssen sich im unmittelbaren Anschluß an die Gewalteinwirkung Erscheinungen einstellen, welche auf eine Schädigung des Wurmfortsatzes hindeuten und andauern, bis die Appendicitis manifest geworden ist. *L. Duschl.*

**Sonntag: Ganglion und Unfall.** Med. Klinik Jg. 22, Nr. 49, S. 1893—1894. 1926.

Gutachter weist darauf hin, daß Überbeine (Ganglien) nach dem heutigen Stande der Heilkunde als Erweichungsvorgänge traumatisch-entzündlicher Natur (Degenerationscysten) meist in der Nähe einer Gelenkkapsel oder von Sehnen auftreten. Ihre Entstehung läßt sich auf häufige Reize, Überanstrengung, ständigen Druck, Zerrungen, Dehnungen u. dgl. zurückführen; eine einmalige Verstauchung als Entstehungsursache wird als fraglich, keinesfalls als Regel bezeichnet. Mit dieser Ansicht decken sich die Urteile der maßgebenden Fachärzte. Die ersten Erscheinungen bleiben längere Zeit verborgen und äußern sich erst bei einer gewissen Größe in leichten Bewegungsstörungen, neuralgischen Schmerzen und ähnlichen Beschwerden. Das Wachstum geht langsam vor sich, wird häufig durch Stillstand oder auch zeitweiligen Rückgang unterbrochen und geht nicht oft über Walnußgröße hinaus.

Im vorliegenden Falle lag bei einem 35jährigen Former zwischen dem Unfall (Fußverstauchung) und der Operation des Überbeins (etwa dreimarkstückgroß) ein Zeitraum von ca. 4 Monaten; da aber erfahrungsgemäß Überbeine bis zum Reifwerden bzw. bis zum Anwachsen zu einer solchen Größe eine geraume Zeit brauchen — in dem begutachteten Falle wird die Zeit von der Entstehung bis zur Operation auf mindestens  $\frac{1}{2}$  Jahr geschätzt — und weiterhin bei dem Patienten Senkfuß besteht, welcher für die Entstehung von Überbeinen günstige Vorbedingungen schafft, so wird für die Entstehung des Überbeins ebenso wie für die Verstauchung das Bestehen des Senkfußes „mit hoher Wahrscheinlichkeit“ als Anlaß angenommen. *Ollendorff* (Berlin-Schöneberg).

**Broex, D.: Der Einfluß der gesetzlichen Unfallversicherung auf unsere Vorstellungen über die sogenannte Arthritis deformans.** Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 70, 2. Hälfte, Nr. 11, S. 1181—1191. 1926. (Holländisch.)

Es wird unterschieden zwischen konstitutioneller Arthritis deformans und traumatischer deformierender Gelenkerkrankung. Die erstere wird nach Caro charakterisiert durch spontane Entstehung, Ergriffensein verschiedener Gelenke, mangelndem Gelenkerguß, selten vorkommender Muskelatrophie, ulnares Abweichen der Finger als häufiges Anfangssymptom und Schmerz als erste Äußerung der Krankheit. Anatomisch finden sich degenerative Veränderungen an Knorpel und Knochen vergesellt mit Knochenwucherung und Kapselverdickung. Nach Ewald tritt der Schmerz häufig durch eine Gelegenheitsursache auf, welche die durch die Erkrankung labile Synovialmembran reizt und in Entzündung versetzt. Diese Gelegenheitsursache kann sehr geringfügig sein, so daß ein normales Gelenk nicht schädigen würde. Aus der eigenen Unfallpraxis werden typische Beispiele dieser Art angeführt, wo sich bei näherer Untersuchung erhebliche Veränderungen auch in den nicht vom Unfall betroffenen Gelenken zeigten. Solche Fälle sind demnach nur mit großer Vorsicht als Unfallfolgen zu bewerten, es wird vor allem verlangt, daß das Unfallgeschehen von einiger Bedeutung war, daß es akut entstehende Veränderungen und Aussetzen der Arbeit zur Folge hat und Kontinuität in Klagen und den Erscheinungen besteht. Die traumatische deformierende Gelenkerkrankung ist im Gegensatz hierzu monoartikulär, es sei denn, daß zwei Gelenke



vom selben Unfall betroffen werden. Die anatomischen Veränderungen sind im Beginn oft sehr gering, der Beginn der Klagen schließt sich unmittelbar an den Unfall an, und starke Muskelatrophie ist die direkte Folge. Später auftretende Knorpel- und Knochenveränderungen müssen immer durch eine statische Veränderung bedingt sein. Dabei ist es nicht notwendig, daß das Trauma direkt das Gelenk betroffen hat. So können Veränderungen der Wirbelgelenke durch Verletzung eines Wirbelkörpers bedingt sein (Mürk-Janssen). Es wird die Forderung aufgestellt, daß die beiden Krankheitsbilder bei der Beurteilung von Unfallsfolgen scharf auseinandergehalten werden, daß man sich niemals auf die Röntgenuntersuchung eines Gelenks beschränkt und nicht einen nur als Schmerzauslöser wirkenden Unfall für die Gelenkveränderungen verantwortlich macht. C. E. Jancke (Charlottenburg).<sup>oo</sup>

**Oeder, Jürgen: Lungenembolie nach Korrektionsosteotomie einer deform geheilten Knöchelfraktur.** (*Heilanst. d. e. V. Krüppelhilfe, Dresden.*) Zentralbl. f. Chir. Jg. 53, Nr. 45, S. 2842—2843. 1926.

Verf. beschreibt einen Fall von Lungenembolie nach Korrektionsosteotomie (Querosteotomie der Tibia und Schrägosteotomie der Fibula oberhalb der Malleolen wegen deform geheilten Knöchelbruch [Unfall] in Äthernarkose ohne Blutleere) 6 Wochen nach der Operation plötzliche Embolie und Exitus. Sektionsbefund: Thrombose der linken Vena femoralis bis zur Iliaca com., beide Lungenarterien durch embolische Gerinnsel verschlossen. Die Indikation zur Operation war durch die starke Minderung der Arbeitsfähigkeit des Patienten gegeben. Zur Thrombose kam es sicher nicht durch Quetschverletzung eines Gefäßes (Kompressions-thrombose), sondern es handelte sich um eine marantische Thrombose. Der Tod des Patienten ist als Folge des vor 2 Jahren erlittenen Betriebsunfalles anzusehen. Vor allen Knochenoperationen usw. sind die Angehörigen auf die Möglichkeit derartiger Zufälle aufmerksam zu machen. Erich Hempel (Werdau).<sup>oo</sup>

**Dervieux et Belot: Accident du travail ayant déterminé une lésion du coccyx.** (Steißbeinverletzung durch Betriebsunfall.) (*Soc. de méd. lég. de France, Paris, 8. XI. 1926.*) Ann. de méd. lég. Jg. 6, Nr. 10, S. 545—548. 1926.

Eine 42jährige Frau wollte durch Fall von einer Leiter einen Unfall erlitten haben. Eine ärztliche Bescheinigung sprach von einer Kontusion der Lumbosacralgegend und insbesondere des sehr schmerzhaften Steißbeins. In dem Attest eines Chirurgen wurde ein Bruch des Steißbeins und eine Kontusion des Bauches festgestellt. Bei der Nachuntersuchung im Röntgenbilde wurde eine rechtwinklige Knickung des Steißbeins gegen das Kreuzbein, aber nirgends ein Bruch gefunden. Das ganze Steißbein erschien nach vorn verschoben, seine Konturen undeutlich, und in der Gegend des ersten Steißbeinwirbels sah man eine periostale Wucherung.

Nach Ansicht der Verff. handelte es sich um keine Unfallsfolge, sondern lediglich um eine Formanomalie mit arthritischen Veränderungen. Es wird auf die vielfachen natürlichen Abweichungen hingewiesen, die das Steißbein in Stellung und Form vom normalen Verhalten haben kann und die die Annahme einer Unfallverletzung fälschlich vortäuschen können. Ziemke (Breslau).

**Barthélemy, R.: Syphilis osseuse et accidents du travail. Relation d'un cas.** (Knochensyphilis und Unfall. Mitteilung eines Falles.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jg. 33, Nr. 6, S. 421—426. 1926.

Nach einer Verstauchung des Handgelenkes wurde bei einem Arbeiter im oberen Drittel der Ulna desselben Armes ein Knochenherd gefunden, der als Osteomyelitis angesprochen und 2mal operiert wurde. Eine Heilung trat nicht ein. Wa. +. Ein Zusammenhang mit dem Unfall wird abgelehnt. In der Aussprache wird darauf hingewiesen, daß syphilitische Manifestationen häufiger nach einem chronischen, nie nach einem akuten Trauma entstehen. Frangenheim (Köln).<sup>oo</sup>

**Torres Fraguas, J.: Lues und Unfall.** (*Istit. de med. leg., tóxicol. y psiquiatr. univ., Madrid.*) Ecos españoles de dermatol. y sifilogr. Jg. 2, Nr. 6, S. 502—506 u. Nr. 7, S. 586—591. 1926. (Spanisch.)

Der Syphilisinfection als Gewerbekrankheit sind insbesondere ausgesetzt: Glasbläser, Schuhmacher, Tapezierer, wie dies Thibierge 1920 auseinandergesetzt hat. Aus sozialen wie ökonomischen Gründen muß die Lues der Arbeiter wie jede andere Krankheit oder Gewerbekrankheit behandelt, bzw. von den Krankenversicherungen oder den Betrieben die Behandlungskosten getragen werden. Hans Haustein (Berlin).<sup>oo</sup>

**Chajes, B.: Die sozialhygienische Bedeutung der Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten.** Vom 12. Mai 1925. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. u. soz. Hyg. Jg. 39, Nr. 4, S. 145—150. 1926.

Folgende Erkrankungen sind in der Verordnung des Reichsarbeitsministers vom

12. Mai 1925 als Berufskrankheiten angeführt: 1. Erkrankungen durch Blei und seine Verbindungen, 2. Erkrankungen durch Phosphor, 3. Erkrankungen durch Quecksilber und seine Verbindungen, 4. Erkrankungen durch Arsen und seine Verbindungen, 5. Erkrankungen durch Benzol oder seine Homologen, durch Nitro- und Amidoverbindungen der aromatischen Reihe, 6. Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff, 7. Erkrankungen an Hautkrebs durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthrazen, Pech und verwandte Stoffe, 8. Grauer Star bei Glasmachern, 9. Erkrankungen durch Röntgenstrahlen und andere strahlende Energie, 10. Wurmkrankheit der Bergleute, 11. Schneeberger Lungenkrankheit. — Es kann kein Zweifel bestehen, daß der behandelnde Arzt verpflichtet ist, alle Erkrankungsfälle zu melden, bei denen er den begründeten Verdacht hat, daß sie unter diese Verordnung vom 12. Mai 1925 fallen. „Wenn von Curschmann und den Fabrikärzten der chemischen Industrie die (sehr berechtigte, Ref.) Befürchtung geäußert wird, daß durch überflüssige Meldungen eine Rentenhysterie großgezogen wird, so dürfte diese Furcht wohl etwas übertrieben sein“ (nein! Ref.). „Neben den behandelnden Ärzten kommt noch ein sich ständig erweiternder Kreis derjenigen Ärzte hinzu, die durch Begutachtung der gemeldeten Erkrankten eine noch verantwortungsvollere Tätigkeit auszuüben haben. Es sind dies die Ärzte der Versicherungsämter, die Vertrauensärzte der Berufsgenossenschaften und Krankenkassen, die hier vor allem in Frage kommen. Endlich aber werden sich die Krankenhausärzte in viel intensiverer Weise als bisher mit der Gewerbemedizin zu beschäftigen haben, weil notwendigerweise zahlreiche Kranke in die verschiedenen Krankenanstalten zur klinischen Begutachtung überwiesen werden müssen. So wird also die gesamte Ärzteschaft für ein bisher weniger beachtetes Arbeitsgebiet interessiert und in sozialhygienischer Hinsicht weiter fortgebildet.“ Und dies kommt wieder der Krankheitsverhütung zunutze. *Mendel.*

**Roepke, O.: Die Einbeziehung der Berufskrankheiten in die Unfallversicherung und die Zusammenhangsfrage.** Zeitschr. f. Bahn- u. Bahnkassenärzte Jg. 21, Nr. 11, S. 251—271. 1926.

Verf. gibt eine klare Darstellung der Verordnung vom 12. V. 1925 über die Gleichstellung bestimmter Berufskrankheiten mit Unfällen. In der Aussprache betonen viele Redner die Wichtigkeit größter Reinlichkeit bei Bleiarbeiten (die Wichtigkeit der Staubeinatmung wird vollständig übersehen! Ref.), und einer der Diskussionsredner berichtet über Bleivergiftung durch häufiges In-den-Mund-nehmen des Bleistifts! *Teleky* (Düsseldorf).

**Oppenheimer, Rudolf: Kommen Geschwülste der hinteren Harnröhre und Prostata besonders häufig bei Arbeitern chemischer Betriebe vor?** Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 32, S. 1342—1343. 1926.

