

**Lian, C., M. Kaplan et P. Puech: De la mesure des capacités cardiaques à l'autopsie.** (Über die Messung des Fassungsvermögens des Herzens bei der Sektion.) Bull. Soc. méd. Hôp. Paris **46**, 240—247 (1930).

Die Vorhöfe werden von den Kammern getrennt, die Venenmündungen in den Vorhofswänden vernäht, die einzelnen Höhlen nach Säuberung aus einer Bürette mit Wasser gefüllt und an der Bürette die zur Füllung nötige Menge abgelesen. Zahlen. *Edens* (Ebenhausen b. München).

**Stoia: Neue Instrumente für den praktischen Gebrauch bei Sektionen (nach Stere).** Spital. **50**, 15—17 u. franz. Zusammenfassung 22 (1930) [Rumänisch].

Verf. ist es gelungen unter dem Namen „Kephalothor“ einen Apparat zu konstruieren, welcher den Schädel gut fixiert und die Mitarbeit eines Gehilfen während der Sektion unnötig macht. Die Fixation wird durch 2 Klammern ermöglicht, von welchem die eine im äußern Gehörgang und die andere in der Orbita befestigt wird. Seine zweite Erfindung ist ein „éclateur“. Dieses ist ein Stemmeisen, mit welchem nach der Durchsägung die Kalotte leicht abgehoben werden kann. Der Kephalothor ist, ohne Zweifel, eine recht brauchbare Hilfe bei Sektionen auf dem Lande. *Kernbach* (Cluj).

### **Versicherungsrechtliche Medizin.**

● **Reichs-Versicherungsordnung mit Anmerkungen.** Hrsg. v. Mitgliedern d. Reichsversicherungsamts. Bd. 3. Unfallversicherung. (Drittes Buch der RVO.) 2., Neubearb. Aufl. Berlin: Julius Springer 1930. XIII, 735 S. geb. RM. 24.60.

Die neue Bearbeitung des 3. Buches der Reichsversicherungsordnung, enthaltend die Unfallversicherung, wurde nötig infolge weiterer Entwicklung von Verwaltungsübung und mannigfacher Änderungen der Rechtsprechung, insbesondere durch das 3. Gesetz über Änderungen in der Unfallversicherung. Die Art der Bearbeitung sowie die äußere Anordnung sind die gleichen geblieben. Es sind also im 1. Teil die Bestimmungen der Gewerbe-Unfallversicherung, im 2. Teil die der landwirtschaftlichen und im 3. Teil die der See-Unfallversicherung erörtert. Der Anhang enthält das Einführungsgesetz zur Reichsversicherungsordnung, Richtlinien über gewerbliche Berufskrankheiten vom 6. VIII. 1925, die Verordnung über Krankenbehandlung und Berufsfürsorge in der Unfallversicherung vom 14. IX. 1928, das 3. Gesetz über Änderungen in der Unfallversicherung vom 20. XII. 1928 sowie die Verordnung über Träger der Unfallversicherung vom 17. V. 1929; außerdem eine Musterdienstordnung für gewerbliche Berufsgenossenschaften und die Bestimmungen des R.V.A. über die Übertragung von Aufgaben auf die Geschäftsführer der Berufsgenossenschaften vom 4. II. 1913 in der Fassung vom 16. IV. 1924. Die Ziffern der Anmerkungen für schon in der 1. Auflage erörterte Gebiete sind auch bei diesem Bande unverändert gelassen; für neue Fragen sind Ziffern mit Buchstabenzusatz gewählt worden, soweit die Ausführungen nicht erst am Ende der bisherigen Anmerkungen aufzunehmen waren und deshalb mit einer höheren Ziffer bezeichnet werden konnten. Das Sachverzeichnis ist der Erweiterung entsprechend ergänzt. Neue Gesetze, Erlasse, Verordnung, Beschlüsse und sonstige Entscheidungen sind bis etwa Ende 1929 berücksichtigt. Die Bearbeitung lag wieder in den früheren Händen. *Spiecker* (Beuthen O./S.).

● **Reichs-Versicherungsordnung mit Anmerkungen.** Hrsg. v. Mitgliedern d. Reichsversicherungsamts. Bd. 4. Invalidenversicherung. (Viertes Buch der RVO.) 2., Neubearb. Aufl. Berlin: Julius Springer 1930. VIII, 289 S. geb. RM. 10.80.

Auf dem Gebiete der Invalidenversicherung haben seit Erscheinen der 1. Auflage eine Reihe neuer Gesetze wesentliche Änderungen gebracht. Durch das Gesetz zur Änderung der Reichsversicherungsordnung und des Angestelltenversicherungsgesetzes vom 25. VI. 1926, durch die beiden Gesetze über Leistungen in der Invaliden- und Angestelltenversicherung vom 8. IV. 1927 und vom 29. III. 1928 und endlich durch das Gesetz über Leistungen in der Invalidenversicherung vom 12. VI. 1929 wurden die Vorschriften über Kinderzulagen und Waisenrenten neu gefaßt, und das Ruhen der Renten aus der Invalidenversicherung beim Zusammentreffen mit Renten aus der Unfallversicherung ist wieder eingeführt worden. Weiter wurden die Steigerungsbeträge für die Beitragsmarken der bis zum 30. IX. 1921 gültigen Lohnklassen sowie die Beiträge zur Invalidenversicherung erhöht; auch wurde der Anspruch auf Hinterbliebenenfürsorge erweitert. Diese neuen Vorschriften, die sich daran anknüpfende umfangreiche Rechtsprechung und sonstige zahlreiche neue Entscheidungen auf dem Gebiete der Invalidenversicherung sind in der 2. Auflage enthalten und die Anmerkungen entsprechend der Weiterentwicklung der Rechtsprechung und Verwaltungsübung umgearbeitet und ergänzt worden. Die neuen Gesetze, Erlasse und Verordnungen und oberstgerichtlichen Entscheidungen sind bis zum 1. III. 1930 berücksichtigt. Als Bearbeiter kommen Senatspräsident Dr. Lippmann und Universitäts-Prof. Dr. Dersch als Direktor im Reichsversicherungsamt in Betracht. *Spiecker* (Beuthen).

