

**De Petri, Mario:** *Sulla vitalità di alcuni microorganismi patogeni inoculati nelle vene dei cadaveri.* (Über die Lebensfähigkeit einiger pathogener Mikroorganismen bei Einbringen in die Venen von Kadavern.) (*Istit. d'ig., univ., Modena.*) *Boll. dell'istit. sieroterap. milanese* Bd. 6, H. 5, S. 336—340. 1927.

Zum Nachweis der Lebensfähigkeit pathogener Keime in der Leiche wurden durch Entbluten getötete Kaninchen intravenös Bakterien injiziert und die Kadaver bei einer Außentemperatur von 7—8° gehalten. Es ergab sich, daß *Pyocyanus* sowie *Staphylococcus aureus* noch nach 16 Tagen aus dem Herzen und der Leber gezüchtet werden konnten, nach 14 Tagen aber nicht mehr; dagegen blieb eine säurefeste *Streptothrix*-art nur in den ersten beiden Tagen nachweisbar. Die Erreger der Geflügel-Tuberkulose fanden sich noch nach 14 Tagen, gingen aber nach 18 Tagen zugrunde. Die derart aus den Kadavern gezüchteten Bakterien hatten durchwegs ihre Virulenz bewahrt.

*Hammerschmidt* (Graz).

**Kernbach, M., V. Fisi et D. Berariu:** *Recherches histo-chimiques sur les substances graisseuses pendant la putréfaction.* (Mikrochemische Untersuchungen über die Fettsubstanzen während der Fäulnis.) (*12. congr. de méd. lég. de langue franç., Lyon, 4.—6. VII. 1927.*) *Ann. de méd. lég. Jg. 7*, Nr. 10, S. 598—604. 1927.

Die Veränderungen des Fettes und der Lipoide während der Fäulnis wurden an menschlichen und tierischen Leichen durch mikrochemische Reaktionen (Färbung der Schnitte mit Scharlachrot, Sudan, Nilblau, Cholesterinfärbung nach Schultz, Lipoidfärbung nach Ciaccio und Smith-Dietrich, Färbung der Fettsäuren nach Fischler und polarimetrische Untersuchungen) studiert. Dabei zeigte sich, daß die Fette und Lipoide an der Zersetzung durch Fäulnis ebenfalls beteiligt sind, wobei bestimmte periodische Veränderungen wahrzunehmen sind. Die Säurebildung beginnt im Kadaver nach etwa 15 Tagen, die Seifen erscheinen am 60. und verschwinden am 80. Tag; die Fettsäuren entstehen zu gleicher Zeit wie die Seifen, halten sich aber viel länger. Die Lipoide zeigen unregelmäßige Veränderungen.

*Hammerschmidt.*

### Versicherungsrechtliche Medizin.

**Barkman, Åke:** *Zur Differentialdiagnose der traumatischen Neurose.* (*Med. avd., akad. sjukh., Uppsala.*) *Hygiea* Bd. 89, H. 23, S. 913—929. 1927. (Schwedisch.)

42jähriger Bergmann stürzt 40 m tief in einem Schachtkorb herab; wird nach etwa 1 Stunde stehend, in verwirrtem Zustand aufgefunden; keine Zeichen eines Schädelbruches. Der sich im Anschluß daran entwickelnde Zustand von motorischer Schwäche und Steifigkeit wird zunächst für psychogen gehalten und demgemäß bei der Rentenbemessung gering (25%) bewertet, auch bei Untersuchung in der Universitätsklinik. 4 Jahre später wiederholte Untersuchung in derselben Klinik ergab anderes Resultat: Geringe Reflexanomalien wiesen auf eine Störung des 1. motorischen Neurons hin; im wesentlichen fanden sich aber — fast nur rechtsseitig — die bekannten Symptome des Parkinsonismus und myotonische Störungen im rechten Arm und beiden Beinen. Verf. ist der Ansicht, daß es durch indirekte Gewalt zu Blutungen in die großen Ganglien gekommen sei und weist, meines Erachtens mit Recht, darauf hin, daß in Fällen anscheinend psychogener Bewegungsstörungen die Differentialdiagnose gegenüber extrapyramidalen Läsionen nicht vernachlässigt werden dürfe. *Ransohoff* (Lüneburg.).

**Levy-Suhl:** *Zur Frage des Schicksals der Unfallneurotiker nach Erledigung ihrer Ansprüche.* Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 33, Nr. 12, S. 160—162. 1927.

Polemik gegen die Arbeit Panses: Das Schicksal von Renten- und Kriegsneurotikern nach Erledigung ihrer Ansprüche (vgl. dies. *Ztschr. 8*, 670). Die Statistik Panses ist keineswegs beweisend. Das Material stammt nur zum geringsten Teil aus dem Gebiet der beruflichen Zwangsversicherung. Die 12 unter diese Kategorie fallenden Fälle bewiesen das „Fiasco des Rentenentzugs“ (?? Ref.).

*Kroiß* (Würzburg).<sup>oo</sup>

**Panse, Friedrich:** *Zur Frage des Schicksals der Unfallneurotiker nach Erledigung ihrer Ansprüche. Erwiderung auf die Kritik meiner Arbeit durch Dr. M. Levy-Suhl in Nr. 12 dieser Zeitschrift.* (*Heilst. d. Stadt Berlin, Wittenau.*) Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 33, Nr. 20, S. 278—280. 1927.

Panse wendet sich gegen die Kritik seiner Arbeit durch Levy-Suhl. Die Auffassung von Reichardt, Bonhoeffer, Stier, Bratz, Forster, Naegeli, Seelert, Kleist und Hauptmann gründet sich auf jahrelange klinische Erfahrung; die Einwände stützen sich

ganz ausnahmslos auf theoretische Überlegungen. Einwände und Warnungen im Sinne der Ausführungen von Levy-Suhl müssen sachlich begründet und vorsichtig formuliert sein. Der Vorwurf, der bekämpfte Standpunkt wahre nur die Interessen der Versicherungsträger, ist unbegründet; Bratz und Bonhoeffer haben darauf hingewiesen, daß gerade der Neurotiker selbst den Nutzen davon hat. Levy-Suhl vermengt klinische Überlegungen mit politischen Anschauungen. Dies führt ihn auch dazu, den privatversicherten Neurotiker vom gewerblich versicherten zu trennen. Die Wurzel aller Unfallneurosen ist das Wunschnomoment. Die am Zahlenmaterial des Verf. geübte Kritik ist unbegründet, zum Teil wohl durch einen „Lese-fehler“ hervorgerufen. (Vgl. vorst. Ref.) *Kroiss (Würzburg).* <sup>oo</sup>

**Reichardt, M.: Der heutige Stand der Beurteilung der sogenannten Unfallneurosen.** (*Psychiatr. u. Nervenkl., Univ. Würzburg.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 54, Nr. 6, S. 213—215, Nr. 7, S. 261—264 u. Nr. 8, S. 302—304. 1928.

Die sog. Unfallneurose ist eine seelische Reaktion, aber nicht eine mit Krankheitsprozessen einhergehende Krankheit. Sie ist auch nicht die medizinische Folge des (entschädigungspflichtigen) Unfalls, sondern des Entschädigungsgedankens. Dies ergibt sich u. a. aus den Tatsachen, daß Schwerverletzte, Kriegsgefangene, Sportleute usw. nicht an Unfallneurosen erkranken. Die Entschädigungsreaktionen treten auf als psychasthenische, hypochondrische, hysterische und querulatorisch-paranoide, daneben treten neuropathische reaktive Symptomenkomplexe ein. Eine langdauernde Unfallneurose ohne Entschädigungsverfahren gibt es nicht; ein nicht entschädigungspflichtiger Unfall hat keine schädliche psychologische Dauerwirksamkeit für die Zukunft. Die unmittelbare Unfallreaktion, d. h. die Schreckreaktion usw., ist erfahrungsgemäß in 2 bis 3 Monaten abgeklungen. Nicht selten werden endogene Nervositätsformen durch einen Unfall manifest und werden dann auf diesen bezogen. Wichtig ist die Unterscheidung zwischen der Entschädigungsreaktion und dem kommotionellen Symptomenkomplex, d. h. den Nachwehen einer Gehirnerschütterung, die gute Beobachtung und fachärztliche Begutachtung erfordert. Bei der Behandlung ist neben der Prophylaxe, die in baldiger eingehendster fachärztlicher Untersuchung und Aufklärung besteht, am wichtigsten die möglichst frühzeitige Abweisung aller auf der Entschädigungsreaktion beruhenden Ansprüche; diese setzt allerdings bei dem behandelnden bzw. begutachtenden Arzte eine entsprechende Vorbildung auf dem Gebiete der seelischen Reaktionen voraus.

*K. Kroner (Berlin).* <sup>oo</sup>

**Meyer, Max: Zur Beurteilung nervöser Unfallfolgen auf Grund katamnestischer Erhebungen.** Allg. ärztl. Zeitschr. f. Psychotherapie u. psychische Hyg. Bd. 1, H. 2, S. 86—94. 1928.