Nachdem Verf. vor einigen Jahren bereits über 20 Fälle von Blasentumoren berichtet hatte, die bei Arbeitern und Angestellten der chemischen Industrie zur Beobachtung kamen (Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 1), teilt er je einen Fall von Carcinom der hinteren Harnröhre und Prostata mit, die ebenfalls auf die Beschäftigung in chemischen Betrieben zurückzuführen sind. Die Tatsache, daß nicht nur Tumoren der Blase, sondern auch der hinteren Harnröhre und Prostata bei Arbeitern der chemischen Industrie vorkommen, ist auch deshalb von Bedeutung, weil die „Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten“ vom 12. V. 1925 nur die Tumoren der Blase in die Unfallversicherung einbezieht und demgemäß den Erkrankten besondere Vergünstigungen im Rentenbezug zubilligt. Tumoren der Prostata sind ausgenommen. Die mitgeteilten Beobachtungen sollten jedoch nach Ansicht des Verf. dahin führen, daß auch die Tumoren der hinteren Harnröhre und Prostata der in gewissen Betrieben der chemischen Industrie Beschäftigten den Unfall-erkrankungen gleichgesetzt werden. *R. Oppenheimer* (Frankfurt a. M.).<sup>oo</sup>

**Duvoir: Un cas de paralysie faciale attribuée à tort à l'intoxication saturnine.** (Über einen Fall von Facialislähmung, die zu Unrecht einer Bleivergiftung zugeschrieben wurde.) (*Soc. de méd. lég. de France, Paris, 14. VI. 1926.*) Ann. de méd. lég. Jg. 6, Nr. 7, S. 354—358. 1926.

Einem 42jährigen Maler war etwas Bleioxyd ins linke Auge gespritzt, worauf sich eine

leichte Conjunctivitis entwickelte, die unter fachärztlicher Behandlung bald abheilte. Einige Tage danach trat eine linksseitige Parotitis und Facialislähmung auf. Während der behandelnde Arzt letztere Affektionen als Folgen von Bleivergiftung auffaßte, lehnte Verf. in seinem Obergutachten jegliche Ansprüche ab. Eine entschädigungspflichtige Berufskrankheit komme nicht in Frage, da das (französische) Gesetz als solche bei Blei wohl eine „Extensoren-Lähmung“, nicht aber eine „Facialislähmung“ kenne. Auch als Unfallfolge könne die Facialislähmung nicht angesehen werden, da nicht anzunehmen sei, daß die durch den Tropfen Bleioxyd verursachte leichte conjunctivale Reizung Schuld an der folgenden Parotitis gewesen sei. Nach Ansicht des Verf. habe es sich entweder um eine „Erkältungslähmung“ oder um einen interkurrenten Mumps gehandelt bei nur zufälligem zeitlichen Zusammenhang mit der traumatischen Conjunctivitis. — Der Fall ist m. E. nicht vollkommen geklärt und die Beweisführung des Verf. auch nicht ganz einwandfrei, zudem nicht ohne weiteres auf deutsche Rechtsverhältnisse übertragbar (Ref.).

Warsow (Leipzig).

**Engel, Hermann:** Zur Beurteilung der Berufsfähigkeit in Sachen des Angestelltenversicherungsgesetzes bei hysterischen Zuständen. (*Reichsversicherungsanst., Berlin.*) Med. Klinik Jg. 22, Nr. 48, S. 1849—1851. 1926.

Eine etwa 30jährige Buchhalterin, die von Haus aus eigenwillig, reizbar und anspruchsvoll war, hatte im Laufe ihrer Berufstätigkeit 2mal länger dauernde nervöse Erkrankungen durchgemacht, die erste im Anschluß an eine Liebesenttäuschung, die zweite nach einer Bauchoperation. Diese wurde ärztlicherseits als „Nervenzusammenbruch“ mit hysterischen Einschlag aufgefaßt und äußerte sich in Weinkrämpfen, Depression und mehr oder weniger ernsthaft gemeinten Selbstmorddrohungen. Sie suchte die Allgemeinheit in weitgehendem Maße für ihre Krankheit zu interessieren und hartnäckig die Hilfe der Reichsversicherungsanstalt in Anspruch zu nehmen und bis aufs äußerste auszunutzen. Durch einen längeren Sanatoriumsaufenthalt auf Kosten der R.V.A. wurde sie soweit wiederhergestellt, daß sie ihre Arbeit wieder aufnehmen konnte. Nach einem Sturz vom Wagen, der ohne erhebliche Verletzungen und neurologische Befunde blieb, setzte ihre Krankheit von neuem mit zahlreichen hysterischen Reaktionen ein und wurde noch durch unzweckmäßige Äußerungen ärztlicherseits verstärkt. Sie klammerte sich mit aller Gewalt an ihre vermeintliche Hilfsbedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit und steigerte sich immer mehr in die Rolle einer schwerleidenden, von ihren Nerven bis zum Selbstmord Gepeinigten hinein, ohne daß objektiv Krankheitserscheinungen nachweisbar waren. Nach klinischem Urteil war ein neuerliches Heilverfahren nicht aussichtsreich. Als aussichtsreichstes Verfahren, ihre Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen wurde der Zwang angesehen, sich selbst helfen zu müssen und ihr so ihr Selbstvertrauen zurückzugeben. Bei wohlwollender Beurteilung wurde ihre Erwerbsminderung auf 33⅓% angenommen und sie in gleichwertigen Berufen für voll arbeitsfähig erklärt. Auf Grund dieses Gutachtens wurde ihr das bewilligte Ruhegeld entzogen. Die hiergegen eingelegte Berufung, in der die Klägerin ausführte, daß sie zu korrekter Arbeit vollständig unfähig sei, wurde vom Obergerichtsamt verworfen, da die Klägerin im Sinne des Gesetzes nicht mehr als berufsunfähig zu erachten sei.

Ziemke (Breslau).

**Mendel, Kurt:** Gutachten über einen Fall von Rentenneurose. Med. Klinik Jg. 22, Nr. 47, S. 1807—1808. 1926.

Verf. berichtet über ein von ihm erstattetes Gutachten betreffend einen 69jährigen Rentenneurotiker, welcher am 9. Januar 1892 als Lokomotivführer einen Unfall erlitt, bei welchem er von seiner Maschine herabgeschleudert wurde, sich eine Kontusion am rechten Oberarm und Oberschenkel zuzog und eine leichte Kopfverletzung mit angeblich einige Minuten währenden Bewußtlosigkeit erlitt. Seit dieser Zeit erhielt er auf Grund der ärztlichen Gutachten 66⅔% Unfallrente und außerdem fast in jedem Jahre Nahrungsmittel zugewiesen und eine Badereise bzw. Landaufenthalt auf Kosten der Eisenbahn bewilligt. Bei der im Mai 1926 auf Grund eines Antrages zwecks Bewilligung eines „Landaufenthaltes zur Milderung oder Milderung der Unfallfolgen“ stattfindenden ärztlichen Nachuntersuchung, kam Verf. zu dem Schluß, daß der Untersuchte schon längst wieder ein vollwertiger, arbeitsfähiger Mensch geworden und der vor 34 Jahren erlittene Unfall bereits vollkommen von ihm vergessen wäre, wenn er schon in den 90er Jahren mit seinen vielen Entschädigungsansprüchen von der Eisenbahn abgewiesen worden wäre. Trotzdem rät er, von der Entziehung oder Kürzung der Unfallrente abzusehen und nicht den seinerzeit Unfallverletzten für die früheren irrigen ärztlichen Anschauungen über die Unfallneurose büßen zu lassen, zumal er inzwischen im Laufe der verfloßenen Jahrzehnte sozial entwurzelt wäre und kaum noch eine Möglichkeit hätte, einen gleichwertigen Beruf aufzunehmen, andererseits aber lehnt er die Notwendigkeit oder auch nur Nützlichkeit eines „Landaufenthaltes zur Milderung oder Milderung der Unfallfolgen“ entschieden ab. Er bezeichnet den Untersuchten nicht als einen Unfall-, sondern als einen Unfallgesetzkranken.

Ollendorff (Berlin-Schöneberg).

**Monakow, C. v.:** Ein instruktiver Fall von Unfallneurose. Kriterien der Neurose, der Aggravation und der Simulation. (Obergutachten über den Gesundheitszustand

des Spediteurs Bs.) Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 18, H. 2, S. 284 bis 322. 1926.

Sehr ausführliche Mitteilung. Straßenbahnunfall ohne erkennbare Hirnbeteiligung. Keine akute krankhafte Schreckreaktion. Dann schwere Differenzen mit dem Vorgesetzten. Kündigung. Nunmehr erst (einige Wochen nach dem Unfall) nervöse Beschwerden. Dann ungeordnete Lebensweise, Alkoholmißbrauch, Wutanfälle usw. Erhebliche Forderungen an die Straßenbahn, auch nach erstmaliger Abfindung. — Die Neurose wird definiert als eine (meist protrahierte) affektive Reaktion der Persönlichkeit auf starke, sich wiederholende Insulte der wichtigsten Lebensinteressen (der Instinktwelt). Eine rein mechanische Läsion des Gehirnes erzeugt kaum jemals für sich allein eine Neurose. — Die Ausführungen des Verf. entsprechen im wesentlichen den neueren Neuroseanschauungen. Der Kläger wurde abgewiesen. *Reichardt.*

**Obergutachten über die Frage der Dienstbeschädigung bei Epilepsie.** Entscheid. d. Reichsversorgungsgerichts Bd. 5, H. 5, S. 290—303. 1926.

Obergutachten des Direktors der Irrenanstalt Dalldorf, Dozenten der Psychiatrie an der sozialhygienischen Akademie, San.-Rat Dr. Bratz, Berlin:

1877 geborener Bäcker, der durch Nervenkrankheiten in der Familie erblich belastet ist, in der Jugend und aktiven Dienstzeit schlafwandelte, schon früh epileptische Charakterzüge zeigte. August 1914 Soldat, nur Garnison- und Etappen- (besonders Wacht-) Dienst. Mehrfache Lazarettbehandlung im Krieg (Zahn- und Magenbeschwerden, Neurasthenie), Mai 1918 Entlassung, Berufsaufnahme. Juni 1919 Versorgungsantrag (unter anderem wegen Nervenleidens), abgewiesen. Frühjahr 1921 Verwirrheitszustand, epileptische Anfälle, Tod im Status. Versorgungsansprüche der Witve von der Verwaltungsbehörde abgelehnt, vom Versorgungsgericht auf Grund zweier ärztlicher Gutachter, darunter ein Gerichtsarzt, anerkannt (Dienstbeschädigung für Epilepsie im Sinne der Verschlimmerung bestehender Anlage und Hinterbliebenenversorgung), von dem Obergutachter — mit Recht — hinsichtlich der Belastung der schon vor dem Krieg vorhandenen epileptischen Charakterzüge sowie des Fehlens besonderer exogener Momente abgelehnt.

Das Gutachten ist bemerkenswert, weil der Sachverständige, auf Ersuchen, zu allgemeinen Fragen in ruhiger, kritischer Sachlichkeit vorbildlich Stellung nimmt. Er bespricht die Möglichkeit des Zusammenhangs zwischen Epilepsie (symptomatisch, genuin) und Kriegsdienst auf Grund von Belastung, Körperbau, Krankheitsentwicklung und -erscheinungen, betont die Notwendigkeit der richtigen Diagnose, stellt nach Umfragen und eigenen Erfahrungen fest, daß eine Zunahme oder Verursachung der genuinen Epilepsie durch den Krieg — außer einer sehr seltenen, an Erstickung grenzenden, aber nicht sicher festgestellten Atmungsstörung bei Verschüttung — nicht gegeben sind, dienstliche Einwirkungen (auch kalorische Schädlichkeiten, wie sie den Heizer, Bäcker, Arbeiter in schlecht gelüfteten Räumen treffen, mit Ausnahme örtlicher Schädelüberhitzung durch Sonnenstrahlen, Überanstrengungen allerhöchsten Grades) höchstens vorübergehend eine genuine Epilepsie verschlimmern können, daß aber auch diese Annahme nur bei Wahrung des zeitlichen Zusammenhanges berechtigt ist.

*Klieneberger (Königsberg Pr.).*

**Rubensohn, E.: Epilepsie und Dienstbeschädigung.** Med. Klinik Jg. 22, Nr. 39. S. 1498—1499. 1926.

Ein 17jähriger, bis dahin völlig gesunder junger Mann wurde bei einem Luftschiffangriff durch die Detonationen der Granaten aus dem Schlaf geweckt, sofort betäubt und geriet in einen Krampfzustand, der sich häufiger wiederholte und zu rein epileptischen Zuständen führte. Im Laufe der Jahre verblödete Patient völlig. Anfänglich schien es sich um einen hysterischen Anfall gehandelt zu haben, später erst um rein epileptische Anfälle. D. B. ist anzuerkennen. (Das Gutachten ist in seiner Begründung sehr anfechtbar und gründet sich zum Teil auf bereits überholte Ansichten aus der Vorkriegszeit oder aus den ersten Zeiten des Weltkrieges.)

*Kurt Mendel (Berlin).*

**Wiegand: Zusammenhang zwischen Epilepsie und Quetschung.** Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. 23, Nr. 22, S. 743—744. 1926.

Ein Arbeiter erkrankte im Anschluß an eine Quetschung des linken Ellenbogens und Oberarmes an Epilepsie. Entgegen den Vorgutachtern erkennt Finkelnburg einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Epilepsie in solchen Fällen nur als Folge von Schreckwirkung und nur dann an, wenn sich der erste Anfall unmittelbar an den Unfall anschließt.

*Giese (Jena).*

**Zollinger, F.: Tuberkulöse Meningitis und Trauma.** (*Med. Abt., Kreisagentur Aarau, schweiz. Unfallversicherungsanst., Luzern.*) Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 56, Nr. 50, S. 1209—1216. 1926.

Da die tuberkulöse Meningitis fast stets eine sekundäre Erkrankung darstellt, kann sie nie durch ein Trauma allein verursacht worden sein, sondern erfordert die Gegenwart eines Primärherdes, dessen Bacillen durch das Trauma mobilisiert werden. Auch eine Verletzung der Meningen ohne Schädigung des Primärherdes kann zu einer Meningitis tbc. führen. Erforderlich ist eine wirkliche anatomische Schädigung, Quetschung oder allgemeine Körpererschütterung, während bei einer Überanstrengung die Verhältnisse schwieriger zu übersehen sind. Ferner müssen die örtlichen und zeitlichen Beziehungen entsprechend sein. Ebenso muß ausgeschlossen werden die Annahme, daß das Trauma eine Folge einer bereits bestehenden Meningenerkrankung darstellt. *Schönberg (Basel).*

**Zollinger: Tuberkulose und Trauma.** (*Med. Abt., Kreisagentur d. schweiz. Unfallversicherungsanst., Aarau.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 199, H. 1/2, S. 11—30. 1926.

Ein Unfall kann mit Ausnahme der Inokulationstuberkulose nie als Vollursache, sondern nur als Teilsache einer Tuberkulose bewertet werden. Wo (wie z. B. in der Schweiz) durch das Gesetz eine nur teilweise Übernahme möglich ist, möge folgender Anerkennungsmodus gelten: 1. Volle Anerkennung: Inokulationstuberkulose. 2. Teilweise Übernahme mit Reduktion des Krankengeldes: a) Trauma lädiert den Primärherd und den Ort der Neulokalisation: kleine Reduktion. b) Trauma wirkt nur mobilisierend: mittlere Reduktion. c) Trauma wirkt nur lokalisierend: höhere Reduktion. d) Reaktivierung eines ruhenden Herdes: kleine Reduktion. e) Verschlimmerung einer bereits bestehenden Tuberkulose: große Reduktion. Bei der Bemessung der Reduktion ist vor allem die Ausdehnung, Lokalisation und Entwicklungsstadium des primären Herdes sowie tuberkulöser Vorkrankheiten maßgebend. 3. Hat die Tuberkulose nach ihrer klinischen Heilung eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit zur Folge, so ist dieselbe Reduktion der Rente bzw. der Abfindung gerechtfertigt, wie während der Zeit der Krankheit. *L. Lurz (Heidelberg).*

**Wassmund, Hans: Kann bei einer erst jahrelang nach Kriegsende als manifest erkannten Lungentuberkulose ein Zusammenhang mit dem Kriegsdienst angenommen werden?** (*Heilst. Hellersen b. Lüdenscheid i. Westf.*) Tuberkulose Jg. 6, Nr. 16, S. 250 bis 255. 1926.

Man muß praktisch eine Latenzzeit von etwa 6 Monaten annehmen, die von einem die Tuberkulose verursachenden oder verschlimmernden Ereignis bis zu ihrem festgestellten Ausbruch vergehen kann. Anders ist es bei den Fällen, wo dem Nachweis der Tuberkulose eine Reihe von Anzeichen als verbindende Symptome vorausgehen. An Hand eines Falles weist Verf. nach, daß es wohl möglich, wenn auch selten ist, daß ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung einer Lungentuberkulose und dem Kriegsdienst besteht, auch wenn die Aktivität des Prozesses erst jahrelang nach dem Kriegsende erkannt wird. *Bramesfeld.*

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

Ein Mann, bei welchem vor dem Kriege eine latente Tuberkulose mit aller Wahrscheinlichkeit bestand, war von seiten der Lungen vollkommen kriegsverwendungsfähig gewesen. 7 Jahre später hatte er eine Grippe, 8 Jahre später eine Lungenentzündung, die die Tuberkulose wahrscheinlich generalisierte und etwa nach 6 Wochen zum Tode führte. Es handelt sich also um Neuerkrankungen, die unabhängig von Kriegseinflüssen entstanden sind. Dienstbeschädigung wird deshalb nicht anerkannt. *Kremer (Sommerfeld).*

**Schnizer, v.: Tod durch Lungentuberkulose infolge von Gasvergiftung als Unfallfolge.** Med. Klinik Jg. 22, Nr. 32, S. 1231—1232. 1926.

Im Anschluß an eine Gasvergiftung im Schacht traten in den folgenden Jahren zahlreiche Erkrankungen der Lungen auf (Bronchitis, Lungenentzündung, Grippe, wiederholte Rippenfellentzündung und eine offene Lungentuberkulose, welcher der Verletzte schließlich beinahe 4 Jahre nach der Gasvergiftung, erlag). Der ursächliche Zusammenhang des Todes an Lungentuberkulose mit der als Betriebsunfall aufzufassenden Gasvergiftung wird anerkannt. *Scherer (Lostau).*

**Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für Lungenerweiterung nicht anerkannt.** Med. Klinik Jg. 22, Nr. 45, S. 1730. 1926.

Ein 48jähriger Landwirt hatte schon längere Zeit vor dem Kriege an Lungenerweiterung gelitten. Es wurde angenommen, daß dieses Leiden durch die Schädigungen des Kriegsdienstes verschlimmert worden war. Nach seiner Entlassung aus dem Kriegsdienst war er dann 7 Jahre,

bis zu seinem Tode frei von erheblichen Krankheitserscheinungen geblieben, hatte keine ärztliche Hilfe in Anspruch genommen und war dann an der Lungenerweiterung und Nierenentzündung gestorben. Es wurde ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod als unwahrscheinlich abgelehnt, weil die im Kriege erlittene Dienstbeschädigung durch Verschlimmerung des schon bestandenen Lungenleidens infolge Behandlung behoben war und nach längerer Pause nach der Entlassung das Leiden sich unabhängig von Kriegseinflüssen schicksalsmäßig weiter entwickelte und zum Tode führte. *Ziemke (Breslau).*

**Grünbaum: Beurteilung der Verschlimmerung eines Herzklappenfehlers.** (*Ver-sorgungsanst., Bad Nauheim.*) Med. Klinik Jg. 22, Nr. 44, S. 1691—1692. 1926.

Ein Mann, der nach seiner aktiven Dienstzeit einen Gelenkrheumatismus durchgemacht und danach eine Herzschrumpfung zurückbehalten hatte, stellte 4 Jahre nach seiner Entlassung aus dem Kriegsdienst einen Rentenanspruch. Ein Jahr vorher hatte er wieder einen Gelenkrheumatismus durchgemacht. Eine entscheidende Verschlimmerung während des Krieges war nicht eingetreten, er hatte während der kurzen Kriegsdienstzeit von 2 Monaten keinen Rückfall von Gelenkrheumatismus erlitten, auch keine Dekompensationserscheinungen am Herzen gezeigt. Die Auffassung eines Vorgutachtens, man müsse, wenn man überhaupt eine Verschlimmerung bei einem vordienstlichen Leiden anerkenne, auch die weitere Entwicklung dieses Leidens als D.-B.-Folge ansehen, wurde zurückgewiesen mit der Begründung, daß diese Auffassung dann bei allen chronisch Kranken zu den weitgehendsten Konsequenzen führen würde, nämlich dazu, daß Herz- und Lungenkranke, bei denen jemals D.-B. für Verschlimmerung anerkannt wurde, in vollem Umfang für die weitere Entwicklung ihres Leidens entschädigungsberechtigt würden, und daß auf Grund dieser Auffassung dann auch ohne weiteres die im Todesfalle an Hinterbliebene zu zahlende Rente fällig würde. Entscheidend für den Gesamtverlauf seien die vordienstlich und nachdienstlich aufgetretenen Erkrankungen an akutem Gelenkrheumatismus. Diese, nicht der Kriegsdienst und mit ihm verbundene kurz-dauernde körperliche Anstrengung hätten zu der Weiterentwicklung und Verschlimmerung des Herzklappenfehlers geführt. Die schicksalsmäßige Entwicklung des Leidens sei von der als D.-B. anerkannten Verschlimmerung unabhängig, die hierdurch bedingte E.M. betrage nur 20%. *Ziemke (Breslau).*

**Kurosu, Shusaku: Über ein Neurinom der Cauda equina, als Beitrag zur Frage des Zusammenhanges zwischen Trauma und Gewächsbildung.** (*Pathol. Inst., städt. Rudolf Virchow-Kranken-h., Berlin.*) Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 32, Nr. 24, S. 335 bis 339. 1926.

Zu den bekannten Thiemschen Grundsätzen für die Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Trauma und Gewächs wird vom Verf. noch die modifizierte Eunikesche Forderung hinzugefügt, es müsse durch objektive Wahrnehmungen festgestellt werden, daß zur Zeit der Einwirkung des Traumas die Geschwulst noch nicht vorhanden gewesen ist. Dadurch schrumpft die Zahl der sicher traumatisch entstandenen Gewächse auf ein sehr kleines Maß zusammen, da es meist nicht möglich ist, eine solche Feststellung am Lebenden mit genügender Genauigkeit zu machen. In dem vom Verf. beobachteten Fall, wo das Trauma darin bestand, daß bei der Lumbalanästhesie die Spritzenkanüle Widerstand fand, mit Gewalt zurückgezogen wurde und dabei Blut ansaugte, konnte bei der wenige Tage danach an einer Peritonitis Verstorbenen der bisher symptomlos verlaufende Tumor durch die Obduktion so schnell aufgedeckt werden, ein Neurinom der Cauda equina, daß dadurch die traumatische Entstehung des Tumors ausgeschlossen werden konnte. Diese wäre einige Zeit später unrichtigerweise vermutlich angenommen worden. *Ziemke (Breslau).*

**Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für einen Krebs der Bauchspeicheldrüse abgelehnt.** Fortschr. d. Med. Jg. 44, Nr. 35, S. 1359—1360. 1926.

Ein Mann, der 1897—1899 aktiv gedient hatte und 1914 eingezogen war, machte im Oktober 1916 eine Ruhr durch, wegen der er Februar 1917 als garnisdienstfähig entlassen wurde. Seine endgültige Entlassung erfolgte 1918. 1 Jahr danach trat er wegen Magendarmleidens in ärztliche Behandlung, die immer nur kurz war, da die Beschwerden nur zeitweise bestanden. Erst 1924 trat eine Verschlimmerung ein, es wurde Bauchspeicheldrüsenkrebs festgestellt. Im Gutachten wird ausgeführt, daß erfahrungsgemäß die Ruhr häufig durch Verminderung der Magensäure zu Magenbeschwerden führe; die nach der Ruhr zurückbleibenden Geschwüre säßen im unteren Darmabschnitt, ein Bauchspeicheldrüsenkrebs könne mit ihnen nicht in Zusammenhang gebracht werden, wie es der behandelnde Arzt getan habe. Der Pankreaskrebs verlaufe sehr schnell, man könne die 1919 aufgetretenen Erscheinungen eines Magendarmkatarrhs nicht als Vorläufer dieses Krebses ansehen. Es handle sich um 2 verschiedene Leiden, um die im Felde erworbene Ruhr und einen Bauchspeicheldrüsenkrebs, der wesentlich später aufgetreten sei. Beide Krankheiten ständen nicht in ursächlichem Zusammenhang. Ein Zusammenhang zwischen Tod und Dienstbeschädigung sei unwahrscheinlich. *Ziemke (Breslau).*

**Schnizer, v.: Zusammenhang zwischen D.-B. und Tod (Magengeschwür, Krebs?) nicht anerkannt.** Fortschr. d. Med. Jg. 44, Nr. 32, S. 1260—1261. 1926.

Ein Mann, der im Kriege an Ruhr und später an Achylie erkrankt war, erkrankte 7 Jahre nach der Entlassung an den Erscheinungen eines Magengeschwürs, saures Aufstoßen und Erbrechen. Der Rentenanspruch wurde abgewiesen. Es wurde als erwiesen angesehen, daß 2 voneinander unabhängige Krankheiten: die Ruhr mit ihrer Folge, der Achylie, als Kriegseiden, das ausgeheilt war, und die Magengeschwüre, die höchstwahrscheinlich Folge der schlechten Ernährung in der Nachkriegszeit waren, als 1924 neu aufgetretene Krankheit vorlagen. Der Tod sei infolge postoperativer Lungenentzündung eingetreten und hänge mittelbar mit dem Magengeschwür zusammen, das für D.-B. nicht in Frage komme, weil es eine Neuerkrankung darstelle. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod und der als Dienstbeschädigung anzusehenden Ruhr sei daher höchst unwahrscheinlich.

*Ziemke (Breslau).*

**Schnizer, v.: Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und angeblicher Sepsis abgelehnt.** Fortschr. d. Med. Jg. 44, Nr. 35, S. 1360—1361. 1926.

Ein Mann, der infolge einer Verwundung einen Schußbruch am linken Unterkiefer erlitten, nach seiner Heilung als kriegsverwendungsfähig entlassen, nach seiner Entlassung noch 6 Monate bei der Reichswehr Dienst getan hatte, erkrankte im Januar 1926 mit Rötung und Schwellung des linken oberen Augenlides unter Schüttelfrost und 40° Fieber; am nächsten Tage wurde eine Lungenentzündung festgestellt, die nach 2 Tagen zum Tode führte. Vom behandelnden Arzt wurde eine Bronchopneumonie und Sepsis angenommen, die wahrscheinlich von der alten Unterkieferschußnarbe links ausgegangen sei. Verf. weist in seinem Gutachten diesen Zusammenhang zurück. Ein solcher bestand nicht, da die Narbe am linken Unterkiefer völlig reaktionslos war. Es ist wahrscheinlicher, daß es sich um eine zufällig aufgetretene akute Lungenentzündung handelt, die auch mit der lokalen Entzündung am linken Augenlid nichts zu tun hatte. Wenn, wie der behandelnde Arzt annahm, unter der Narbe des Unterkieferschusses ein Sequester saß, der zur Augenlidphlegmone und weiter zur Lungenentzündung geführt hätte, so wären schon längere Zeit vorher Eiterungen und Beschwerden seitens des Sequesters am Unterkiefer aufgetreten. Sowohl die Lungenentzündung, wie die Entzündung des linken oberen Augenlides waren Neuerkrankungen die völlig unabhängig von der 1916 entstandenen Schußverletzung aufgetreten waren. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod und Dienstbeschädigung sei in hohem Grade unwahrscheinlich.

*Ziemke (Breslau).*

**Huebschmann: Über die Beziehungen zwischen Geschlechtskrankheiten und vorzeitiger Invalidität auf Grund von Leichenbefunden.** (Pathol. Inst., med. Akad., Düsseldorf.) Amtl. Mitt. d. Landesversicherungsanst. Rheinprovinz Jg. 1925, Sonderbeil. Nr. 39, S. 23—28. 1925.