Meyer polemisiert gegen die neue Entscheidung des RVA. vom 24. IX. 1926: „Soweit diese Stellungnahme jene Gruppe von Neurotikern betrifft, bei denen in der Tat schon sehr bald nach dem Unfall Begehrungs- oder Wunschvorstellungen zu einer Fixierung nervöser oder psychischer Erscheinungen auf das Unfallerlebnis hin geführt haben, und lediglich diese die gesteigerte Reaktionsbereitschaft unterhalten, ist diese Entscheidung sowohl im Interesse der Sache wie vor allem der vom Unfall Betroffenen gewißlich zu begrüßen.“ Jedoch der Gebrauch, dem Gutachter gleich mit den Akten einen Abdruck dieser Entscheidung — die keineswegs eine „grundätzliche“ ist — mitzuschicken, ist unzulässig. Die „Hemmung“ des Versicherten, welche die Arbeitsunfähigkeit bedingt, ist nur dann nicht entschädigungspflichtig, wenn sie nur dem defekten Gesundheitsgewissen entspringt. Die Bewertung der Trias: prämorbid Charakter, Milieuwirkung und Erlebnisfaktor ist schwer und die Anschauungen Reichardts sind zu starr. Auch die Frage der Konstitution ist noch zu wenig geklärt. Selbst Hauptmann kämpft nur gegen die Unfallhysterie, nicht gegen hypochondrische oder paranoide Reaktionen. Es geht nicht an, aus einer langen Dauer der Beschwerden ohne weiteres auf eine nervöse Konstitution zu schließen; diese kann nur angenommen werden, wenn tatsächlich anamnestische Anhaltspunkte vorliegen, und es gibt Wege genug, solche Auskünfte zu erhalten. Nach eigenen katamnestischen Erhebungen und nach dem Ergebnis einer Rundfrage wird von der Kapitalabfindung trotz ihrer guten Resultate wenig Gebrauch gemacht. Im Prinzip sprach sich nur eine

Berufsgenossenschaft gegen Kapitalabfindung aus, weil Verschlimmerung jederzeit geltend gemacht werden könne. Die Frage nach der Zunahme nervöser Störungen nach Unfällen wurde einheitlich bejaht, ebenso die nach der Vermehrung der Simulanten. Bei dem von Reichardt und seiner Gefolgschaft eingenommenen Standpunkt ergeben sich besondere Härten in der Beurteilung der nach einem Unfall auftretenden hypochondrisch-depressiven Reaktionen zum Zeitpunkt der beginnenden Involution. Verf. schlägt vor, bei der Einstellung von Angestellten schon eine psychiatrische Untersuchung vorzunehmen neben einer psychotechnischen. Gerade in einem Zeitpunkte, in dem die ersten akuten Unfallfolgen abgeklungen sind, sollte die Untersuchung nicht durch einen Vertrauensarzt oder Kreisarzt, sondern durch den Facharzt erfolgen. Die Zuziehung eines Orthopäden, Röntgenologen und Otologen sollte in einschlägigen Fällen nicht verabsäumt werden. Der Eindruck der Simulantenschnüffelei und der Rentendrückerei sollte stets vermieden werden. Es gelingt auch bei nervös Disponierten durch Psychotherapie Heilung zu erzielen. Arbeitsfürsorge müsse mehr betrieben werden. Als Gutachter hat man die Rolle des Untersuchungsrichters zu meiden. (Als zu Reichardts Gefolgschaft gehörend hätte Ref. zu einigen Punkten Stellung zu nehmen, dies würde jedoch den Rahmen eines Referates wesentlich überschreiten.)

*Kroiss (Würzburg).*

**Malling, Knud: Nachuntersuchung von Unfallrentnern mit traumatischer Neurose.**

Ugeskrift f. Laeger Jg. 90, Nr. 9, S. 204—208. 1928. (Dänisch.)

In dem Arbeitsversicherungsrat Kopenhagens, wo die meisten Fälle der traumatischen Neurose zur Aburteilung kommen, wurde schon lange eine eigenartige, wenn auch etwas einseitige Praxis durchgeführt, deren Hauptprinzipien waren: Möglichst eine schnelle und endgültige Aburteilung und Abfindung, und zwar meist mit Schadenersatz bis zu 5%. Natürlich kommt es in einzelnen Fällen später zu neuen Klagen oder Rückfällen in die Neurose, aber eine systematische Nachuntersuchung der abgeurteilten und abgefundenen Unfallskranken ergab wichtige Anhaltspunkte. Von 289 Fragebögen, die ausgesandt waren, kamen 229 zurück; von diesen mußten 166 wegen mangelhafter Angaben ausgeschieden werden, so daß zu einer sichereren kritischen Verwertung nur 63 Fälle übrig blieben, unter diesen befanden sich 7 pensionsberechtigte Staatsbeamte. Von 39 nicht pensionsberechtigten Unfallskranken nahmen 27 in einem Zeitraum von 6 Monaten ihre gewohnte Arbeit auf nach der Abfindung, und zwar 13 von diesen bereits in der 1. Woche; 7 nahmen eine andere Arbeit als die gewohnte in der 1. Woche auf. Im ganzen nahmen 87% der abgefundenen Unfallskranken die Arbeit in einem halben Jahre spätestens wieder auf; und 5 taten es im Zeitraum von  $\frac{1}{2}$  bis 2 Jahren. Ob der Unfall selbst oder andere Umstände die Ursache der späten Arbeitsaufnahme war, bleibt dahingestellt. Im großen ganzen scheinen Rückenverletzungen die Aussichten auf schnelle Heilung oder Eintritt der Arbeitsfähigkeit ungünstig zu beeinflussen. In den meisten Fällen war der Lohn bei der Arbeitsaufnahme der gleiche wie früher; in 5 Fällen war er geringer wegen Defekte durch den Unfall. Die Arbeitsfähigkeit war in 15 anderen von 35 Fällen ganz minimal herabgesetzt, doch fehlen hier für die Ursachen sichere Anhaltspunkte und Beweise. Mitunter ist dieselbe Arbeit schwer wieder zu bekommen oder Lohnveränderungen spielen eine Rolle. Nur in 4 Fällen der nicht pensionsberechtigten Unfallskranken wurde die Arbeit nicht wieder aufgenommen, teils wegen des Alters, teils weil Invalidenrente bezogen wurde oder die Abfindung sehr hoch war. Die 7 pensionsberechtigten Unfallskranken, die mit Pension verabschiedet waren, nahmen nach dem Unfall eine Arbeit nicht wieder auf. *S. Kalischer.*

**Grasshof, Wilhelm: Können psychogene Vorgänge Folge einer Dienstbeschädigung sein?** Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 54, Nr. 1, S. 25. 1928.

Nach Entscheidung eines Gerichts wurde entgegen autoritativen Gutachten der ursächliche Zusammenhang als gegeben angenommen in einem Fall psychogener Anfälle bei einem Kriegsverletzten, der diese Anfälle bekam (im Zuge des Entschädigungsverfahrens), als er erfuhr, er habe noch einen Splitter in der Brust stecken. Das Argument ist das übliche: ohne den Splitter hätte er keine Anfälle bekommen! *Kroiß (Würzburg).*

**Kissinger, Philipp: Wesentliche Verschlimmerung von Diabetes mellitus durch psychische Erregungen?** Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 33, Nr. 21, S. 293—294. 1927.

Ein 1876 geborener, seit 1914 zuckerkranker Lehrer, Vater von 6 Kindern, der schon im Juli 1916 eingezogen, aber sofort wieder dienstunbrauchbar entlassen war, erhielt am 22. XI. 1916 schon krank erneuten Stellungsbefehl zum Truppenteil. Er fühlte sich nicht reisefähig, kam ins Lazarett und starb 14 Tage später im Coma diabeticum.

Verf. führte die rapide Verschlimmerung des Zuckerleidens und den raschen Tod des Mannes mit großer und überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die durch die Einziehung zum Militärdienst bedingten Aufregungen zurück, die für den zuckerkranken Mann (Familienvater!) erheblich höher zu bewerten waren als für Gesunde. M.V.G. und R.V.A. lehnten die Ansprüche dagegen ab, da die Tatsache der Einziehung allein, die auch Personen, die nicht Angehörige der Wehrmacht waren, traf, eine Dienstbeschädigung nicht rechtfertige, sondern noch besondere Umstände (militärische Dienstleistungen, Unfälle usw.) hinzukommen müßten. *Weimann* (Berlin).<sub>o</sub>

**Jolly, Ph.: Tabes, Paralyse und Lues cerebrospinalis bei Kriegsteilnehmern.** Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 82, H. 4, S. 500—516. 1928.

Verf. erörtert an Hand der einschlägigen Literatur und an Beispielen der Begutachtungspraxis die Beurteilung der Beziehungen zwischen Kriegseinflüssen und den syphilitischen Nervenerkrankungen. Verf. weist darauf hin, daß in praxi die Begriffe Auslösung und Verschlimmerung öfters nicht auseinander gehalten werden. Neuerdings gewährt eine Bestimmung die Möglichkeit eines sog. Härteausgleiches in Fällen, bei denen zwar der ursächliche Zusammenhang zwischen Leiden und Militärdienst nicht ausreichend erwiesen ist, aber ein zeitlicher Konnex besteht; die Entscheidung bei derartigen Fällen, denen ein Rechtsanspruch versagt ist, hat sich das Ministerium vorbehalten. Verf. bemerkt hierzu, daß auch der Beginn des Leidens häufig nicht mit Sicherheit festgestellt werden könne. Dann könne die Begutachtung lediglich zur Annahme der Möglichkeit eines Zusammenhangs gelangen. *Jahnel* (München).<sub>o</sub>

**Gelderken, D. N. van: Unfall und Dementia paralytica.** Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 72, 1. Hälfte, Nr. 8, S. 982—986. 1928. (Holländisch.)

Es stellte sich heraus, daß der Versicherte schon vor dem Unfall Erscheinungen der beginnenden Dementia paralytica gezeigt hatte. 4 Monate nach dem Unfall stirbt er plötzlich. Bis in höchster Instanz wird ein Zusammenhang zwischen Unfall und plötzlichem Tod abgewiesen. Eine Verschlimmerung des Leidens soll durch den Unfall nicht stattgefunden haben (ein Schädeltrauma war nicht vorhanden); derselbe kann den Eintritt des Todes nicht beschleunigt haben. *Lamers* (Herzogenbusch).<sub>o</sub>

**Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für perniziöse Anämie abgelehnt.** Med. Klinik Jg. 24, Nr. 3, S. 106—108. 1928.

Der vom Verf. mitgeteilte Fall ist dadurch bemerkenswert, daß zunächst auch vom Krankenhausarzt der ursächliche Zusammenhang zwischen Kriegseinflüssen und einer tödlichen perniziösen Anämie verneint wurde, dann aber unter dem Einfluß der Ausführungen des klägerischen Vertreters der Boden der Tatsachen verlassen und auf Grund wissenschaftlicher Spekulationen und unklarer Zeugenaussagen im gleichen Gutachten im Widerspruch zu seinem ersten Gutachten anerkannt wurde. Vom Verf. werden die Schwächen in der Beweisführung des zweiten Gutachtens klargelegt und ein ursächlicher Zusammenhang abgelehnt, weil eine Ruhr, die etwa als Ursache der perniziösen Anämie in Frage kam und die vom Gutachter fälschlich als sichergestellt angenommen wurde, höchstwahrscheinlich gar nicht vorgelegen hatte und weil das Krankenblatt einwandfrei bewies, daß die ersten Erscheinungen der perniziösen Anämie erst 7 Jahre nach der angeblichen Ruhr, an der der Verstorbene 1917 im Felde gelitten haben sollte, aufgetreten waren. *Ziemke* (Kiel).<sub>o</sub>

**Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für Schizophrenie abgelehnt.** Med. Klinik Jg. 23, Nr. 41, S. 1584—1585. 1927.

Gutachtliche Stellungnahme zu einem Krankheitsfall während des Kriegsdienstes, bei dem im Alter von 28 Jahren Erscheinungen auftraten, die als hysterische angesehen wurden; sie schwanden vollständig. Etwa 8 Jahre später perniziöse Anämie und ein psychischer Krankheitszustand, der als Katatonie diagnostiziert wurde. Tod an perniziöser Anämie. Die Frage der Kriegsdienstbeschädigung wurde in dem Gutachten verneint. *Seelert* (Berlin-Buch).<sub>o</sub>

**Schnizer, v.: Dienstbeschädigung für Epilepsie abgelehnt.** Med. Klinik Jg. 23, Nr. 44, S. 1699—1700. 1927.

Patient, der vor Jahren eine Kriegsdienstbeschädigung an der lk. Hand erlitt, die eine

mangelnde Streckfähigkeit des 4. und 5. Fingers hinterließ, fällt bei der Arbeit durch den heftigen Schlag einer Winde, die er selbst dreht, von der Leiter. Bewußtlosigkeit. 8 Tage später 1. epileptischer Anfall.  $1\frac{1}{2}$  Jahr später Tod im Anschluß an einen weiteren epileptischen Anfall durch Bluterguß und Rippenfellentzündung. — Der Antrag der Hinterbliebenen, die Anfälle mittelbar auf die Kriegsdienstbeschädigung zurückzuführen, wurde abgelehnt, da 1. der Schlag so heftig war, daß Pat. sich doch nicht hätte festhalten können, 2. Pat. die linke Hand seit Jahren bei der Arbeit wieder gebrauchte und 3. nach der früheren eigenen Aussage des Pat. sowie nach denen der Zeugen Pat. Linkshänder war, vermutlich also auch mit der linken Hand die Winde bedient hat, d. h. also, falls dies überhaupt möglich gewesen wäre, sich mit der r. Hand hätte festhalten können. *Erna Ball (Berlin).*

**Goetz, Hermann: Zur Differentialdiagnose der dauernden traumatischen Hirnschädigung.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Würzburg.*) Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 34, Nr. 12, S. 265—279. 1927.

Ganz folgend den Ausführungen Reichardts in dessen Unfallehrbuch weist Verf. auf die Punkte hin, die zur Klärung in Begutachtungsfällen bei „Kopfverletzungen“ zu beachten sind (Beobachtung und Fixieren der akuten Unfallfolgen, genaue Kontrolle der Hirnrekonvaleszenz; Hinweis auf die Technik der Untersuchung). Es ist grundsätzlich zu scheiden die offene Hirnverletzung von der gedeckten. Letztere kann nur angenommen werden bei entsprechend massiven akuten Erscheinungen, also vor allem der Commotio. Die Beurteilung nervöser Erscheinungen, ob kommotionell oder emotionell macht noch immer große Schwierigkeiten. Noch manches ist ungeklärt, auch die Encephalographie hat uns in der Entscheidung der Frage: Kontusions- oder Komotionsfolge oder neuropathische Reaktion, nicht sehr viel weiter gebracht.

In 3 Fällen konnte die Richtigkeit von Gutachten, die entweder auf Grund der Aktenlage oder eingehender Untersuchung von Prof. Reichardt erstellt worden waren, nachgeprüft werden. 1. Schwere Hirnerschütterung mit Bewußtlosigkeit von 4 Tagen; 8 Wochen später plötzlich Selbstmord; Zusammenhang abgelehnt; bei der Sektion makroskopisch und mikroskopisch kein Befund. 2. Ein Fuhrmann erleidet durch Sturz vom Wagen eine Kopfwunde „bis auf den Knochen“ und eine (leichte) Hirnerschütterung; 12 Jahre später epileptische (bzw. epileptiforme) Anfälle. Da klinisch alles auf genuine Epilepsie hinweist, wird im Gutachten das Bestehen einer sog. traumatischen epileptiformen Erkrankung abgelehnt. Nach weiteren 3 Jahren starb P. im epilept. Anfall; die Sektion zeigte makroskopisch und mikroskopisch keinen positiven Befund. 3. Leichte Hirnerschütterung durch „Kopfverletzung“. Anfangs keinerlei Befund, später werden von der einen Seite organische Symptome angenommen, von anderer Seite bestritten.  $3\frac{1}{2}$  Jahre nach dem Unfall Tod an Tüberkulose der Lungen; die makroskopisch möglicherweise einzig verdächtige Stelle erwies sich mikroskopisch nicht verändert.

Verf. weist mit Recht auf die Bedeutung solcher Beobachtungen hin und erhofft sich durch weitere Kontrolluntersuchungen dieser Art fortschreitende Klärung der jetzt noch strittigen Fragen bei der Beurteilung von „Kopfverletzungsfolgen“: *Kroiß (Würzburg).* <sup>oo</sup>

**Laescke, Max: Myelom und Unfallversicherung.** (*II. chir. Abt., allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) Arch. f. klin. Chir. Bd. 149, H. 1, S. 123—129. 1927.

Ein 53jähriger Mann erlitt bei der Arbeit einen Stoß gegen das Hinterhaupt. Die Symptome, Schmerzen, Lähmungen u. a. führten zur Diagnose einer Halswirbelverletzung mit Rückenmarkskompression. Das Röntgenbild zeigte, daß vom 4. Halswirbelkörper nur Reste vorhanden waren, so daß man jetzt an einen cariösen Prozeß dachte. Erst als neben anderen Symptomen eine Schwellung am Sternum auftrat und eine Probeexcision vorgenommen wurde, konnte die Diagnose eines nur aus Plasmazellen bestehenden Tumors gemacht werden. Plasmocytom (Myelom). Es handelte sich also um ein Myelom der Halswirbelsäule, das den Wirbel vor dem Unfall schon schwer verändert, aber dabei keinerlei Beschwerden verursacht hatte. Hätte man bei der unklaren Diagnose eine Röntgenaufnahme mehrerer Knochen gemacht, so hätte man die Diagnose früher stellen können. Eine Unfallfolge wird in dem Sinne angenommen, daß man es mit einer durch einen Unfall hervorgerufenen Verschlimmerung eines schon vorher vorhandenen Leidens zu tun habe. *Haim.*

**Flügel, F. E.: Huntingtonische Chorea und Trauma.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Leipzig.*) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 112, H. 1/2, S. 247 bis 251. 1928.

Flügel berichtet kurz über einen 62jährigen, nicht arteriosklerotischen Kranken, bei welchem angeblich — es wird nicht angegeben, ob die Angaben zur Vorgeschichte vom Kranken selbst stammen! — einige Monate nach einer Hirnerschütterung Zuckungen am Kopf auf-

traten, die sich allmählich über den ganzen Körper ausbreiteten. „Eine erbliche Belastung mit der gleichen Erkrankung oder überhaupt mit neuropathischen Erscheinungen gelang nicht nachzuweisen. Wir (F.) suchten in der Literatur nach allen Fällen typischer chronisch-progressiver Chorea, welche in der Vorgeschichte ein Trauma aufweisen. Es gelang uns, 14 Fälle zu finden.“ Danach glaubt F., „daß an einem wirksamen Einfluß von Traumen auf die Entwicklung einer chronisch-progressiven Chorea Huntington nicht gezweifelt werden könnte, eine genügende Intensität des Traumas (Kopftrauma, Commotio cerebri) vorausgesetzt“. Die Fälle, die F. bringt, sind zum großen Teile diejenigen, welche Entres 1921 zusammengestellt hat, nur daß F. ganz die wichtigen Ausführungen von Entres über die Gründe, warum in solchen scheinbar rein traumatogenen Fällen chronisch-progressiver Chorea der Nachweis der wahren, nämlich der vorwiegend erblichen Verursachung oft nicht erbracht wird, ebensowenig berücksichtigt hat wie die 14 Autoren, die F. anführt. Die Zusammenstellung aller dieser Fälle muß daher ein schiefes Bild geben.  
Kehrer (Münster).<sup>oo</sup>

**Simon: Trunksucht und Heeresdienst.** (*Versorgungsärztl. Untersuchungsstelle, Heidelberg.*) Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 34, Nr. 3, S. 33—37. 1928.