Die Geschlechtskrankheiten, vor allem die Lues, spielen, wie Verf. auf Grund seiner Erfahrungen bei Sektionen auseinandersetzt, für das Zustandekommen einer Invalidität eine große Rolle.

*Max Jessner (Breslau).*

### **Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie.**

● **Wildermuth, Hans: Seele und Seelenkrankheit. Eine Einführung in die Grundbegriffe.** Berlin: Julius Springer 1926. 58 S. RM. 2.70.

Nach den Worten des Verf. entstand diese kleine ebenso interessante als belehrende Schrift in dem Bestreben, den zahllosen Fragen, vor die sich der Psychiater täglich gestellt sieht, eine systematische Grundlage zu geben, sie gewissermaßen auf einen Nenner zu bringen. Diesen Zweck sieht man nach Studium des Büchleins durchaus erreicht. Nach eingehender Betrachtung des Seelenlebens beim Gesunden, ausgehend von der Schilderung des Aufbaus des „Ich“, der verschiedenen Triebe und Urteile, seiner Beziehungen zur Umwelt und auch zum eigenen Körper, zeigt uns der Autor, daß es sich bei den Geisteskrankheiten nur um quantitative Unterschiede zum Gesunden handelt. Durch Überwiegen oder Unterdrückung der Triebe gegenüber den Urteilen lassen sich die verschiedenen Krankheitstypen erklären.

*Schönberg (Basel).*

**Weygandt: Ärztliches über den amtlichen Entwurf eines allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches von 1925 und über die Unterbringung vermindert Zurechnungsfähiger.** Ärztl. Ver., Hamburg, Sitzg. v. 1. VI. 1926.

Der neueste Entwurf, den die Reichsregierung veröffentlichen ließ und den die internationale Kriminalistische Vereinigung, sowie der Deutsche Verein für Psychiatrie eingehenden Erörterungen unterzogen haben, soll unser Strafgesetzbuch von 1871 ersetzen. Als Strafzweck steht Sicherung der menschlichen Gesellschaft im Vordergrund, unter Anpassung der Strafe an die Persönlichkeit des Täters, möglichst mit Besserungsversuchen. Eine wesentliche Neuerung ist die Einführung des Begriffs der verminderten Zurechnungsfähigkeit in höherem Grad

und die Strafmilderung für „vermindert Zurechnungsfähige“, die nach den Wünschen von Juristen und Psychiatern nur fakultativ sein soll; sie kann mit Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt verbunden werden. Das Gesetz schreibt die Reihenfolge Strafvollzug und Anstaltsinternierung nur als Regel vor, ärztlich empfiehlt es sich da, wo irgendwelche Aussichten auf medizinische Besserung sind, zuerst in der Anstalt zu internieren. Nachdem die Psychiater jahrzehntelang die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit verlangt haben, erklären nun viele, daß die Fälle nicht in die Irrenanstalten kommen dürfen, denn das degradiere die Anstalt, die Leute seien ja nicht krank, die Sicherheitsmaßregeln und schärfere Disziplin störe den ärztlichen Charakter der Anstalt. Meines Erachtens wird dabei die Zahl und Art der v. Z. verkannt. Die Zahl wird überschätzt, es dürfen jedoch nur erhebliche Störungen berücksichtigt werden, und deren Zahl beträgt wohl keine 10% der bisherigen Insassen. Ein großer Teil ist harmloser Art und heute beherbergen unsere Anstalten schon viele, die als v. Z. abzuurteilen wären. Von einer Degradation kann keine Rede sein, und die Sicherheit und Disziplinmaßnahmen sind nicht anders, eher gelinder, als für die wegen Zurechnungsfähigkeit Freigesprochenen und in die Anstalten überwiesenen, für die ja an vielen Orten sogenannte feste oder gesicherte Häuser bestehen. Angenehme Insassen werden die v. Z. freilich nicht sein, sie querulieren gern und ein Teil bedarf straffer Disziplin, aber die Anstalten dürfen sich den unangenehmen Fällen auch nicht verschließen. Für den Anfang sind die bestehenden Anstalten die geeignetste Unterkunft; die Harmlosen können unbedenklich zwischen anderen Kranken sein, die Sozialdifferenten können in einen besonderen Pavillon mit verstärkter Aufsicht kommen. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes schon neue Anstalten zu errichten, wäre ein Sprung ins Dunkle. Die Durchführung der vorgeschlagenen Schutzaufsicht wird Schwierigkeiten bereiten. Erfreulich ist die Energie, mit der der Entwurf gegen den Alkoholismus als Verbrechensfaktor vorgeht, wenn auch das Wirtshausverbot ziemlich aussichtslos ist. Bedeutsam, daß selbstverschuldete Trunkenheit kein Milderungsgrund ist, und daß Trinker, außer ihrer Strafe, auch noch in Trinkerheilanstalten auf 2 Jahre verbracht werden können. Bei Morphinisten und anderen Süchtigen fehlt leider noch eine entsprechende Bestimmung. Der Entwurf, in Einzelheiten noch verbesserungsfähig, bedarf zur Ausführung namentlich der an sich hochbedeutsamen Sicherungsmaßregeln noch mancher Regelung, wobei auch die Psychiater nicht versagen dürfen. *Eigenbericht (durch Wohlwill).* °°

**Simerka, Ceněk: Zum neuen Strafgesetz.** Rev. v. neurol. a. psychiatrii Jg. 23, Nr. 10/11, S. 389—391. 1926. (Tschechisch.)

Ausgehend von zwei früheren in derselben tschechischen Revue für Neurologie und Psychiatrie erschienenen Aufsätzen über einen Gerichtsfall von „obsedanter Homosexualität“ und „zur gerichtsarztlichen Beurteilung obsedanter Zustände“ prüft Simerka die Zurechnungsfähigkeitsparagrafen (§§ 21 und 77) des neuen tschechoslowakischen Vorentwurfes des Straf- und Übertretungsgesetzes darauf, ob sie besser als die jetzt geltenden §§ 2 und 46 des österreichischen Strafgesetzes den Forderungen der Psychiater entsprechen. Die neuen Bestimmungen, speziell des § 21, werden als Verbesserung anerkannt. Nach diesem § 21 ist nicht strafbar, wer wegen Geisteskrankheit, Schwachsinn oder Bewußtseinsstörung zur Zeit der Tat die Unrechtmäßigkeit seiner Tat nicht erkennen kann oder seine Handlung nicht nach richtiger Erkenntnis einzurichten vermag. S. wünscht, daß nach dem Worte Schwachsinn noch die Worte „wegen einer anderen geistigen Abwegigkeit“, welche sich jetzt im § 77 also nur unter den Milderungsumständen finden, hierher in den § 21 übernommen werden, damit auch die von ihm sog. „obsedanten Zustände“, worunter er Zwangszustände zu verstehen scheint, mit unter die Strafausschließungsgründe eingereiht werden können. Es dürfte im speziellen Falle von Homosexualität meist wohl schwer sein, zu erweisen, daß wirklich ein Zwangszustand vorliegt, der die Zurechnungsfähigkeit ganz ausschließt. (Vgl. diese Zeitschr. 4, 96 u. 5, 698.)

*Kalmus (Prag).*

**Ilea: Rapport sur les aliénés criminels.** (Bericht über geisteskranke Verbrecher.) (*Hôp. des aliénés, Sighetul Marmatiei.*) Bull. de la soc. roumaine de neurol., psychiatrie, psychol. et endocrinol. Jg. 2, Nr. 3, S. 116—121. 1925.

Verf. berichtet kurz über die von ihm in Transsylvanien (Siebenbürgen) gegründete Anstalt für geisteskranken Verbrecher, anscheinend die erste in Rumänien bestehende, nach italienischen Vorbildern eingerichtet, und äußert sich dann noch zur Frage der geistig Minderwertigen. Er hält es für notwendig, daß ins Strafgesetz ein Paragraph eingefügt wird, nach dem Minderwertige nach Strafverbüßung in einer Spezialanstalt zur Heilung und Erziehung verwahrt bleiben, bis sie geheilt oder wenigstens für die Gesellschaft nicht mehr gefährlich sind. *F. Stern (Göttingen).*

**Monget, Maurice, et Eugène Gelma: Erreur judiciaire due à une concordance de témoignages erronés.** (Ein Justizirrtum infolge Übereinstimmung irrümlicher Zeugenaussagen.) (*Soc. de méd. lég. de France, Paris, 13. XII. 1926.*) Ann. de méd. lég. Jg. 7, Nr. 1, S. 68—72. 1927.

Die Verff. schildern, wie verschiedene Zeugen in einem bestimmten Manne einen Täter



wiederzuerkennen behaupten, der in ihrer Anwesenheit eine große Scheibe zertrümmert habe. Auf die übereinstimmende Zeugenschaft hin wäre der Betreffende verurteilt worden, wenn nicht der vernehmende Untersuchungsbeamte auf der Straße einen Mann getroffen hätte, welchen er als den Verhafteten ansprach. Es stellte sich dabei heraus, daß der Angesprochene ein Geisteskranker war, welcher ohne Aufforderung erzählte, daß er selbst die Scheibe zertrümmert habe. Bei der Gegenüberstellung des Erstinhaftierten mit dem Geisteskranken ergaben sich weitgehende Ähnlichkeiten in bezug auf Kopfbildung, Gesichtsausdruck und Kleidung, daß die irtümliche Behauptung der Zeugen damit begründet wurde.

Die Verf. ziehen daraus den Schluß, daß Zeugenaussagen wohl für die Tatverhältnisse wesentlich seien, weniger dagegen für die Angaben über Einzelheiten des Körpers, der Farben, der Worte, sowie der Zeitverhältnisse. *Spiecker* (Beuthen).

**Ljustrizkij, W.: Diagnose der psychischen Simulation.** *Sovremennaja psichonevrologija* Bd. 2, Nr. 5/6, S. 566—571. 1926. (Russisch.)

Verf. beschreibt 5 Fälle von Simulation geistiger Störungen durch Verbrecher (Mörder, Räuber). Die Feststellung der Simulation gelang, da die Kranken einerseits einzelne Symptome übertrieben, andererseits kein vollständiges Krankheitsbild einer Psychose boten. *Wolpert* (Berlin-Schlachtensee).

**Targowla, René: L'hémorragie méningée de la paralysie générale au début.** (Die Meningealblutung der beginnenden progressiven Paralyse.) *Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris* Jg. 42, Nr. 32, S. 1525—1531. 1926.

Meningealblutungen können im Beginn der Paralyse auftreten und somit von frühdiagnostischem Werte sein. Verf. berichtet über 2 Fälle von beginnender Paralyse. In dem einen war die Meningealblutung das erste alarmierende Symptom; es bestand vorher nur eine gewisse Geschäftigkeit des Patienten. Im anderen Falle war bereits Intelligenzschwäche und Sprachstörung vorhanden. Die Meningealblutung offenbarte sich nicht in Anfällen, Koma, Lähmungen, großen Meningealsymptomen, sondern lediglich in Kopfschmerzen mit Erbrechen, Schwindel, Obstipation bzw. einseitigem Babinski. Dazu traten psychische Störungen. Liquor unter starkem Druck, hämorrhagisch, nach einigen Tagen xanthochrom. Prognose für die Meningealblutung gut. Jeder Kopfschmerz bei einem Nervensyphilitiker muß an Paralyse denken lassen, die mit einer Meningealblutung beginnt. *Kurt Mendel* (Berlin).<sup>50</sup>

**Münzer, Franz Theodor: Beiträge zur Pathologie und Pathogenese der Dementia praecox (Schizophrenie).** (*Psychiatr. Klin. u. histol. Inst., dtsh. Univ. Prag.*) *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie* Bd. 103, H. 1/2, S. 73—132. 1926.

25 Jahre alter Mann zeigt plötzlich das typische Bild der Schizophrenie mit gelegentlichen Erregungszuständen. Die Beziehungsideen betrafen vor allem seine Sexualsphäre. Er selbst führte seine Erkrankung auf Onanie zurück und endete nach kaum 3monatiger manifester Psychose durch Selbstmord. Obduktion: Keine Tuberkulose, keine Lues. — Große parenchymreiche lymphatische Thymus von 50 g Gewicht. Auffallende Vermehrung und Vergrößerung der Hassalschen Körperchen. Stark vergrößerte Zungengrundfollikel und Wucherung der Follikel im unteren Dünndarm. Vergrößerte Milz. — Die 32 g schweren Hoden zeigten herdförmig über beide Organe diffus angeordnete Atrophie der Kanälchen mit allen Stadien der fortschreitenden Degeneration und beträchtliche Verfettung, reichliche Lubarsch-Charcot'sche Krystalle in den Zellen der Hodenkanälchen und Vermehrung der Zwischenzellen. In den 17 g schweren Nebennieren zahlreiche Rindenknötchen. In der lipoidreichen Rinde einzelne Adenome; Marksubstanz sehr gut entwickelt, in ihr Herde kleiner Zellen, die als unvollkommen entwickelte Elemente der Zona glomerulosa erkennbar waren (Entwicklungshemmung). Pankreas: Starke Verminderung der Langerhansschen Inseln. Schilddrüse: Parenchymreich histologisch polymorphes Bild. Häufig Kolloid in den Lymphgefäßen und Gewebsspalten. An einer Stelle ein von der normalen Zell- und Organstruktur abweichender Gewebsherd. Epithelkörperchen: Wenig eosinophile Zellen; eines derselben in die Schilddrüse verlagert. Hypophyse: Anscheinend Vermehrung der eosinophilen Zellen im Vorderlappen; reichliche Kernhaufen (Rogowitsch) und ein adenomähnliches Gebilde. — Im Gehirn weitgehende und schwere Schädigung der Rindennervenzellen, meist unter dem Bilde wabiger Zellenveränderung und lipoider Sklerose; fleckweiser Ausfall von Nervenzellen; Vermehrung der plasmatischen Glia und zahlreiche Abbauprodukte um die Gefäße. Die Veränderungen sind in Frontale, Temporale und Parietale (neben dem Ammonshorn) am ausgesprochensten. Die tieferen Hirnpartien sind kaum betroffen. Die Befunde am Gehirn entsprechen den auch von anderen Autoren bei Schizophrenie erhobenen Befunden und zeigen, daß sie auch im Initialstadium der Psychose deutlich ausgeprägt sein können und fast ausschließlich sich in der Hirnrinde finden. Auch in den endokrinen Organen sind Anomalien festzustellen, aber in den einzelnen Organen verschieden stark ausgeprägt. Man hat es wohl mit konstitutionell bedingten Anomalien zu tun, von denen einige, allerdings erst in einer

späteren Lebensphase manifest geworden sind. Autor hält diese Anomalien ebenso wie die des Gehirns für den somatischen Ausdruck einer eigenartigen konstitutionellen Störung, welche der Dementia praecox zugrunde liegt. Sie sind als typische Erscheinungen der schizophrenen Konstitution aufzufassen. Die manifest werdenden Störungen der endokrinen Funktion können weiter das klinische Bild der Psychose einigermaßen beeinflussen und das individuelle Gepräge der Psychose mit bestimmen. Ganz besonders aber scheinen sie die Ursache vieler somatischer Begleiterscheinungen zu sein. Von diesem Gesichtspunkte erscheint der Erfolg einer Organotherapie bei der Dementia praecox sehr fraglich.

Marx (Prag).

**Rovasio, A.: Dipsomania morfinica e pentosuria.** (Morphium-Dipsomanie und Pentosurie.) (*Osp. psychiatr. prov., Sassari.*) *Rass. di studi psychiatr.* Bd. 15, H. 4/5, S. 378—389. 1926.

Zwei atypische Fälle von Morphinismus oder, wie der Verf. es in diesen Fällen bezeichnet, von eigentlicher Morphinomanie. Der erste Patient stammt aus nervöser Familie, Vater litt an periodischen Depressionen, Patient betrieb in der Jugend Alkoholabusus. Mit 43 Jahren stellt sich plötzlich eine heftige, ängstlich-hypochondrische Depression ein mit sofortiger Idee, daß nur Morphin, welches er nie versucht hatte, ihn retten kann. Es entwickelt sich das typische Bild des Morphinismus, jeder Versuch der Abstinenz löst sofort das frühere ängstlich-hypochondrische Bild aus. Nach 2 Jahren allmähliches Nachlassen der Depression und gleichzeitig Verminderung des Morphinumhungs, der sich schließlich spontan in Abneigung verwandelt. 3 Jahre später Rezidiv unter ähnlichen Umständen, auch eine 14tägige Internierung noch vor dem Beginn des Morphingebrauchs konnte ihn nicht verhindern; Dauer ca.  $\frac{1}{2}$  Jahr, spontane Heilung. — Fall 2 bietet — worauf Ref. aufmerksam machen möchte — u. a. abwechselnd Zeiten von sehr fleißigem Arbeiten und von völliger Inaktivität (Cyclothymie? Ref.), außerdem Neigung zum Abusus von Alkohol, Nicotin, Kaffee usw. Wird im Kriegsspital zum Morphinum verführt, verlangt aber nach 1 Monat selbst seine Transferierung in ein anderes Spital, um sich davon zu befreien. In einem Anfall von Depression beginnt er später wieder Morphin zu nehmen, als einziges Mittel, gegen seine Müdigkeit und hört nach ca.  $1\frac{1}{2}$  Jahren spontan, ohne besondere Willensanstrengung auf. 4 Rezidiven. Es fand sich konstant eine ausgesprochene Pentosurie (Verf. betont die vollständige Wirkungslosigkeit des Insulins als diagnostisches Mittel). Verf. weist darauf hin, daß, während beim Morphinismus die Gelegenheitsursache eine große Rolle spielt, bei der „Morphinomanie“ der konstitutionelle Faktor überwiegt.

Josef Wilder (Wien).<sub>o</sub>

**Strassmann, Georg: Zur Beurteilung von Tötungsdelikten unter Alkoholwirkung.** *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med.* Bd. 85, H. 5/6, S. 371—382. 1926.

Hervorheben möchte Ref. den wichtigen Gedanken, daß die durch Alkoholgenuß verursachten Delikte, die zur Aburteilung kommen, weniger strafbare Handlungen von Trunksüchtigen, als vielmehr in der überwiegenden Mehrzahl solche von Gelegenheitstrinkern sind. Strassmann meint, daß die Sicherungsmaßnahmen, die der neue Strafgesetzentwurf vorsieht, auf die straffälligen Gelegenheitstrinker, zu denen überwiegend die Personen gehören, die unter Alkoholwirkung Straftaten begehen, gegenüber denen die eigentlich Trunksüchtigen an Zahl zurückstehen, selten Anwendung finden werden. Die vorgesehene Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt oder die Schutzaufsicht ist nur auf den Trunksüchtigen in Anwendung zu bringen, wenn er wegen einer in der Trunkenheit begangenen Tat oder wegen Volltrunkenheit verurteilt ist. Eher wird es bei den fließenden Übergängen zwischen Trunksüchtigen und Gelegenheitstrinkern möglich sein, daß das Wirtshausverbot auch den Gelegenheitstrinker trifft, wenn er in der Trunkenheit zu Ausschreitungen neigt oder wegen einer Tat in selbstverschuldeter Trunkenheit oder Volltrunkenheit verurteilt ist.

Ref. vertritt die Meinung, daß darauf schon jetzt in allen Strafanstalten gesehen werden sollte, nicht allein eine Zwangsabstinenz durchzuführen, sondern planmäßig für gründliche Belehrung in der Alkoholfrage zum späteren Anschluß an einen Enthaltensamkeitsverein zu sorgen, der vielleicht dann nach der Entlassung auch zur Schutzaufsicht herangezogen werden könnte. Innerhalb der Anstalten sollten aber schon nach dem Vorbilde der Abstinenzvereine, wie des Guttemplerorden, hierzu dienliche Veranstaltungen getroffen werden.

Juliusburger (Berlin).

**Kant, Fritz: Katatone Motilitätspsychose nach CO-Vergiftung. Ein Beitrag zur Pathogenese der katatonen Symptome.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ., München.*) *Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh.* Bd. 78, H. 3, S. 365—374. 1926.

Bei einem 49jährigen Schmied bestand ein Zustand schwerer motorischer Verlangsamung mit Mangel an Spontaneität. In den ersten Tagen wurden Beeinträchtigungsgedanken geäußert, auch akustische und visionäre Sinnestäuschungen traten auf. Etwa 2 Wochen nach Einsetzen

dieses Zustandes bot der Kranke das Bild einer katatonen Hyperkinese, die in einen akinetischen Stupor überging, dem nach wenigen Tagen ein Zustand von „rigorfreier Starre“, verbunden mit motorisch bedingter Verlangsamung aller psychischen Reaktionen und Mangel an Spontanität, folgte; dabei waren affektive Ansprechbarkeit und Intelligenz nicht krankhaft verändert. Patellar- und Achillesreflexe schwanden während der Krankheit, später waren sie wieder auszulösen.

Zur Annahme der CO-Vergiftung führte die Angabe, daß der Patient im letzten Halbjahr vor der psychischen Krankheit bei der Arbeit häufig Kopfschmerzen, Übelkeit, Aufstoßen und Augenflimmern hatte, sehr blaß aussah, wenn er von der Arbeit zurückkehrte, öfter auch außerhalb der Arbeitsstätte, an der ein rauchender Ofen stand, anhaltende Empfindung von Gasgeruch hatte. Auch bei anderen Arbeitern derselben Arbeitsstätte traten Gasschädigungen auf. Nachdem der Patient seine Arbeit wieder aufgenommen hatte, stellten sich wieder Kopfschmerzen und psychische Krankheitserscheinungen ein.

Seelert (Berlin-Buch).

**Bernhard, Heinrich: Wohnungsnot und Psychose.** (*Inst. f. gerichtl. Med., Univ. Berlin.*) Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. 11, H. 11/12, S. 498—505. 1926.

Auf Grund eigener Erfahrungen sowie des Materials der Frankfurter psychiatrischen Poliklinik kommt Verf. zu der Überzeugung, daß die in der Nachkriegszeit einsetzende Wohnungsnot auf geistig Abnorme ungünstig eingewirkt und besonders die schon gegenüber allen ungünstigen Einflüssen der Großstadt wenig widerstandsfähigen Psychopathen infolge der sich aus ihr ergebenden Unbequemlichkeiten, Reibereien und Streitigkeiten in ihrem Gesundheitszustand schwer geschädigt hat. Bei allen der Einwirkung der Wohnungsnot ausgesetzten und fachärztlich beobachteten Psychopathen ist eine Verschlechterung des seelischen Gesundheitszustandes eingetreten. Die haltlosen Psychopathen reagierten mit depressiven Verstimmungen oder hysterischen Zuständen, die reizbaren Psychopathen mit heftiger Erregung und Neigung zu Gewalttätigkeiten, wieder andere mit Beeinträchtigungs- und teilweise sogar mit systematisierten Wahnvorstellungen. Bei angeborenem oder erworbenem Schwachsinn wurden solche krankhaften Reaktionen durch Urteilsschwäche und Hemmungslosigkeit noch verstärkt. Verf. weist durch Mitteilung zahlreicher beobachteter Beispiele darauf hin, wie schwerer Schaden der Allgemeinheit zugefügt wird, wenn infolge der durch die Wohnungsnot künstlich hervorgerufenen Verschlimmerung einer Psychose oder Auslösung eines pathologischen Ausnahmezustandes (psychopathologische Reaktionen) Gemeingefährlichkeit zutage tritt und entweder eine kriminelle Handlung erfolgt oder Unterbringung in einer Anstalt erforderlich wird, wobei die Frage „Wohnungsnot und Alkoholismus“ nur kurz gestreift wird. Zur Verhütung derartiger Folgen der Wohnungsnot, die bei rechtzeitigem Eingreifen in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle sehr wohl verhindert werden könnten, empfiehlt Verf. das Heranziehen der verschiedenen, bereits bestehenden Fürsorgeeinrichtungen, welche zur Zeit vielfach nicht miteinander, sondern aneinander vorbeiarbeiten, durch das Wohnungsamt und einen möglichst beschleunigten Ausbau des Wohnungs- und Siedlungswesens.

Ollendorff.

**Nothaass, Xaver: Ehescheidung wegen Geisteskrankheit.** Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Med. Bd. 85, H. 5/6, S. 434—436. 1926.

Gegenüber den schizophrenen Psychosen, die weitaus an erster Stelle stehen, erfüllt das manisch-depressive Irresein nur in seltenen Fällen die Voraussetzungen für die Anwendbarkeit des § 1569 B.G.B. (Ehescheidung wegen Geisteskrankheit), und zwar gewöhnlich nur dann, wenn infolge chronischer Manie asoziale Handlungen die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft annehmen lassen oder ein fortgesetzt rascher Wechsel von manischen und depressiven Phasen (zirkuläres Irresein) einen ununterbrochenen Verlauf der Psychose zeigt. Für den letzten Fall führt Verf. ein Beispiel aus der Landesirrenanstalt Sonnenstein bei Pirna (Sa.) an:

Die geistige Erkrankung bestand hier während der Ehe bereits seit 1914 (9 Jahre) und machte ununterbrochen Anstaltsbehandlung erforderlich, so daß man von einer ununterbrochenen Krankheitsdauer sprechen konnte, da die kurzen Besserungen keine vollständige Genesung darstellten. In den Tagen und Wochen ausgesprochener Psychose war die geistige

Gemeinschaft zweifellos völlig aufgehoben. In den Zwischenzeiten konnte das Vorhandensein einer geistigen Gemeinschaft angenommen werden — die Kranke bekundete brieflich reges Interesse um das Schicksal ihrer Familie u. dgl. —, wenn man unter geistiger Gemeinschaft nur gemeinsames Denken, Fühlen und Wollen versteht; wenn man aber auch die Fähigkeit, diesen Willen in die Tat umzusetzen, als eine unerläßliche Bedingung der geistigen Gemeinschaft auffaßt, wie Verf. es tut, so mußte das Vorhandensein der geistigen Gemeinschaft negiert werden, da die immer wieder einsetzenden Krankheitsphasen es der Kranken unmöglich machten, ihre Interessen und Wünsche praktisch sich auswirken zu lassen. Weiterhin sprachen für diese Annahme das starke Überwiegen der Krankheitsperioden über die kurzen Zeiten der Beruhigung sowie die langjährige räumliche Trennung und Entfremdung der Ehegatten. Auf Grund des bisherigen Verlaufs der Krankheit konnte man weiterhin nach dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft eine begründbare Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft nicht annehmen, so daß der Gutachter zu dem Schluß kam, daß jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen war. Das zuständige Gericht hat sich diesen Erwägungen angeschlossen und die Ehe auf Grund des § 1569 BGB. geschieden. Seitdem sind 3 Jahre vergangen, ohne daß sich das Krankheitsbild der Kranken inzwischen geändert hat.

Ollendorff (Berlin-Schöneberg).

**Binswanger, Otto:** Über einen Fall von hysterischem Pseudoparkinsonismus. Zugleich ein Beitrag zur Bewertung der Begehrungsvorstellungen bei der traumatischen Hysterie. Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 56, Nr. 30, S. 735—740. 1926.