Ein Dipsomane hatte Rentenantrag gestellt, da er — der auch früher gelegentlich Alkohol zu sich nahm! — nach Eroberung einer Sappe mit seiner Kompagnie ein Glas Bier erhielt und später in der Gefangenschaft öfters Wein. Die genaue Analyse der Unhaltbarkeit dieses Rentenanspruches durch Verf. erscheint fast überflüssig, wäre nicht die eigenartige Tatsache zu verzeichnen, daß sich ein Arzt fand, der den Zusammenhang zwischen Gefangenschaft und Trunksucht behauptete. Ein Beitrag zu dem Kapitel der ärztlichen Zeugnisse und der Sorgfalt ihrer Ausstellung!

E. Loewy-Hattendorf (Berlin).<sup>oo</sup>

**Bourgeois, H.: Expertise médico-légale d'anosmie.** (Gerichtsärztliche Untersuchung der Anosmie.) (*Soc. de Laryngol. des Hôp., Paris, 8. VI. 1927.*) Arch. internat. de laryngol., otol.-rhinol. et broncho-cesophagoscopie Bd. 7, Nr. 1, S. 61 bis 62. 1928.

Die schwierige Unterscheidung simulierter Riechstörung von organischer Art traf Verf. mit Hilfe pneumographischer Registrierung; die Riechstoffe wurden dem mit verbundenen Augen sitzenden Patienten vorgehalten. Trigeminusreizende Stoffe sollen dabei vermieden werden. Er erhebt den Anspruch der Priorität gegenüber einem italienischen Autor, der vor 2 Jahren die Methode veröffentlicht habe.

(Ref. hat schon nach Bekanntgabe der Löwensteinschen Methodik der Aufzeichnung der „sekundären Ausdrucksbewegungen“ diese, d. h. also u. a. auch die Pneumographie zum Nachweis psychogener Riechstörungen verwandt. Dabei ergab sich in größerer Kontrollenreihe, daß man psychologisch bedingten Varianten im Auftreten und im Ausbleiben der Reaktion sorgsam Rechnung tragen muß.)  
Klestadt (Breslau).

**Schultz, Botho: Die D.B.-Frage bei Ohrenleiden.** Ärztl. Monatsschr. Jg. 1927, Sept.-H., S. 257—272. 1927.

Auf Grund seiner Erfahrungen äußert sich der Verf. zu der D.B.-Frage bei den Ohrenleiden verschiedenster Art. Die Mittelohreiterungen sind verhältnismäßig einfach zu beurteilen; an Hand von Beispielen begründet er seinen Standpunkt. Ausführlich geht er weiter ein auf die Beurteilung funktioneller Hörstörungen, die er nur im Rahmen des allgemeinen Nervenzustandes ausgewertet wissen will. Auch die oft schwierige Entscheidung, ob die Verschlimmerung einer Otosklerose als D.B. aufzufassen ist, erörtert er kritisch unter Anführung aller Möglichkeiten. In ähnlicher Weise bespricht er die Möglichkeiten bei den Innenohrerkrankungen. Den Schluß seiner Ausführungen bilden drei Gutachten, die eine Fülle von Fragestellungen enthalten.  
Esch (Leipzig).<sup>oo</sup>

● **Roth, A.: Sehproben nach Snellens Prinzip entworfen.** 4. Aufl. Leipzig: Georg Thieme 1928. 7 Taf. u. Text. RM. 4.—.

Die Proben sind auf gutem Papier klar wiedergegeben, verwenden möglichst gleichmäßig und leicht erkennbare Zeichen, enthalten eine kurze Anleitung zur Prüfung des Sehvermögens mit und ohne Sehhilfen und zur Beurteilung der Erwerbsminderung bei Beeinträchtigung des Sehvermögens.  
F. Jendralski (Gleiwitz).<sup>oo</sup>

**Pardo, Ruggero: Sul valore del V. in rapporto cogli altri componenti la funzione visiva, nell'infortunistica oculare.** (Über den Wert des Sehvermögens im Verhältnis

zu den anderen Bestandteilen der Sehtätigkeit bei Augenunfällen.) (Osp. Galliera, Genova.) Ann. di ottalmol. e clin. oculist. Jg. 55, H. 11/12, S. 981—987. 1927.

Nach dem italienischen Gesetz hat der Arzt nur die Aufgabe, das Verhältnis der im Einzelfall vorhandenen Funktionsstörung zu der regelrechten Funktion festzustellen, da die Abschätzung des Einflusses der ersteren auf die Arbeitsfähigkeit durch die Taxe des Gesetzes bestimmt wird. Eine Folge dieses Zustandes ist eine gewisse Vernachlässigung der übrigen Bestandteile der Sehfunktion (Gesichtsfeld, Akkommodation, Licht- und Farbensinn, Binokularsehen, Bewegungen) gegenüber dem eigentlichen Sehvermögen, wofür Verf. Beispiele anführt. Um diese Vernachlässigung auszugleichen, schlägt er vor, das reine Sehvermögen einerseits und die gesamten oben genannten Funktionen anderseits als zwei gleichartige Teile zu betrachten und entwickelt nun unter Festhalten des gesetzlichen Satzes von 35% für den einseitigen Augenverlust andere ihm gerechter scheinende Berechnungen des durch Verminderung des Visus eintretenden Schadens, als das italienische Gesetz sie gibt. Am Schluße der Arbeit führt Verf. aus, daß beim Verlust eines Auges nach dem Gesetz die Entschädigung 35% beträgt und somit das zweite Auge einen Wert von 65% besitzt. In seinen Tabellen trägt er diesem Umstand dadurch Rechnung, daß bei Minderung des Sehvermögens beider Augen der Verlust beim schlechteren (ersten) Auge um die Hälfte niedriger in Rechnung gesetzt wird als beim besseren zweiten Auge. Beim Einäugigen geht Verf. davon aus, daß z. B. der Verlust von  $1/10$  Sehschärfe um die Hälfte höher zu schätzen ist, als der Verlust von  $1/10$  bei Vorhandensein beider Augen und entwickelt danach seine Tabelle bis zum Verlust von  $10/10 = 100\%$ . Cramer (Cottbus).<sup>oo</sup>

**Colombo, O. Gian Luigi: Oftalmia simpatica dal punto di vista medico-legale.** (Sympathische Ophthalmie vom gerichtsärztlichen Gesichtspunkt aus.) (Soc. Ital. di Oftalmol., Roma, 14.—16. X. 1926.) Atti d. congr. d'oftalmol. S. 200—204. 1927.

Das italienische Gesetz erschwert durch die darin festgesetzte Zeit von 2 Jahren, nach deren Ablauf seit dem Unfall die Sache beendet ist und der Verletzte keinerlei Ansprüche mehr hat, erheblich die Versorgung der an obengenannter Krankheit Leidenden und bedarf auch in diesem Punkte der Änderung. Verf. hatte folgenden Fall zu begutachten: Splitterverletzung des linken Auges, Enucleation wegen Iridocyclitis. 3 Monate später leichte Erscheinungen von symp. O., die unter energetischer Behandlung zurückgingen. 1 Jahr später Begutachtung, daraufhin, ob der Zustand des sympathisierten Auges eine Erhöhung der seinerzeit gewährten Einäugigenrente bedinge. Das einzige objektive Zeichen der Krankheit war eine leichte Neuritis optica und einzelne weißliche Punkte im Glaskörper (Spaltlampe). Sehvermögen =  $8/10$ , alles übrige regelrecht. Verf. erörtert im Hinblick auf die oben angeführte Gesetzeslage alle eintretenden Möglichkeiten und betont zwar die Selténheit, daß jenseits 2er Jahre noch ein Ausbruch der symp. O. erfolgt, hält ihn aber nicht für ausgeschlossen und somit die Zeit von 2 Jahren für ungenügend. Er verweist auf einen anderen Fall, in dem Jahr für Jahr Rückfälle der sympath. Iridocyclitis eintraten, und fragt, ob nicht in solchen Fällen eine Dauerrente von 100% oder die Möglichkeit der Revision später als 2 Jahre am Platze wäre? In dem seiner Begutachtung unterliegenden ersten Fall kommt Verf. lediglich wegen der Schädigung des Sehvermögens des besseren Auges (im Werte von 65%) um  $2/10$  auf eine Erhöhung der schon gezahlten Rente um 13%. Wenn bei dem absoluten Fehlen aller sonstigen Erscheinungen und einer gewissen optimistischen Voraussage auch in diesem Einzelfall zurzeit nicht mehr nötig ist, so kann jederzeit nach Ablauf der 2 Jahre des Gesetzes eine weitere Schädigung, die objektiv eine erhöhte Fürsorge verlangt, eintreten. Es ist daher in diesem wie in allen Fällen von symp. O. ausgeschlossen, die Frage der Bewertung des Verlustes innerhalb der 2 Jahre endgültig zu beantworten. Verf. schlägt dementsprechend vor: Bei symp. Ophth. entweder die Möglichkeit der Revision jederzeit zuzulassen oder zum mindesten die Grenze des Gesetzes auf 5 Jahre zu erweitern. Cramer (Cottbus).<sup>oo</sup>

**Broex, D.: Die Feststellung der Ungeeignetheit zur Arbeit bei Einäugigen.** Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 71, 1. Hälfte, Nr. 4, S. 496—506. 1927. (Holländisch.)