Ein 43jähriger, vorher ganz gesunder Arbeiter wurde in einer Wirtschaft ohne Veranlassung von einem angetrunkenen Menschen überfallen und über eine 3 m hohe Treppe hinunter geworfen. Er stand von selbst auf, sank nach einigen Schritten wieder zu Boden. Es fand sich eine Rißwunde im Gesicht; während 5 Tagen blieb er in einem delirösen Zustand, sprach unklar, wollte immer fortgehen, hatte Schmerzen im Hinterkopf. Erst am 2. Tage mußte er einmal erbrechen. In den nächsten Wochen klagte er über Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Depressionen mit Selbstmordgedanken, Angstanfälle. Später kamen typisch hysterische, tonisch-klonische Krampfanfälle hinzu mit Arc de cerce, die während langer Zeit alle paar Tage sich einstellten. Das besondere des Falles liegt aber darin, daß sich bei dem Pat. 3 Monate nach dem Unfall ein dem Parkinsonismus äußerlich recht ähnliches Krankheitsbild entwickelte: Bewegungsarmut des Gesichtes und der Extremitäten, mimische Starre mit weit geöffneten, stier blickenden Augen, leicht vornüber geneigter Körper, beim Gang wenig Mitbewegungen der Arme. Muskelrigidität ist aber nur angedeutet, Speichelfluß, Salbengesicht usw. fehlen. Die 2 ersten Begutachter kommen zum Schluß, daß neben einer traumatischen Hysterie ein organischer Parkinsonscher Symptomenkomplex vorliege, wahrscheinlich bedingt durch kleine, multiple Blutungen in der Nähe der Gehirnaventrikel. Binswanger, dem auffällt, daß sich die Parkinsonsymptome psychisch beeinflussen lassen, faßt auch diese als hysterisch auf und empfiehlt als Oberbegutachter der Unfallversicherung die sofortige einmalige Abfindung. Um eine Kommotionsneurose kann es sich nicht handeln, zu deren Diagnose nach E. Stier neben dem Mangel einer nachweisbaren Hirnverletzung das Auftreten von Bewußtlosigkeit und Erbrechen unmittelbar nach dem Unfall unerläßlich sind. B. mißt im vorliegenden Falle der Kommotion eine viel geringere genetische Bedeutung zu als dem emotionellen Schock bei der brutalen Mißhandlung. Denn die Bewußtseinsstörung und das Erbrechen schlossen sich erst nach kurzer Inkubationsphase dem Unfall an; ferner gehören deliröse Zustände seiner Meinung nach nicht zum Bilde der Kommotionsfolgen. Als Ursache der unfall-neurotischen Symptome dürfen nicht ohne weiteres Begehrungsvorstellungen beschuldigt werden; jedenfalls gilt dies für die erste Phase unseres Falles, die sich durch Schockwirkung des schreckhaften Erlebnisses genügend erklären läßt. Nachträglich wird aber natürlich bei entschädigungspflichtigen Unfällen das traumatisch-hysterische Bild im Rentenkampf durch die auftauchenden Begehrungsvorstellungen beeinflusst, indem die Symptome fixiert oder gesteigert werden. Prophylaktisch muß deshalb hier die sofortige Erledigung durch Abfindung eingreifen. Im vorliegenden Fall ergab die 6 Monate nach der Abfindung vorgenommene Kontrolle, daß der Mann wieder arbeitsfähig geworden war und seine Parkinsonerscheinungen verloren hatte. Die Anfälle zeigten sich aber noch alle 6 Wochen. Am Schluß weist der Verf. auf seine eigene Auffassung über das Wesen der Hysterie hin: Die reine psychogenetische Betrachtungsweise wird der Pathogenese nicht in allen Teilen gerecht. Neben den Erlebnissfaktoren wirken Organminderwertigkeiten, sei es der infracorticalen und spinalen, motorischen und sensiblen Mechanismen, sei es der endokrinen Apparate, mit.

Ernst Stiefel (Winterthur).

**Ravkin, I.:** Kriminelle Reaktionen bei Traumatikern. Žurnal nevropatologii i psichiatрії Jg. 19, Nr. 3, S. 53—64. 1926. (Russisch.)

Von 147 Kranken mit traumatischer Psychoneurose waren 36% gerichtlich belangt wegen Störungen der öffentlichen Ruhe; wegen Diebstahl 16%; wegen Totschlag und Verwundungen 13%, wegen Amtsvergehen 9%, wegen Betrugs 6%, wegen Konter-

revolution 4%, wegen bewaffneter Überfälle 3%. Nur 5% waren vor dem Trauma vorbestraft, alle anderen hatten ihr Vergehen nach dem Trauma begangen. Vom psychiatrischen Standpunkt ließen sich die Vergehen der Kranken in folgende Gruppen einteilen: 1. Vergehen im Dämmerzustand 16,5%, d. h. Vergehen, die bei minimalem Bewußtsein oder in völliger Bewußtlosigkeit mit retrograder Amnesie ausgeführt wurden. An erster Stelle stehen Verwundungen, Totschlag 9 Fälle, Diebstähle 7 Fälle. Die meisten dieser Individuen sind epileptoid. 2. Affektreaktionen 44%. Diese Gruppe ist charakteristisch für die Traumatiker. Die Handlung wird im pathologischen Affekt, in bewußtlosem Zustande ausgeführt und zeichnet sich durch ihre vollständige Zwecklosigkeit aus. Das auslösende Moment liegt oft darin, daß die Traumatiker sich nicht den allgemeinen Bestimmungen fügen wollen, es treten ausgesprochene Anspruchsforderungen auf. Auf die Psyche dieser Traumatiker hat ihre Lage als gefeierte Kriegsinvaliden, die eine Reihe Privilegien besitzen und daher auf allseitige Bevorzugung Anspruch erheben, eingewirkt. Nichtbefriedigung dieser Ansprüche führt bei ihnen zu explosiven Handlungen. Nachdem die Versorgungsheime aufgehoben und die Invaliden zu Arbeitsgemeinschaften vereinigt wurden und sich damit auch ihre Ansprüche minderten, haben diese Art von Vergehen merklich abgenommen. Eine kleine Gruppe von Affektreaktionen äußert sich als Kurzschlußhandlungen, diese führen schwere Verbrechen, Totschlag, Verwundungen, Toben aus, die größere Gruppe der Explosivhandlungen zeichnen sich durch schwere Skandale, Ausschreitungen u. a. aus. 3. Die primitiv Dementen, 20,5%, sind intellektuell und moralisch minderwertig. Bei dieser Gruppe stehen an erster Stelle Diebstähle. 4. Schließlich die Sozialhaltlosen 19%. Die häufigsten Vergehen sind Betrug und Hochstapelei. Was die Zurechnungsfähigkeit der Traumatiker betrifft, so wurden 10% als zurechnungsfähig betrachtet, als unzurechnungsfähig 56% und mildernder Umstände würdig 34%. *Michellson*.

**Rossi, Maria: Les réactions médico-légales chez les encéphalitiques.** (Die gerichtsarztlichen Reaktionen bei den Encephalitikern.) *Encéphale* Jg. 21, Nr. 5, S. 399 bis 406 u. Nr. 6, S. 442—451. 1926.

Für die Delikte der Encephalitiker gibt es 2 Möglichkeiten: Entweder die kriminelle Neigung ist eine direkte Folge der Gehirnerkrankung, oder eine schon ererbte Veranlagung wird lediglich geweckt. Beachtenswert ist, daß die Zahl der kriminellen Encephalitiker sehr gering ist, und daß es sich vorwiegend um Jugendliche handelt. Die Angehörigen sehen in Straffällen keine Veranlassung, über kriminelle Neigungen vor der Erkrankung zu berichten. Unter 12 eigenen Beobachtungen handelte es sich meist um sexuelle Vergehen, zumal Exhibitionismus, ferner um Gewalttätigkeiten und Diebstähle. Die Untersuchung ergab, daß bald Willensstörungen im Vordergrund standen, bald übermäßige Reizbarkeit, Mangel an Kritik, Affektschwankungen, nur einmal Bewußtseinstörung. Eigentliche Zwangshandlungen fehlten. Immer fast ließ sich Hemmungsschwäche nachweisen. Einzelne hatten zweifellos perversen Hang. Bei der großen Mehrzahl fanden sich Zeichen ererbter bzw. konstitutioneller Minderwertigkeit. Obgleich also die Encephalitis in der Regel auf eine schon vorhandene Veranlagung trifft, wird man doch verminderte Zurechnungsfähigkeit anzunehmen haben.

*Raecke* (Frankfurt a. M.).

**Gelma, Eugène: L'imputabilité pénale des délirants.** (Die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit der Kranken mit Wahnideen.) (*11. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 27.—29. V. 1926.*) *Ann. de méd. lég.* Jg. 6, Nr. 8, S. 400—408. 1926.

Die partielle Zurechnungsfähigkeit wird energisch verteidigt. Der Vortr. geht sogar noch darüber hinaus. Er sagt, wenn es sich bei der Paranoia nicht um Halluzinationen handelt, sondern nur um Wahnideen, so steht der Kranke seinem vermeintlichen Feinde genau so gegenüber wie ein normaler Mensch seinem wirklichen Feinde. Er muß also genau so behandelt werden wie der normale Mensch. Er hat also nur dann ein Recht, gegen den vermeintlichen Feind vorzugehen, wenn es auch dem normalen Menschen entsprechend gestattet ist.

Während de Teyssieu in der Diskussion den Mut des Vortr. lobt, äußert Ley mit Recht die schwersten Bedenken. *Göring* (Elberfeld).<sup>oo</sup>

**Porot, A.: Une forme rare d'auto-hétéro-accusation de la part d'une persécutée mélancolique.** (Eine seltene Form kombinierter Selbst- und Fremdbeschuldigung bei einer melancholischen Paranoïden.) (*11. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 27.—29. V. 1926.*) *Ann. de méd. lég.* Jg. 6, Nr. 8, S. 377—378. 1926.

Bei einer 44jährigen Frau entwickelt sich im Laufe eines Jahres ein paranoïdes Zustandsbild. Während einer mit Angst und zahlreichen Gehörshalluzinationen verbundenen Steigerung ihres krankhaften Zustandes erschießt die Kranke ihre vermeintliche Verfolgerin. In der Haft zunächst depressives Zustandsbild mit Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen. Abflauen der akuten Phase, Verschwinden der Krankheitssymptome. Die Angeklagte beschuldigt nun plötzlich ihre Schwester der Anstiftung zum Morde und behauptet auch, daß ihre Schwester sie dazu aufgefordert habe, die Geisteskranke zu spielen. Die Angeklagte beschuldigt sich also selbst der Simulation, offenbar um der Internierung wegen Geisteskrankheit zu entgehen, und beschuldigt eine andere Person der Anstiftung zu Mord und Simulation, um die Verantwortlichkeit für ihre strafbaren Handlungen abzuwälzen. *Heidenhain* (Tübingen).<sup>o</sup>

**Łuniewski, W.: Ein Fall von Tötung dreier Menschen aus eingebildeten Gründen.** *Rocznik psychiatr. Jg. 1926, H. 4, S. 45—63. 1926.* (Polnisch.)

Interessanter Gerichtsfall. Ohne Prämeditation, sondern im Affekt aus falsch aus kombinierten Selbstverteidigungsgründen zweimal vollführter Mord von einem schizoiden Paranoiker, der in kriminell-psychopathologischer Hinsicht als in seinen Reaktionen enorm primitiver Typus zu gelten hat von äußerst impulsivem und reaktivem Charakter. *Higier* (Warschau).<sup>o</sup>

**Décsi, Karl: Beitrag zur forensischen Bedeutung der pathologischen Rauschzustände.** *Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 29, Nr. 2, S. 37—38. 1927.*

Es handelt sich um einen Wutanfall bei einem berauschten, vom Schlafe plötzlich erweckten Individuum, der einer Illusion und daran geknüpften irrtümlichen Folgerungen unterlag. Die Folge davon war eine stundenlange Beschimpfung und Mißhandlung einer verkannten und falsch verdächtigten Person. *Birnbaum* (Herzberge).

**Truelle, Rogues de Fursac et Bonnet: Un cas d'amnésie retardée.** (Ein Fall verzögerter Amnesie.) (*Soc. de méd. lég. de France, Paris, 13. XII. 1926.*) *Ann. de méd. lég.* Jg. 7, Nr. 1, S. 39—46. 1927.

43jähriger Mann meldet sich selbst bei der Polizei und berichtet, ein Mädchen, mit dem er in einem Hotel die Nacht zugebracht hatte, in einem plötzlichen Impuls erdrosselt zu haben, als er merkte, daß diese ihm seine Brieftasche stehlen wollte. Tatsache der Erdrosselung stimmt. Später tritt völlige Amnesie an dies Erlebnis ein. Es ließ sich nur feststellen, daß der Täter am Tage vorher stark getrunken hatte. Keine manifesten psychotischen Symptome. Die Skepsis gegen die angegebene Amnesie schwand erst nach genauer Feststellung des Vorlebens; es stellte sich heraus, daß der Täter ein schwerbelasteter epileptoider Psychopath war, der namentlich in der letzten Zeit an dipsomanischen und poriomanischen Attacken gelitten hatte, in denen er Verkehrtheiten wie Selbstmordversuche gemacht hatte, an die hinterher Amnesie bestand. In einem solchen unwiderstehlichen Impuls war der Mann nach Paris gereist, hatte das Mädchen kennengelernt, mit der er 2 Tage zusammenlebte, trank in diesen Tagen außerordentlich viel, namentlich am Tage vor dem Verbrechen.

Es ist glaubhaft, daß die Tat in einem Dämmerzustand ausgeübt wurde; die Verzögerung der Amnesie erklärt sich so, daß Personen, solange der Dämmerzustand dauert, noch eine gewisse Erinnerung an die Erlebnisse im Dämmerzustand haben, aber nach dem Schwinden des Dämmerzustandes amnestisch an die Erlebnisse in demselben werden. Exkulpation und Anstaltsinternierung angezeigt. *F. Stern.*

**Materna: Über Schädelveränderungen bei Epilepsie und Idiotie mit besonderer Berücksichtigung der Nahtverknöcherungen.** (*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. 333-346. 1926.