Autor kann nicht dem in Holland befolgten Prinzip zustimmen, laut welchem jedem Einäugigen, bei dem das andere Auge praktisch normal ist, nach einjähriger Auszahlung einer nach 30% Invalidität berechneten Rente automatisch eine Dauerrente von 25% Invalidität zugesprochen wird ohne Berücksichtigung der Persönlichkeit des Betroffenen oder der von ihm verrichteten Arbeit. Aus dem betreffenden Gesetzesparagraphen geht deutlich hervor,

daß es die Absicht des Gesetzgebers gewesen ist, daß nicht die Schädigung ein Maßstab sein soll, daß nicht feste Maßstäbe befolgt werden sollen, sondern daß für jeden Fall individuell mit Berücksichtigung von allerlei Faktoren die Ungeeignetheit zur Arbeit festzustellen ist. Autor legt nun dar, daß der Verlust eines Auges für verschiedene Arbeiter eine sehr verschiedene Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit mit sich bringt, daß also beim Zuerkennen der Rente nicht gesetzmäßig gehandelt wird, und hält es für sehr erwünscht und auch möglich, daß bei jedem Verlust eines Auges eine individuelle Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit stattfindet.

*Roelofs (Amsterdam).<sup>oo</sup>*

**Rochat, G. F.: Die Schätzung der Erwerbsbeschränkung von Einäugigen.** Nederlandsch tijdschr v. geneesk. Jg. 71, 1. Hälfte, Nr. 10, S. 1231—1235. 1927. (Holländisch.)

Rochat kann mit der Auffassung von Brocx (vorstehendes Referat) nicht übereinstimmen. Die bis jetzt gewährte Entschädigung von 25% bei Verlust eines Auges scheint auch ihm wohl nicht in jedem Spezialfall ganz gerecht, aber im Durchschnitt doch die beste. Von einer mehr individuellen Abschätzung der Arbeitsunfähigkeit erwartet er große Schwierigkeiten. Es gibt wohl keinen Beruf, der sich nicht von Einäugigen unter Umständen sehr gut ausüben läßt. Die Beurteilung, inwieweit wirklich Arbeitsunfähigkeit besteht, ist in jedem Spezialfall fast unmöglich und würde zu einer Zunahme von Operationen und Simulation führen. Es ist daher besser, sich an eine feste Entschädigung für alle Fälle von Einäugigkeit zu halten.

*Wibaut (Amsterdam).<sup>oo</sup>*

**Záhoř, Aleksei: Begutachtung von Unfallfolgen am Auge.** Časopis lékařů českých Jg. 67, Nr. 6, S. 207—211 u. franz. Zusammenfassung S. 210—211. 1928. (Tschechisch.)

Das Wichtigste bei der Beurteilung der Funktionsschädigung eines Auges durch einen Unfall ist die zentrale Sehschärfe. Das periphere Sehvermögen und das Binokularsehen spielen eine geringere Rolle. Mangelndes Konvergenzvermögen gleich nach dem Unfalle spricht nach Verf. für eine Amblyopie des verletzten Auges, die schon vorher bestanden hat. Daß eine genaue Untersuchung sowohl des betroffenen als auch des gesunden Auges gleich bei der ersten Ordination vorgenommen werden muß, scheint selbstverständlich, ebenso, daß nur der korrigierte Visus maßgebend ist und daß man feststellen muß, ob der objektive Befund und die Art des erlittenen Traumas im Einklang stehen. Zum Schluß meint Verf., daß auch in der tschechoslowakischen Republik eine oberste dritte Instanz, wie sie in Deutschland besteht, errichtet werden sollte, die in strittigen Fällen entscheidet.

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

**Wiegand: Unfall und Erblindung.** Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. 25, Nr. 6, S. 226. 1928.

Als Obergutachter lehnt Grüter die ursächliche Bedeutung eines ganz unerheblichen Augentraumas für das bei dem Kläger bestehende Glaucoma simplex ab, weil das nach Augenverletzungen vorkommende Glaukom stets ein akutes sei, die ein solches Glaukom kennzeichnenden Symptome auch einem Nichtaugenarzte aufgefallen wären, die begleitenden Beschwerden den Kläger gehindert hätten, 3 Monate lang ohne Klagen weiterzuarbeiten. Auch die Möglichkeit einer Verschlimmerung des Glaukoms durch das Trauma sei abzulehnen, denn in der ganzen augenärztlichen Literatur sei kein Fall bekannt, daß eine unbedeutende Steinsplitterverletzung des Auges ein Glaucoma simplex in seinem Verlaufe beeinflußt hätte.

*F. Jendralski (Gleiwitz).<sup>oo</sup>*

**Ernst, Max: Über Thoraxsteckschüsse. Klinische Erfahrungen über Spätfolgen der Thoraxsteckschüsse.** (Chir. Klin., Univ. München.) Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 206, H. 4/5, S. 294—313. 1927.

Anschließend an die frühere Zusammenfassung von Jahn und Meyer, in der über 45 operierte Kranke berichtet wurde, umfaßt die vorliegende Arbeit die Beurteilung von weiteren 80 Kranken, die wegen Folgeerscheinungen von Kriegsthoraxsteckschüssen in der Chirurgischen Klinik aufgenommen, begutachtet und zum Teil operiert worden sind; besonders werden die Spätfolgen der Operation und die Rentenbegutachtung berücksichtigt. Von den 80 Kranken wurden 55 operiert. Bei den Spätfolgen handelt es sich meist um schwerere Blutungen durch Gefäßbarrosion und um Absceßbildung mit eitriger Einschmelzung des den Fremdkörper umgebenden Gewebes; oft ist die Vorgesichte und der Krankheitsverlauf außerordentlich charakteristisch (rezidivierende Blutung einerseits, Husten, stinkender Auswurf und Fieber im anderen Fall) — beide Zustände können lebensbedrohlich werden. Bei Lungenblutungen wird mitunter die Fehldiagnose Lungentuberkulose von Ärzten gestellt, andererseits kann aber auch wirklich hinter Blutungen eine Tuberkulose sich verbergen, während das Steckgeschoss vollständig latent sich verhält. Hinsichtlich der Abschätzung subjektiver Beschwerden, wie Schmerzen in der verletzten Seite, Parästhesien, geringe Atem-

beschwerden, Beklemmungsgefühl usw. sei man vorsichtig in der Beurteilung; sie sind prinzipiell keine Indikation zur Operation. Solche Beschwerden können durch einen operativen Eingriff mit Entfernung des Geschosses sogar gar nicht selten verschlimmert werden. Bei 24 Kranken, die zur Entfernung des Geschosses der Klinik zugeschickt waren, wurde die Operation abgelehnt und darunter bei zweien wegen gleichzeitig bestehender aktiver Tuberkulose; diese sind in der Zwischenzeit gestorben. Bei einer großen Reihe von diesen Verletzten unterblieb die Operation, da die Schwere des Eingriffs in keinem Verhältnis zu den vorhandenen Beschwerden stand. Ein ganzer Teil dieser nicht Operierten ist trotz gewisser Beschwerden arbeitsfähig. Hinsichtlich der Indikation zur Operation oder zur Ablehnung des Eingriffs muß man die Vorgeschichte sorgfältig erheben, sich überzeugen, daß die Angaben nicht übertrieben sind (Blutung!); manchmal liegt gar kein Steckschuß der Lunge vor, sondern nur eine Schußverletzung der Thoraxwand, oft begegnet man gerade bei solchen Fällen ausgesprochenen Unfallneurotikern. In mehreren Fällen war die angeratene Operation vom Verletzten abgelehnt worden, wie das weitere Verhalten der Patienten zeigte, sehr zu ihrem Schaden. Drei davon blieben vollkommen arbeitsunfähig, ein vierter starb an furibunder Nachblutung. Die Münchener Klinik stellt auch strenge Indikation hinsichtlich der Entfernung der Fremdkörper und Geschosse bei Brustwandsteckschüssen, zuweilen ist man nämlich sehr unangenehm überrascht durch eine Verbindung des Herdes mit der Pleurahöhle. Die Entfernung von Steckgeschossen aus der Brustwand kann durch Spätabstzierung, durch Narbenschmerzen (Nerven und Brustfell) nötig werden, sie darf nur nach möglichst genauer Lokalisation des Geschosses vorgenommen werden. Noch mehr gilt letzteres natürlich für die Entfernung intrathorakal gelegener Geschosse. Man vergesse nie, daß bei Eröffnung der Pleurahöhle die Lunge hiluswärts zusammensinkt; oberhalb gelegene Geschosse liegen dann scheinbar tiefer, unterhalb gelegene Geschosse rücken mehr nach oben infolge des Lungenkollapses. Nicht selten wird trotz eines früheren Hämatothorax ein freier Pleuraspalt gefunden; ist ein Lungenabsceß vorhanden, so muß vor der Operation durch Plombierung eine Pleuraverwachsung hergestellt werden, gespaltene Lungenabscesse werden, breit tamponiert, offen behandelt, selten auftretende Bronchialfisteln schließen sich meist spontan. Von 38 Kranken kam es nur bei 5 zu einem gutartigen, bei einem zu einem tödlich verlaufenden Empyem. Bei Steckschüssen des Sinus phrenico-costalis genügt manchmal die Phrenicoexairese zur Beseitigung oder bedeutenden Linderung der Schmerzen. Interessant ist, daß bei Lungensteckschüssen nicht selten nach Art von Reflexschmerzen die Schmerzen in entfernte Hautpartien verlegt werden. Was die Operationsmortalität anbetrifft, so starben nach dem Material von Jahn unter 45 Kranken 3, bei 55 neuerdings Operierten 4. Selbstverständlich ist der intrathorakale Eingriff stets gefährlich; demgegenüber sind aber doch die Erfolge nach der Entfernung des Geschosses sehr gut, insbesondere bei vorherigen Blutungen und Abscesserscheinungen. Die wegen Blutung Operierten verlieren alle ihre alarmierenden Erscheinungen. Unter den geheilten Kranken finden sich zahlreiche, nach der Operation vollkommen arbeitsfähig Gewordene — dies gute Resultat setzt aber strengste Indikation der Operation voraus. Nach der Beobachtung der Chirurgischen Klinik ist man nicht berechtigt, auf Grund der Schußverletzung eine größere Bereitschaft für Tuberkulose anzunehmen (was auch mit den Sektionsergebnissen des Ref. als Kriegspathologen belegt werden kann). — Die Festsetzung der Erwerbsbeschränkung bei Thoraxschußverletzten geschieht ärztlicherseits recht ungleichmäßig, wie sich bei diesbezüglicher Nachforschung der eingewiesenen Kranken ergeben hat. Bekanntlich können kleine Geschosse und Geschoßteile vollkommen reaktionslos einheilen. Die oft geäußerten Beschwerden sind vielfach übertrieben; je näher die Fremdkörper dem Herzen sitzen, um so ängstlicher sind die Verletzten. Die meisten Verletzten wurden bei der Dienstentlassung mit 20—40% Erwerbsbeschränkung begutachtet, bei vorhandenem Auswurf und stärkerer Atemnot bis zu 50%. Bei Späterscheinungen (Absceß, Blutung, Nervenschmerzen) wird manchmal