Bei Idiotie und Epilepsie sind Schädelveränderungen sehr häufig. Nach Ausscheidung der nach völligem Abschluß des Schädelwachstums entstandenen Epilepsien verfügt Verf. über 200 Fälle. 40% der Epileptiker-, 60% der Idiotenschädel zeigen stärkere Veränderungen. Bei der Epilepsie stehen die prämaternen Nahtsynostosen an erster, Megacephalie (ohne Hydrocephalus) an zweiter Stelle; bei Idiotie sind asynostotische Mikrocephalien am häufigsten, dann folgen auch hier vorzeitige Nahtverknöcherungen. Letztere finden sich in 19% der Idioten-, in 12% der Epileptikerschädel. Während sonst bei prämaternen Synostosen das Knochenwachstum in der auf der betreffenden Naht

senkrechten Richtung meist gehemmt ist, bleibt diese Hemmung in diesen Fällen oft aus oder erfolgt sogar in einer der zu erwartenden entgegengesetzten Richtung. Dies spricht gegen eine primäre intrauterine Gehirnschädigung und für relativ späte Entstehung der Synostosen. Als Ursache kommt eine primäre Hirnschädigung wohl in vielen Fällen in Betracht, aber nicht in allen: Die Nahtverknöcherung kann auch das Primäre und vielleicht sogar die Ursache späterer Epilepsie sein. Bemerkenswert ist noch, daß das schon an sich von Epileptikern erreichte geringe Lebensalter bei solchen Synostotikern besonders niedrig ist.

F. Wohlwill (Hamburg).<sup>o</sup>

**Becker: Alkoholversuch bei gerichtlich zu begutachtendem Epilepsieverdacht.** Zeitschr. f. Medizinalbeamte u. Krankenhausärzte Jg. 39/48, Nr. 20, S. 481—483. 1926.

Bei forensischen Fällen wird zur Klärung der Diagnose Epilepsie, wenn während einer mehrwöchigen Beobachtungszeit alle Methoden versagen, zur experimentellen Hervorrufung eines epileptischen Anfalles eine vom Autor erprobte Methode empfohlen. Der zu Beobachtende darf nicht erfahren, daß er Alkohol bekommt. Er erhält unter irgendeinem Vorwand eine Mixtur von 100 g, die 45 g 90proz. Alkohol und 50 g gesättigte Zuckerlösung enthält und der zur Verdeckung des Alkoholgeschmackes 1 g Thymol zugegeben wird. Der Autor hätte noch auf die Hyperventilationsmethode eingehen können.

Pohlisch (Berlin).<sup>o</sup>

**East, W. Norwood: Some forensic aspects of epilepsy.** (Einige forensische Ansichten über Epilepsie.) Journ. of ment. science Bd. 72, Nr. 299, S. 533—541. 1926.

Nach einer Statistik von East ist die Zahl der an Epilepsie leidenden Gefangenen nicht groß: unter 8731 männlichen Gefangenen waren es 39 (0,4%), unter 760 weiblichen Gefangenen 5 (0,6%), die an genuiner Epilepsie litten. Nicht in allen Fällen stand die Tat mit der Epilepsie in ursächlichem Zusammenhang. An einer Reihe von Beispielen erörtert er das Verhalten der Erinnerung bei den automatischen Taten der Epileptiker. Von einigen Autoren wird eine partielle Erinnerung angenommen. Nach seinen eigenen Erfahrungen, die Bestätigung finden bei einer großen Reihe anderer Autoren (Savage, Maudsley, Mercier, Pietersen, Jelliffe, White u. a.) werden die automatisch ablaufenden Handlungen der Epileptiker nicht erinnert.

Siemerling (Charlottenburg).<sup>o</sup>

**Kehrer, F.: Die modernen Anschauungen über die Pathogenese der Homosexualität.** (*Neuro-psychiatr. Klin., Univ. Breslau.*) Med. germano-hispano-amer. Jg. 2, Nr. 2, S. 114—119. 1924. (Spanisch.)

Es gibt eine konstitutionelle oder angeborene Homosexualität. Diese ist durch die Keimanlage bedingt, tritt meist vor der Pubertät zutage, ist mehr oder weniger unabhängig von den psychogenen Einflüssen der Umwelt und bleibt durchs ganze Leben bestehen. Zwischen dieser endogenen und der durch äußere Umstände bedingten und wieder verschwindenden Homosexualität gibt es alle möglichen Übergangsformen. Meist finden sich zugleich noch andere psychosexuelle Abnormitäten (Androgynie, Transvestitismus) oder psychopathische Symptome. Der endogene Ursprung beruht auf einer Störung in der Anlage des endokrin-cerebralen Apparates (abnorme Anlage der Keimdrüsen, der Nebennieren, der Epi- und Hypophyse). Die Theorie von Steinach (zwittrige Anlage des Zwischengewebes der Keimdrüse) ist noch nicht einwandfrei begründet.

Ganter (Wormditt).<sup>oo</sup>

**Marcuse, Max: Zum Thema „Anonyme Briefe“.** Zeitschr. f. Sexualwiss. Bd. 13, H. 9, S. 312—314. 1926.

Verf. schildert einen Fall aus seiner forensischen Praxis, in dem eine unbescholtene, bis dahin in jeder Beziehung gut beleumdete 48jährige Frau eines ebenfalls des besten Rufes sich erfreuenden Bahnbeamten auf Grund der Gutachten mehrerer als zuverlässig bekannter Schriftsachverständiger für die Schreiberin von zahlreichen anonymen Briefen erklärt wurde, die unfähigste Ausdrücke und Beschimpfungen enthielten. Trotz Leugnens Verurteilung in erster Instanz wegen verleumderischer Beleidigung unter besonderer Berücksichtigung der „niederen Gesinnung“ zu 1½ Jahren Gefängnis. Motiv rätselhaft, wahrscheinlich wirtschaftlicher Neid. Die Verurteilte beteuerte nach wie vor ihre Unschuld. Im Berufungsverfahren wurde Verf., der auf Grund der übereinstimmenden Schriftgutachten an der objektiven Schuld

der Angeklagten keinen Zweifel hatte, als ärztlicher Sachverständiger zugezogen. Verf. sieht in dem Schreiben anonymer Briefe eine „sexuelle Ersatzhandlung, ein spezifisch weibliches Sexualdelikt“, mit dem sich Persönlichkeiten, die ihre Erotik und Sexualität hätten unterdrücken müssen, ein Ventil verschafften, um sich auf solche Weise irgendwie auszuleben. Teilweise Geständnis dem Verf. gegenüber: Briefe geschrieben, aber nicht „solche Schweinereien“, die sie anekelten. Damals Drang zum Bekritzeln von Papieren, Tapeten und ähnlichem, zum Abschreiben von Romanen, Zeitungen „ohne Sinn und Verstand“. Weitere Explorationen ergaben: 18jährige Ehe, außer 5 Kindern 6 operative Fehlgeburten, seit zwei Jahrzehnten frigide, starke sexuelle Ansprüche von seiten des Mannes, Gefühl mißbrauchter und unterdrückter Sexualität. Steigerung des Phantasiebens. Starke Eigenbeziehungen, hysterische Konstitution, Wechseljahre. Gutachten: Sexualdelikt, nicht wirtschaftlicher, sondern sexueller Neid. Angeklagte mißgönnte in dem „klimakterischen Zustand einer Kurz-vor-Tor-Schlußpanik“ der betreffenden Dame, die nachgewiesenermaßen von den Kollegen und Bekannten ihres Mannes, nicht von diesem selbst, umworben wurde, ihre erotische Geltung, § 51 nicht anwendbar; aber mildes Berufungsurteil. *Buhitz* (Königsberg i. Pr.).

**Serin, Suzanne: Une enquête médico-sociale sur le suicide à Paris.** (Eine Untersuchung von einer Anzahl von Selbstmorden in Paris vom soziologischen und ärztlichen Gesichtspunkte aus.) *Ann. méd.-psychol.* Jg. 84, Bd. 2, Nr. 4, S. 356—363. 1926.

Eigene Beobachtungen der Verf. aus der psychiatrischen Klinik von Henri Rousselle erstrecken sich auf 420 Fälle von Selbstmord, die in der Zeit von Januar 1925 bis Oktober 1926 beobachtet wurden. Von diesen waren 230 Männer, 172 Frauen, 17 Kinder unter 18 Jahren. 200 Personen, die sich das Leben nahmen, waren ledig, 138 verheiratet, 14 verwitwet, 24 geschieden. Die Motive des geistig normalen Selbstmörders sind oft seelischer Kummer, der beispielsweise durch Todesfall eines nahestehenden Menschen oder durch verschmähte Liebe hervorgerufen ist. Hiernach folgen die Selbstmorde, die von geistig kranken Personen ausgeführt wurden. In 32 von diesen Fällen lag Vererbung vor. Selbstmorde in der Familie waren in 8 Fällen vorhanden; bei den Kindern war oft eine psychische Anomalie die Ursache; in vielen Fällen spielte auch die schlechte Umgebung eine Rolle. Verf. beschäftigt sich sodann mit der Frage, ob und in welcher Form eine große Anzahl von Selbstmorden verhindert werden könne. Sie hält dieses für möglich und weist auf die Gründung eines „Service social“ hin, der sich die Verhütung von Selbstmorden zur Aufgabe stellte und oft Erfolg hatte. Verf. berichtet, daß sie selbst eine Anzahl von Personen, die in ihrer Not diese Stelle aufsuchten oder ihr zugeführt wurden, untersucht und beraten habe; wenn es nötig gewesen wäre, seien diese in einer Anstalt untergebracht oder ihrer schlechten Umgebung entzogen worden, falls der tiefere Grund in einer solchen lag. *Foerster* (Münster).

**Pussep, L.: Über Selbstmord bei Schülern.** *Folia neuropathol. Estoniana* Bd. 5, H. 2, S. 181—216. 1926.

Der Selbstmord ist nach Verf. das Resultat einer Schwächung oder eines Schwundes des Selbsterhaltungstriebes, und in diesem Sinne ist der Selbstmord nicht nur eine soziale Erscheinung, sondern eher als ein biologisches Phänomen zu betrachten. Das jugendliche Alter gewährt dank seiner psychischen und psychologischen Einstellung und seiner physischen Eigenart den dankbarsten und empfänglichsten Boden zur Entstehung solcher seelischer und emotiver Zustände, bei welchen letzteren die Gleichgültigkeit gegenüber der Erhaltung des Lebens und das Streben zum Tode in verhängnisvollster Weise sich verflechten. Geht man vom medizinischen Standpunkt an die Prüfung der verschiedenartigen Motive zum Selbstmord heran, so erweisen sich alle die Gründe von besonderer Bedeutung, die gewissermaßen im Organismus stecken, seine Konstitution, die Schwächung seines Selbsterhaltungstriebes, die ererbt sein, von alkoholischen Eltern stammen, wie auch in Abhängigkeit von den Wechseljahren stehen kann, d. h. die Gründe biologischen Charakters die vorwiegendsten sind, da sie zu einer pathologischen Erschlaffung des Selbsterhaltungstriebes führen, und daß es auch diese Gründe sind, die Kinder für gute oder schlechte Beispiele empfänglich machen. Sein eigenes, 18 Fälle umfassendes Material (8 männliche, 10 weibliche) zeigt, daß die größte Zahl auf das 16. Lebensjahr fällt; auf die Jahre 16—18 kommen mehr als die Hälfte aller Fälle, d. h. in diesen Jahren ist das Nervensystem infolge der Prozesse, die



in den Geschlechtsdrüsen vor sich gehen, besonders labil und empfänglich für die verschiedensten seelischen Erregungen. Auf 100000 Elementar- und Mittelschüler Estlands kamen 1922 = 1,6, 1923 = 5,0, 1924 = 2,5, 1925 = 5,8 Selbstmorde. Nach den Motiven konnte er sein Material einteilen in 6 Gruppen. Zur 1. Gruppe gehören Fälle, wo als Grund ein schweres Vergehen gegen die gesellschaftliche Moral vorlag (Schwangerschaft, Diebstahl); die 2. Gruppe umfaßt unheilbar Kranke (Lungentuberkulose, Angst vor Syphilis); die 3. Gruppe wird gebildet von schwer belasteten Individuen, die 4. von solchen, wo die Neigung zum Selbstmord selbst vererbt ist; bei der 5. Gruppe liegt der Grund in schweren Familientragödien oder starker Überanstrengung außerhalb der Schule; bei der 6. Gruppe waren lediglich geschlechtliche Erlebnisse nachweisbar. — Die Frage der Prophylaxe hängt eng zusammen mit der Hilfeleistung an allen nervösen und schwachen und geisteskranken Menschen; es ist nötig, besondere Ambulatorien für psychische Fürsorge zu gründen. Die Schule muß in den Kindern die Freude am Leben wecken, Rücksicht auf den physiologischen Zustand des Organismus in den verschiedenen Perioden seines Wachstums nehmen und für das geistige Leben des Jünglingsalters besser Sorge tragen; die Jünglinge und Jungfrauen sollen in der Schule nicht nur Lehrer, sondern auch Erzieher finden, zu denen sie volles Zutrauen haben können. *Schob (Dresden).*

**Pfahler, Gerhard: Schüleraussagen über eine Ernsthandlung. Ein experimenteller Beitrag zur Psychologie der Zeugenaussage.** (*Pädag. Seminar, Univ. Tübingen.*) Zeitschr. f. angew. Psychol. Bd. 27, H. 6, S. 449—510. 1926.