unberechtigterweise die tatsächlich eingetretene Verschlimmerung bei den Versorgungsämtern bezweifelt. Zur Begründung ist eine mehrtägige klinische Beobachtung unbedingt Voraussetzung. Besteht Fieber, eitriger Auswurf oder Blutungen längere Zeit, so ist 100% Erwerbsunfähigkeit gegeben, dies wird vielfach verkannt, tatsächlich können aber derartige Verschlimmerungen ohne jede äußere Ursache noch sehr lange nach der Verletzung (in einem Fall 10 Jahre nachher noch!) auftreten. In solchen Fällen muß der Kranke darauf aufmerksam gemacht werden, daß er durch eine Operation mit größter Wahrscheinlichkeit geheilt werden kann; muß die Operation noch verschoben werden, so ist die Erhöhung der Erwerbsbeschränktheit nur für mehrere Monate festzulegen, bei leichteren Blutungen tritt manchmal rasch wieder von selbst völlige Arbeitsfähigkeit ein. Nach der Operation können auch gewisse Beschwerden noch fortbestehen — ja sie werden zuweilen noch viel höher von den Kranken bewertet als vorher, weil diese sich von dem Eingriff eine wesentliche Besserung der Beschwerden erwartet hatten; darum kommen nach der Operation viele Kranke mit Antrag auf Rentenerhöhung! Manche Verletzte werden zu Unrecht viel zu hoch hinsichtlich der Erwerbsbeschränkung eingeschätzt, nach der gelungenen Operation oft noch mit 50—60%; 4—6 Monate nach der Operation kann die Rente erheblich herabgesetzt werden und sollte im allgemeinen 15—30% nicht übersteigen, man vermeide eine Großziehung einer krankhaften Rentensucht. Man hüte sich, einmal akute Verschlechterung durch Absceßbildung oder Blutung nicht anzuerkennen und andererseits die Erwerbsbeschränkung nach der Operation zu überschätzen. Die Verletzten müssen bis zum Eintritt eines stationären Zustandes alle 3—4 Monate untersucht werden, da ja noch jahrelang nachher die oben beschriebenen Krankheitszustände eintreten können. Zum Schluß wird noch darauf aufmerksam gemacht, daß nervöse Symptome unter Umständenschwerer Art auch auf Bleivergiftung beruhen können, wie sie bei Einheilung von Bleigeschossen (Schrapnellkugel) durch Resorption zustande kommen kann (Beobachtung der Klinik).

H. Merkel (München).

**Ewald: Bicepsriß und Unfall.** (*Orthop. Inst. v. Dr. Ottendorff u. Dr. Ewald, Hamburg.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 74, Nr. 52, S. 2214—2215. 1927.

Wenn die Sehne oder der Muskelbauch des langen Bicepskopfes von einer quer einwirkenden Gewalt betroffen wird, so kann natürlich ein vollkommener oder unvollkommener Riß derselben erfolgen: Diese Fälle sind außerordentlich selten. Häufig wird dagegen der Bicepsriß durch „Verheben“ beschrieben und als Unfallfolge begutachtet. Verf. fand in 20jähriger Unfallpraxis niemals einen einwandfreien Bicepsriß an einem völlig gesunden Arm durch Verheben. Bei diesem angeblichen Bicepsriß handelte es sich zwar nicht um einen eigentlichen Riß, sondern um eine allmähliche Durchtrennung der Sehne durch einen pathologischen Prozeß im Schultergelenk durch eine chronisch deformierende Gelenkentzündung, auf die zuerst Ledderhose als Ätiologie aufmerksam gemacht hat. Der Riß des langen Bicepskopfes, der nur in höherem Alter vorkommt, veranlaßt von sich aus kaum Störungen der Armfunktion, und ohne Unfallversicherung würden sich die Kranken um den Riß nur wenig kümmern. Zur Anerkennung eines Bicepsrisses als Unfallfolge stellt Verf. bestimmte Leitsätze auf: Ein Unfall, d. h. eine besonders starke Anstrengung, die sich als kurz dauerndes Ereignis von der regelmäßigen Arbeitsleistung abhebt oder über sie hinausgeht, muß nachgewiesen sein; ein größerer Blutaustritt oder ein großer Schmerz, der durch Beeinträchtigung der Beweglichkeit und Kraft des Armes sofort zur Arbeitseinstellung zwingt, muß sofort auftreten; der Unfall darf nicht erst nach Wochen und Monaten gemeldet, suggeriert und konstruiert sein. Unter Beachtung dieser Leitsätze dürfte die Zahl der Bicepsrisse als Unfallfolge sehr wesentlich zurückgehen, wenn nicht gleich Null werden. Janssen (Düsseldorf).

**Blumenthal, Ferdinand: Trauma und bösartige Geschwulstbildung.** (*Inst. f. Krebsforsch., Univ. Berlin.*) Med. Klinik Jg. 24, Nr. 7, S. 249—256. 1928.

Noch heute werden bei der Beurteilung des Zusammenhangs zwischen Trauma

und Krebsbildung die Richtlinien befolgt, die von Thiem und Lubarsch 1912 auf dem 3. internationalen Unfallkongreß in Düsseldorf aufgestellt wurden. Blumenthal weicht von ihnen in mehrfacher Beziehung ab. Er legt auf die Schwere der Gewalt-einwirkung an sich weniger Wert, als auf die eingetretenen Folgen. Der Nachweis schwerer nekrotischer Entzündungen ist nicht nötig, es genügt vielmehr überhaupt das Vorhandensein klinisch wahrnehmbarer, meist entzündlicher Veränderungen. Ursächliche Bedeutung kommt dem Trauma zu, wenn die Veränderung oder Beschwerden von der Gewalteinwirkung ab bis zur Geschwulstbildung nicht wieder völlig zurückgehen, wenn also Brückensymptome vorhanden sind. Die Zeitdauer zwischen Krebsentstehung und Trauma ist überhaupt nicht festzulegen, sie kann sich bis auf ein Jahrzehnt und mehr erstrecken; nicht ein zu langer, sondern ein kurzer Zwischenraum spricht eher gegen den Zusammenhang. Eine Verschlimmerung eines bestehenden Krebses durch ein Trauma kann angenommen werden, wenn eine wesentliche Beschleunigung des Wachstums an sich oder gegen den Verlauf vor dem Unfall zu beobachten ist. Die von Thiem aufgestellten Zahlen der Krebsdauer sind heute nicht mehr Standardwerte. Metastasenbildung kann durch ein Trauma angeregt werden. Eine Metastase ist auf ein Trauma zu beziehen, wenn sie bei entferntem Primärtumor am Ort oder in nächster Nähe des Traumas auftritt. Der entstandene Tumor braucht nicht genau am Orte der Gewalteinwirkung sich zu entwickeln. Es genügt, wenn er von einer Stelle ausgeht, bis zu der sich die Folgen der Gewalteinwirkung ausgebreitet haben. Demgegenüber wird von Schmieden betont, daß eine Verletzung niemals allein zur Geschwulstbildung führen kann, jedoch kann ein schlummernder Geschwulstkeim zum Wachstum angeregt werden oder eine vorhandene Geschwulst zu schnellerem Wachstum oder zur Umwandlung gutartiger in bösartige Geschwülste. Auch kann bei bereits bestehender Geschwulst eine Verletzung Anlaß zur Metastasenaussaat werden. Im Weltkrieg hat sich eine Millionenzahl von Verletzungen jeder Art ereignet. Dennoch hat sich keine gehäufte Geschwulstentwicklung im Gebiete der Kriegswunden und Narben gezeigt, womit nach Schmieden das Fiasko der traumatischen Geschwulsttheorie (*sensu strictiori*) besiegelt ist. Deutschländer verlangt zur Annahme eines ätiologischen Zusammenhangs zwischen Tumorentwicklung und Trauma den Nachweis, daß der Tumor im Wirkungsbereich des mechanischen Insultes, nicht notwendig an dessen Angriffsstelle liegt. Bei der Gewalt-einwirkung kommt es weniger auf deren Schwere, als auf ihre Nachhaltigkeit an. Eine traumatische Verschlimmerung darf nur angenommen werden, wenn unter kritischer Verwertung der anatomischen und histologischen Verhältnisse der Neubildung diese eine besondere Verletzlichkeit ergeben. Die Zeitdauer zwischen Tumortod und Manifestwerden einer Geschwulst ist um so größer, je weniger abweichend von der Norm der Organismus bei dem Ereignis war. Präcanceröse Zustände können Jahrzehnte dauern. In allem wesentlichen stimmen die Schlußfolgerungen Deutschländers mit denen B.'s überein.