Verf. befaßt sich unter anderem mit der Frage, inwieweit ein Richter, der einen Tatbestand auf Grund von Kinderaussagen festzustellen hat, mit einer Affektbeteiligung rechnen muß. Die angestellten Versuchsszenen wurden so gestaltet, daß sie nur das zum Gegenstand hatten, was der Schüler innerhalb der Schulgemeinschaft normalerweise erlebt. Bei diesen Versuchen wurde das Wirksamwerden der Suggestion berücksichtigt. Ganz grobe Suggestivfragen hatten mit fortschreitendem Alter keine Wirkung, während bei den weniger deutlichen Suggestivfragen eine Verschiedenheit in der Wirkung je nach dem Alter nicht festgestellt wurde. Er kam bei seinen Ernstversuchen zu dem Resultat, daß die Häufung richtiger Antworten auf einzelne Fragen durchaus keinerlei Garantie für die ebenso richtige Beantwortung anderer, etwa suggestiver Fragen bietet. Wichtig ist bei allen Aussagen die richtige kausale Zusammenordnung der einzelnen Elemente der Handlung. Entscheidend ist für den Zeugen bei der gedächtnismäßigen Feststellung des kausalen Ablaufes das Tempo des Nacheinander. Sind während oder nach der Beobachtung seine Affekte stark beteiligt, so gestaltet sich für ihn die Rekonstruktion außerordentlich schwierig. Außerdem hängt auch viel von der Gleich- und Verschiedenartigkeit der einzelnen Glieder der Kausalkette ab. Nach der Auffassung des Verf. ist niemals eine vollkommen objektive Wiedergabe der Handlung möglich, wenn unter starker innerer Beteiligung ein aus Wort- und Handlungsfolgen aufgebauter Streit beobachtet wird. Hierbei kommt schon während der Beobachtung eine wertende Stellungnahme oder Verarbeitung. Verf. spricht weiter davon, daß die Kinder bei der Reproduktion mit phantastischen Zutaten verschiedenster Art die Lücken unbewußt ausfüllen; dadurch wollen sie z. B. einer Streitszene mehr Zusammenhang geben. Die Erzählung oder Niederschrift einzelner Erinnerungsmomente geschieht in der Regel in der „Dann“-Form. Diese „Dann“-Form ist ein primitiver Versuch einer Zusammenordnung des darzustellenden Sachverhaltes. Bei seinen Versuchen traten auch reine Falschberichte zutage; es war hier jegliches Interesse an einem wahrheitsgemäß aussagenden Bericht verloren gegangen. Diesen Schüleraussagen bei Ernstversuchen folgt dann ein Ergänzungsversuch mit Erwachsenen. Deutlich erkennt man hierbei die Hineinverlegung gewisser Wertungstendenzen der Zeugen in die Tatbeschreibung. Dieses geht aus den Begründungen der Sympathie und Antipathie in den Fragebeantwortungen hervor. Der Richter hat also, handelt es sich um Ernstsituationen, damit zu rechnen, daß auch gebildete, erwachsene Zeugen

Teile des Tatbestandes nicht oder falsch aufgefaßt haben, bzw. sich nicht mehr an den Vorgang erinnern.

Foerster (Münster).

● **Baumgarten, Franziska: Die Lüge bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse einer Umfrage.** Zeitschr. f. angew. Psychol. Beih. 15, S. 1—121. 1926. RM. 6.—.

Verf. hat in einer psychologisch recht geschickten und relativ einwandfreien Weise eine Umfrage über Kinderlügen veranstaltet, wobei sie sich an die Kinder selbst mit einem entsprechend abgefaßten Fragebogen wandte. Als Unbekannte näherte sie sich in den Schulen den Kindern und gewann ihr Vertrauen durch die Zusicherung der Anonymität und Beseitigung der Furcht vor moralisierender Beurteilung. In Anbetracht der immerhin gegebenen Unsicherheit der Methode wurde bei der Verwertung der Resultate alles irgendwie Zweifelhafte ausgeschaltet. Die Resultate, die im einzelnen hier nicht wiedergegeben werden können, sind höchst interessant und auch lehrreich für den Kriminalisten, nicht nur in der engen Anwendung auf die Kinderwelt. Interessant sind speziell die Verschiedenartigkeit der Motivierung der Lügen mit zunehmendem Alter und bei verschiedenartigem Milieu, das Verhältnis der Kinder zu ihren Lügen und das Wesen des Schuldgeständnisses. Beachtenswert ferner die außerordentliche Häufigkeit von Lügen sei es im Hause, sei es in der Schule. Die Lektüre sei vor allem denjenigen empfohlen, die immer noch geneigt sind, aus von den als Leumundszeugen vernommenen Lehrern berichteten Schullügen weitgehende Schlüsse auf die Glaubwürdigkeit von jugendlichen Personen zu ziehen. Sehr hübsch ist auch die Beobachtung, daß manche Kinder ohne Bedauern und Scham nur gegenüber von Personen zu lügen scheinen, die ihnen antipathisch sind, speziell gerade gegenüber dem Schullehrer. Verf. unterscheidet nicht ungeschickt zwischen passiven und aktiven (phantasieproduktiven) Lügen, (nur ein Teil der letzteren kommt in der Regel für die Glaubwürdigkeit in Betracht — der Ref.). Die bewußte Lüge der Kinder erweist sich qualitativ nicht verschieden von der Lüge der Erwachsenen, sie gehört zu demselben Kapitel der Notlüge. Entsprechend der Eigenart des Kindes ist aber die kindliche Notlüge naiver und komischer.

Vorkastner (Greifswald).

**Tjaden, John C.: Emotional reactions of delinquent boys of superior intelligence compared with those of college students.** (Gemütliche Reaktionen von kriminellen Jungen guter Intelligenz verglichen mit solchen Reaktionen von Kollegeschülern.) Journ. of abnorm. a. soc. psychol. Bd. 21, Nr. 12, S. 192—202. 1926.

Experimentelle Untersuchungen mit Listen von bestimmt ausgewählten Worten (Pressey Tests). Bei der 1. Liste sollen die unangenehm wirkenden angestrichen, bei der 2. sollen die zueinandergehörigen durch Striche verbunden, bei der 3. die häßlichen Worte unterstrichen, und bei der 4. diejenigen, die die Untersuchungsperson am schlimmsten gequält haben, bezeichnet werden. Ein greifbares Ergebnis ist nicht erzielt worden.

Reiss (Dresden).

**Pilez, Alexander: Zur Psychologie des Okkultismus.** (Akad. Ver. f. med. Psychol., Wien, Sitzg. v. 21. X. 1926.) Wien. med. Wochenschr. Jg. 76, Nr. 46, S. 1372—1373. 1926.

Pilez erklärt die Hypnosesüchtigkeit und den Hang zum Okkultismus, zur Telepathie, Tischrücken usw. nach dem Weltkriege aus Übersättigung und Unbefriedigtsein durch krassen Intellektualismus und Materialismus, innere Haltlosigkeit und triebhafte Sehnsucht zur Mystik. Sein Standpunkt gegenüber den okkulten Phänomenen ist der Kant'sche: „Nichts a priori negieren, jedoch nach allen Anforderungen kritischer Forschung prüfen, ob einwandfreies Tatsachenmaterial vorliegt,“ insbesondere da der moderne Okkultismus den Anspruch erhebt, Wissenschaft zu sein. Besondere Berücksichtigung bei exakter Kontrolle erfordern zahlreiche Fehlerquellen, die unbedingt ausgeschaltet werden müssen. So müssen Zufälligkeiten durch zahlreiche und lange Versuchsreihen ausgeschlossen werden, wobei die Überwertung und gedächtnisfestere Einprägung positiver und die leichtere Gedächtnisverdrängung negativer Ergebnisse besonders erwähnenswert sind. Eine weitere Fehlerquelle bilden Erinnerungsfälschungen, begünstigt durch affektive Einstellung, sodann die Einbildung (Fremd- und Autosuggestion), gleichfalls durch das Affektleben verstärkt, und die Glaubensbereitschaft, ferner die Kombinationsfähigkeit des Mediums und helfende verräterische Gebärden

oder Mienen Anwesender. Nicht selten liegt auch Mangelhaftigkeit und Unmöglichkeit jeglicher exakter wissenschaftlicher Kontrolle bei den Sitzungen vor. Bei Berücksichtigung aller dieser Fehlerquellen und exakter Kritik ist nach Verf. bisher kein einwandfreier Beweis für die Existenz „medialer“ Fähigkeiten und Erscheinungen erbracht, womit jedoch andererseits die Möglichkeit nicht ausgeschlossen werden darf. Bisher sind entweder keine der betreffenden Phänomene zustande gekommen oder aber die Medien wurden auf Taschenspielertricks ertappt, wobei zu bedenken ist, daß der Betrug nicht immer nur aus Geldgier, zuweilen auch nur aus Lust am Schwindeln und Duplicieren ausgeübt wird. Die Anhänger des Okkultismus sind meist unbelehrbar, auch trotz gerichtlich nachgewiesenen Betruges, sie lassen die primitivsten Kontrollmaßnahmen außer acht, ermangeln oft jeglicher sachlichen Kritik in dieser Richtung, auch Naturwissenschaftler, Gelehrte, Ärzte und Juristen, bei denen es sich dann um einen sog. „überwertigen Ideenkomplex“ handelt. Da der moderne Okkultismus behauptet, wissenschaftlich (nicht nur gläubig) zu wertendes Tatsachenmaterial zu bringen, so muß er auch nach den strengsten Anforderungen der Wissenschaft geprüft und schonungslos dort bekämpft werden, wo er durch schwindelhafte Betrügereien die Glaubenssehnsucht der Mitmenschen ausbeutet. *Ollendorff* (Berlin).

**Moers, Martha: Zur Psychologie des Reueerlebnisses.** Zeitschr. f. pädag. Psychol., exp. Pädag. u. jugendkundl. Forsch. Jg. 27, Nr. 6, S. 257—266. 1926.

Verf. sucht in die verwickelten Zusammenhänge, die einem pathologischen Versagen auf sittlichem Gebiet zugrunde liegen können, systematische Klarheit zu bringen. Ein solches Versagen zeigt sich nach außen deutlich z. B. in dem Ausbleiben jeglichen Reuegefühls in Fällen, wo es normalerweise sicher zu erwarten wäre, bei anderen wieder in sehr lebhaftem Reuegefühl, das aber ohne Einfluß auf das weitere Verhalten bleibt. Defekte der Intelligenz, die die Wertung der Tat oder die Erinnerung an sie erschweren, Gefühlsanomalien, die das Beziehen der Wertungen auf die eigene Person, das Auftreten des Schuldgefühls ausschließen sowie Willensstörungen, die die Auswirkung des Reueerlebnisses verhindern, können einzeln oder in jeglicher Zusammenpaarung die erwähnten sittlichen Ausfallerscheinungen hervorbringen. Es bleibt etwas unentschieden, wieweit die Arbeit die theoretische Aufzählung der möglichen Fälle oder die analytische Beschreibung vorkommender Sachverhalte darstellt. Verf. erklärt dies selbst durch die Schwierigkeit, kompliziertere Fälle in genügender Zahl zu untersuchen; die Personen, die bei sonst intakter Intelligenz ihren diesbezüglichen Defekt zu verbergen wissen, gelangen eben gar nicht zur Untersuchung. Deshalb muß insbesondere die Frage offengelassen werden, ob ein krankhaftes Versagen auf sittlichem Gebiet ohne irgendeinen, wie auch immer ungrenzten Defekt dessen, was wir Intellekt oder Einsicht nennen, überhaupt vorkommt.

*Eva Rothmann* (Berlin).

**Ameghino, Arturo, und Lanfranco Ciampi: Die Methoden der experimentellen Psychologie in der forensischen Psychiatrie.** Rev. de criminol., psiquiatr. y med. leg. Jg. 13, Nr. 76, S. 385—394. 1926. (Spanisch.)

Die Methoden der experimentellen Psychologie bilden für die gerichtliche Psychiatrie ein nützliches, wenn auch nicht ein unumgänglich notwendiges Hilfsmittel zur Diagnosenstellung. Wichtig zur Erkennung geistiger Defektzustände. *Ganter*.

**Vorster, R.: Über die Wertigkeit unehelicher Mütter.** Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr. Bd. 1, H. 5, S. 423—425. 1926.

Zur Klärung der Frage, ob die unehelichen Kinder den ehelichen in ihrer Konstitution gleichzustellen sind, untersucht der Verf. die „Wertigkeit unehelicher Mütter“. 224 Fälle standen ihm für seine Untersuchung zur Verfügung. Den größten Prozentsatz der unehelichen Mütter stellen Dienstmädchen (24,6%), es folgen Fabrikarbeiterinnen (23,7%), Arbeiterinnen in der Landwirtschaft (18,5%), dann mit geringem Anteil Haustöchter, Kontoristinnen usw. Von den Vätern waren 33,8% Fabrikarbeiter, 16,6% Handwerker, 12,8% Arbeiter in der Landwirtschaft, 11,1% Soldaten, 10,6% Kaufleute und Angestellte, die übrigen Kellner u. a. oder unbekannt. 16% der Frauen waren zur Zeit der Empfängnis betrunken. 0,5% der Mütter waren selbst unehelich geboren. 21% dieser unehelichen Kinder waren seitens ihrer nächsten Abstammung erblich belastet (Vater Alkoholiker, Verbrecher, Mutter hat epileptische Anfälle usw.). Nimmt man die durch die Erzeugung im Rausch hervorgerufene Minderwertigkeit dazu, so sind 38% der Kinder von ihrer Familie her als minderwertig anzusehen, ein Teil von seiten der Mutter, der andere durch die besonderen Umstände bei der Befruchtung. In dieser Minderwertigkeit der unehelichen Mütter ist aber keineswegs der einzige Grund für ihre uneheliche Mutterschaft zu sehen.

*Maria Hodann* (Berlin).