Ziemke (Kiel).

**Oberndorfer: Spontangrän des Unterarmes. Unfall? Ein Gutachten. (Pathol. Inst., Krankenh., München-Schwabing.)** Münch. med. Wochenschr. Jg. 74, Nr. 32, S. 1369—1371. 1927.

Es handelt sich um ein Gutachten, welches zur Entscheidung abgegeben wurde, ob eine Spontangrän eines Unterarmes mit einer früheren Verbrühung der Hand desselben Armes in ursächlichem Zusammenhang stehen kann. Krankengeschichte: 5. VII 1918 hatte bei einem Mädchen eine Verbrühung der Hand stattgefunden. Sie konnte bis zum 10. weiterarbeiten, dann traten unvermittelt Schmerzen auf, vom 11.—12. plötzlich hohes Fieber (39,5), Bewußtlosigkeit, große körperliche Unruhe. Das Bewußtsein kehrte innerhalb zweier Tage zurück, die Kranke wurde ruhig, das Fieber blieb bis zum 8. Tage zwischen 38—38,8°. Subjektiv keine Beschwerden, objektiv keine Lähmungserscheinungen. Am 8. Tage Schmerzen und Kribbeln im rechten Unterarm mit Taubheit in den Fingern. Radialispuls nur schwach fühlbar, am folgenden Tag Verschlimmerung der Schmerzen in den Fingern der r. Hand, schließlich Gangrän bis nahe zum Ellbogen herauf; Amputation. Das Gutachten hat sich mit den Fragen zu beschäftigen, welche Ursachen die Gangrän des Unterarmes gehabt haben kann. 1. Es könnte von der Verletzung ausgehend zu einer aufsteigenden Infektion gekommen sein,

die durch Übergreifen auf die Blutgefäße schwerste Ernährungsstörungen hervorgerufen habe. Diese Möglichkeit ist abzulehnen, da keine Zeichen einer Zellgewebsentzündung vorhanden gewesen sind. 2. Könnte von der Verbrennung ausgehend eine Infektion zur Blutvergiftung geführt haben, d. h. zum Übertritt der Infektionserreger in die Blutbahn, und diese Infektion des Blutes könnte sekundär eine Verstopfung der Arterien bedingt haben (Embolie). Diese Möglichkeit muß auch abgelehnt werden, da keine Lymphangitis bestanden hat, andernfalls ein Blutgerinnsel in die Lunge transportiert worden wäre. 3. Könnte ausgehend von einer Verbrennung der Haut, eine Reizung der die Gefäßwände zusammenziehenden Muskeln stattgefunden haben, die zum Brand geführt hat. Auch diese Annahme muß abgelehnt werden. 4. Ist an Mutterkornvergiftung zu denken. Diese tritt jedoch nicht unvermittelt auf, sondern es gehen ihr Prodromalscheinungen wie Kopfschmerzen, Mattigkeit, Schwindelgefühl regelmäßig voraus. 5. Es könnte eine Starkstromverbrennung sein, diese kommt hier nicht in Frage. 6. Könnte eine Infektionskrankheit durch Bluttröpfchenbildung und Blutgefäßverstopfung den Brand hervorgerufen haben. Diese Annahme ist höchstwahrscheinlich, denn alle Befunde lassen sich dadurch restlos erklären. So sind alle Möglichkeiten, die zu einem plötzlichen Brand der Extremitäten bei einem Jugendlichen führen können, erörtert worden und es ist nach allem ganz ausgeschlossen, daß die Verbrennung des Fingers irgendeinen Einfluß auf das Entstehen des Brandes des Vorderarmes gehabt haben kann. Ein Zusammenhang der Erkrankungen ist also als absolut ausgeschlossen zu erachten. *Dencks* (Neukölln).)

**Mendlowiez, Ludwig:** Besteht Arbeitsunfähigkeit bei einer Entstellung des Gesichts durch Lupus erythematosus? Zur Frage der „verwertbaren Arbeitsfähigkeit“. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 53, Nr. 50, S. 2127—2128. 1927.

Mendlowicz hat eine Kranke mit ausgedehntem Lupus erythematodes des Gesichtes für arbeitsunfähig erklärt, obwohl sie im übrigen körperlich völlig gesund war. Maßgebend war für ihn die Tatsache, daß die Kranke wegen der Entstellung des Gesichts aus ihrer Stellung als Verkäuferin in einem Warenhaus entlassen worden war und daß sie aus demselben Grunde keinerlei sonstige Stellung finden konnte. Die Verwaltung der betreffenden Krankenkasse hat die Arbeitsunfähigkeit anerkannt.

Im Anschluß daran macht M. darauf aufmerksam, daß es bei der Frage der Arbeitsfähigkeit nicht bloß auf die physische Fähigkeit, sich durch Arbeit einen Erwerb zu schaffen, ankommt, sondern auch auf die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit. Daher ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung auch dann gegeben, wenn zwar physische Arbeitsfähigkeit vorliegt, aber infolge einer Krankheit nicht verwertbar ist. Mehrere Entscheidungen des RVA. sprechen sich in diesem Sinne aus. *Veiel* (Kannstatt).°°

**Schnizer, v.:** Dienstbeschädigung für Tuberkulose angenommen. Med. Klinik Jg. 24, Nr. 6, S. 223—225. 1928.

Das Besondere des vom Verf. mitgeteilten Falles liegt darin, daß eine tödlich endende Lungentuberkulose als Kriegsdienstbeschädigung anerkannt wird, obwohl ein objektiver Nachweis der Krankheit für einen Zwischenraum von 1918—1927 nicht erbracht werden konnte. Nach der Familienanamnese und nach früher überstandenen Lungen- und Rippenfellentzündungen war anzunehmen, daß auch Erkrankungen im Felde 1915 an Bluthusten und 1917 an Husten, Abmagerung und Auswurf, tuberkulöser Natur waren. Im Jahre 1918 hat der Erkrankte dann deutliche Zeichen einer Lungentuberkulose gehabt, die durch Generalisation von alten Herden entstanden war. Am 27. VI. 1918 wurde der Erkrankte als g. v. in die Heimat entlassen. Am 9. VII. 1927 verstarb er an akuter Miliartuberkulose, wahrscheinlich entstanden infolge eines Durchbruchs einer verkästen Stelle in die Blutbahn. Das Fehlen von Brückensymptomen und von ärztlicher Behandlung für den langen Zeitraum von 9 Jahren wird dadurch erklärt, daß der Erkrankte selbst Arzt war, sich sehr wohl selbst behandeln konnte und erst bei der Wendung zum Schweren kurz vor dem Tode die Hilfe eines Kollegen in Anspruch genommen hat. Verf. nimmt sowohl einen zeitlichen wie einen ursächlichen Zusammenhang der Miliartuberkulose mit der tuberkulösen Erkrankung 1918 mit aller Wahrscheinlichkeit an und hält daher den Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Tod für wahrscheinlich. *Ziemke* (Kiel).

**Oesterlen, O.:** Über traumatische Lungentuberkulose. Ärztl. Monatsschr. Jg. 1928, Jan.-H., S. 1—13. 1928.

Stellungnahme zu obiger Frage an einzelnen Beispielen der Literatur. Betonung der Notwendigkeit des Nachweises engen zeitlichen Zusammenhangs. Höchstintervall 1 Jahr, im allgemeinen 6 Monate. Schilderung eines eigenen Falles. *Wiese* (Landeshut).°°

**Düll, W.:** Lungentuberkulose und Kriegsdienstbeschädigung nebst einigen allgemeinen Bemerkungen. Tuberkulose Jg. 8, Nr. 3, S. 67—72. 1928.

Verf. nimmt in kritischer Weise zur Frage der Anerkennung einer Lungentuberkulose f. d. ges. gerichtl. Medizin. 12. Bd.

kulose als Kriegsdienstbeschädigung Stellung. Fachärzte und Heilstättenärzte sollen nur Gutachten abgeben, die jeder kritischen Würdigung standhalten; lediglich auf die Angaben der Kranken ohne Kenntnis der Akten ein Gutachten auszustellen, worin das fragliche Leiden als Kriegsdienstbeschädigung anerkannt wird, ist nicht zu billigen. Verf. hat sich in seiner Gutachtertätigkeit bisher in Fällen, in denen auf Grund der Vorgeschichte vom Versorgungsamt eine Kriegsdienstbeschädigung abgelehnt wurde, dem Entscheid fast immer anschließen können, berichtet aber über einige Fälle, in denen er zu einer anderen Meinung als die Versorgungsbehörde kam. Näheres muß im Original nachgelesen werden.

Ziemke (Kiel).

**Schmidt, A.: Die Unfalltuberkulose.** (Chir. Univ.-Klin., Bonn.) Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 141, H. 3/4, S. 467—488. 1927.

Das verarbeitete Material umfaßt 4138 klinische Fälle der letzten 30 Jahre (1896 bis 1926) und 88 Begutachtungsfälle der letzten 18 Jahre. Unter dem klinischen Material finden sich 3489 Fälle (= 84,3%) ohne vorausgegangenes Trauma und 485 (= 12,4%), bei denen ein Trauma als auslösende Ursache angeschuldigt wurde. 135 Fälle scheiden als unsichere Tuberkulosen aus. Nur in 29 Fällen (= 0,7%) konnte ein ursächlicher Zusammenhang der Tuberkulose mit dem angeschuldigten Trauma anerkannt werden. Bei diesen lag die traumatische Einwirkung 22mal innerhalb der ersten 6 Monate vor Klinikaufnahme, 7mal zwischen 6.—12. Monat. Bei der Aufnahme fanden sich noch 4mal sichtbare Folgen des Traumas. 4mal fand sich Tuberkulose in der Familie, 6mal eigene anderweitige Tuberkulose. In den übrigen 19 Fällen war ein derartiger Hinweis nicht vorhanden. Als Traumen kamen hauptsächlich Kontusionen und Distorsionen in Betracht. 2mal fand sich eine typische Inokulationstuberkulose. Frakturen fanden sich unter den traumatischen Tuberkulosefällen nie. Unter den 88 Begutachtungsfällen wurde ein Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Trauma in 30 Fällen (= 34%) anerkannt, in 6 Fällen (= 7%) erwies sich ein Zusammenhang als wahrscheinlich, in 52 Fällen (= 59%) wurde er abgelehnt. Fast in der Hälfte aller Fälle fand sich eine eigene oder familiäre tuberkulöse Belastung. Als Traumen kamen 24mal Kontusionen und Distorsionen in Betracht. Sowohl im klinischen als auch im Begutachtungsmaterial traten die traumatischen Tuberkulosefälle am häufigsten in den ersten 25 Lebensjahren auf mit einem Maximum im 4. Quinquennium (31 % aller Fälle), d. h. also in den Lehrjahren (Berufsschädigung!).

Aus all dem ergibt sich, daß sichere traumatische Tuberkulose recht selten ist (etwa 1% des gesamten Tuberkulosematerials). Überwiegend wurden im vorliegenden Material kleine Traumen (Kontusionen und Distorsionen) ursächlich beschuldigt. Die Tuberkulose entwickelt sich gewöhnlich am Ort des Traumas. Die zeitliche Entwicklung einer Tuberkulose nach einer äußeren Einwirkung ist sehr different, sie muß aber mit der Entwicklung einer nichttraumatischen Tuberkulose übereinstimmen. Eine Inokulationstuberkulose wird, wenn die Einimpfung mit der Verletzung zusammenfiel, nach einigen Monaten manifest. Die Auseinanderhaltung einer Impftuberkulose von dem Aufflackern eines alten Herdes bzw. der Verschlimmerung einer lokalen, in Entwicklung begriffenen Tuberkulose ist nicht immer möglich, da besonders ein latenter Herd oft nicht nachzuweisen ist. Von Bedeutung sind nicht nur das Trauma, sondern auch die Menge und Virulenz der dadurch mobil gemachten Tuberkelbacillen, bzw. die Art der Infektion einer gesetzten Wunde. Die Zahl der anerkannten Unfalltuberkulosen läßt keinen Schluß auf die Häufigkeit der traumatischen Tuberkulose zu.

Tobler (Winterthur). °°

**Hedry, Miklós: Über den Zusammenhang zwischen chirurgischer Tuberkulose und Unfall.** Orvosképzés Jg. 17, Sonderh., S. 17—21. 1927. (Ungarisch.)

Es wurden die Krankengeschichten von 1190 Knochengelenktuberkulosefällen aufgearbeitet, die in den letzten 20 Jahren an der Klinik beobachtet wurden; in 75% sämtlicher Fälle war ein Lungenprozeß als primärer Herd festzustellen. Ein Zusammenhang mit einem Unfall mußte in 186 Fällen (15,6%) angenommen werden. Binnen 3—6 Monaten nach einem Unfall entstanden 151 Knochen- und 31 Gelenktuberkulosen. In 25% der Fälle hat das Trauma lediglich das Auflodern bzw. Rezidive eines schon bestehenden latenten tuberkulösen Prozesses bewirkt. Eine Inokulationstuberkulose mit einer tuberkulösen Infektion von außen her im Anschluß an ein Trauma konnte nicht beobachtet werden. Prof. Bakay, der Chef der Klinik, sah immerhin im Kriege unter etwa 30000 Verwundeten 3 Fälle, in welchen 6—6 bzw. 3 Monate nach der Schußverletzung im Schußkanal bakteriologisch

und histologisch tuberkulöse Granulationen nachweisbar waren, und zwar bei Soldaten, die sonst frei von Tuberkulose waren.

Alles in allem glaubt Verf., daß bei posttraumatischen tuberkulösen Erkrankungen die Annahme einer hämatogenen metastatischen Infektion wohl berechtigt ist. Es kann nicht abgelehnt werden, daß infolge eines Traumas — welches allerdings von bedeutender Intensität sein muß — ein Locus minoris resistentiae entsteht; an diesem prädisponierten Gebiete bleiben die Tuberkelbacillen haften und können sich entsprechend vermehren.

*Endre Makai (Budapest).°°*

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

● **Adler, Alfred:** Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie. 4. Aufl. München: J. F. Bergmann 1928. VI, 220 S. RM. 10.50.

Die Individualpsychologie Adlers erhebt den Anspruch, so gut wie für die psychisch-nervösen Erscheinungen, so auch für die der Unsozialität und Kriminalität die prinzipiellen psychologischen Grundlagen abzugeben. Den Ausgangspunkt bildet für beide ein Minderwertigkeitsbewußtsein, das teils von vornherein infolge tatsächlicher seelischer oder körperlicher Mängel gegeben ist, teils durch ungünstige Einflüsse der Kindes- und Jugendjahre, durch eine das kindliche Selbstwertgefühl herabdrückende Erziehung und dergleichen geschaffen wird. Als Folge werden Entmutigung, Enttäuschung, seelische Haßeinstellungen gegen die Umgebung angesehen, die den Verbrecher schaffen. Diese Anschauungen (deren Mängel vor allem in der unzulänglichen Bewertung der menschlichen Anlagen in ihrer Bedeutung für die Kriminalität liegen) finden sich eingehend in diesem Hauptwerk der individual-psychologischen Schule vertreten, so daß der Gerichtsmediziner schon deshalb von dieser Darstellung der Entwicklung des nervösen Charakters Kenntnis nehmen muß. *Birnbaum (Herzberg).*

**Lungwitz, Hans:** Zur Psychobiologie des Verbrechers. Arch. f. Kriminol. Bd. 81, H. 4, S. 207—215. 1927.

Verf. kommt unter Übertragung seiner psychologischen Anschauungen auf kriminopsychologisches Gebiet zu der Erkenntnis, daß alle Verbrecher Neurotiker oder Psychotiker sind, und zwar vorwiegend Hunger-, Haß-, Angst- und Schmerzneurotiker oder -Psychotiker. Die Strafe ist für ihn ein biologisches Analogon, das zeiträumlich auf die Schuld folgt. Daß die Erkenntnistherapie ihm als der gegebene Weg erscheint, um dem Verbrecher wie der Gesellschaft zu helfen, versteht sich von selbst. Von Seiten des Kritikers wäre dem Verf. etwa noch zu sagen, daß die von ihm entwickelten psychobiologischen Gedankengänge soweit sie einen verwertbaren Kern enthalten, so etwa die entwicklungpsychologischen und ähnlichen, wissenschaftlich durchaus nicht so neuartig sind, wie sie ihm erscheinen mögen. *Birnbaum (Herzberg).°*

**Beier:** Ein Beitrag zur Psychologie der Kindesaussage. Kriminalist. Monatsh. Jg. 2, H. 3, S. 59—61. 1928.

Ein 12jähriges Mädchen bat gegen Abend in dem in der Nachbarschaft einer Stadt gelegenen Forsthaus um Einlaß und gab an, sie sei mittags bei der Heimkehr von der Schule von einem Manne überfallen worden, habe dabei das Bewußtsein verloren und sei erst am Waldesrande wieder zu sich gekommen. Was mit ihr geschehen sei, wisse sie nicht. Auf näheres Befragen erzählte sie, sie sei von einem Kraftwagenführer überfallen worden und in dem Auto entführt worden. Der Mann habe ihr etwas vor die Nase gehalten, wodurch sie die Besinnung verloren habe. Sie beschrieb sowohl den Mann als auch das Auto auffallend genau. Der Fall erregte große Beunruhigung unter der Bevölkerung. Bei der ärztlichen Untersuchung des Kindes fand sich eine Rötung am Scheideneingang, das Hymen fehlte. Nähere Nachforschungen ergaben, daß das Kind seine Schulaufgaben in der letzten Zeit sehr schlecht gemacht hatte und deswegen von der Lehrerin den Auftrag erhalten hatte, das Heft dem Vater zur Unterschrift vorzulegen. Aus Furcht vor Strafe war sie nicht nach Hause gegangen und hatte die Geschichte mit dem Überfall erfunden, wie sie selbst zugab.

*Campbell (Dresden).°*

**Zur Vernehmung von Kindern und Jugendlichen in Strafsachen: Eine neue Verordnung des sächsischen Justizministeriums (3. I. 1928).** Zeitschr. f. pädag. Psychol., exp. Pädag. u. jugendkundl. Forsch. Jg. 29, Nr. 4, S. 212—216. 1928.

Der Freistaat Sachsen hat in den Jahren 1922 und 1923 Bestimmungen erlassen, die bei Sexualdelikten das Verfahren bei der Vernehmung kindlicher oder jugendlicher Zeugen regeln. Er dehnt nunmehr die seitdem erprobten Grundsätze auf alle Straf-