**Oesterlen: Ein Fall von posttraumatischem Hirnabsceß.** Ärtzl. Sachverst.ztg 36, 115—117 (1930).

Im Anschluß an 2 Verschüttungen (1916 und 1917), die erste mit anschließender 4stündiger Bewußtlosigkeit, traten ständige Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, nach 1 Jahre Veränderungen des Geisteszustandes, epileptiforme Anfälle, anscheinend auch epileptiforme Dämmerzustände auf, die sich bis zum Tode (1928) angeblich in 14tägigen Pausen wiederholten. Die Obduktion ergab: Gehirnabsceß des rechten Schläfenlappens, sekundäre Hirnhautentzündung. Unter Hinweis auf die bekannte schleichende Verlaufsform solcher Abscesse erkannte Oesterlen D. B. an, die Hinterbliebenenrente wurde dem Gutachten gemäß gewährt.

*Klieneberger* (Königsberg Pr.).

**Riese, Walther: Einige erkenntniskritische Bemerkungen zu den Ausführungen von Jossmann: Über die Bedeutung der Rechtsbegriffe „äußerer Anlaß“ und „innerer Zusammenhang“ für die medizinische Beurteilung der Rentenneurose.** Nervenarzt 3, 65—68 (1930).

Kritische Auseinandersetzung mit einer Arbeit von Jossmann (vgl. diese Z. 15, 72), rein negativ gehalten und zum größten Teil nicht stichhaltig. Riese bemängelt z. B., daß Jossmann „psychologische Gesichtspunkte“ in einen Gegensatz bringt zu „kausalen Gesichtspunkten“, und sagt dann selbst, psychologische Momente und kausale Momente gehörten verschiedenen Sphären an. Gerade auf die Trennung dieser Sphären war es aber Jossmann angekommen. Ebenso bemängelt er die „unfruchtbare Antithese: Krankheit—Reaktion“ und behauptet, worin das Wesen der Reaktion im Gegensatz zur Krankheit bestehe, würde von Jossmann nicht gesagt. In Wirklichkeit umschreibt Jossmann ganz richtig die hier in Frage stehende Art von „Reaktion“ — wie R. selbst zitiert — mit den Worten: „eine nur psychologisch zu beurteilende und zu bewertende Einstellung der Persönlichkeit“, womit der Gegensatz zur Krankheit als einer „Reaktion des Organismus“ ohne weiteres gegeben ist.

*E. Küppers* (Freiburg i. Br.).

● **Die „Unfall- (Kriegs-) Neurose“. Vorträge und Erörterungen gelegentlich eines Lehrgangs für Versorgungssärzte im Reichsarbeitsministerium vom 6.—8. März 1929. Zusammengestellt im Reichsarbeitsministerium. (Arb. u. Gesundheit. Hrsrg. v. Martineck. H. 13.)** Berlin: Reimar Hobbing 1929. 144 S. RM. 4.20.

Diese Veröffentlichung über die „Unfall-Kriegs-Neurose“ enthält eine große Zahl von Vorträgen und Erörterungen von Ärzten und Juristen und erfordert ein eingehendes Studium. Es ist nicht möglich, in einem Referate, das nicht selbst wieder ein umfangreicher Aufsatz sein will und kann, die Anschauungen der verschiedenen Autoren eingehend wiederzugeben und zu ihnen eine kritische Stellung zu nehmen. Der Grundgedanke der gegenwärtig herrschenden Richtung ist, daß wie eigentlich bei allen „Neurosen“ so auch bei den sog. Unfallneurosen der psychische Faktor der allein dominierende und determinierende, symptombildende Faktor sei. Die alte Theorie von den materiellen, organischen Grundlagen der nach Unfällen auftretenden neurotischen Zustände, als deren Prototyp die Oppenheimsche Lehre anzusehen ist, wird, wie Jossmann ausführte, kaum noch in der Argumentation verwandt. Es herrscht eine relative Einigkeit über den reaktiven, psychologisch verstehbaren Charakter der fraglichen Erscheinungen. Differenzen ergeben sich erst bei der Beurteilung der Pathogenese, d. h. der Würdigung kausaler Beziehungen. Nach Stier herrscht eine Einheitsfront darüber, daß Bonhöffer das Richtige getroffen hat, als er zuerst von willensmäßigen Tendenzen sprach, die den fraglichen Reaktionen zugrunde liegen, sowie, daß weitaus am häufigsten, wenn nicht immer, diese willensmäßige Tendenz eben der Wunsch ist, für krank gehalten zu werden, um dadurch einer als unerträglich empfundenen Situation sich zu entziehen oder eine Besserung der augenblicklich gegebenen Situation zu erreichen. Kronfeld geht über die engumschriebene Wunschtheorie hinaus im Sinne der von ihm vertretenen Individualpsychologie. Er spricht von einem tendenziösen, prospektiven Momente. Ein solches wohnt nicht bloß den hysterischen Reaktionen, sondern jeglicher neurotischen Reaktion inne. In ihm leben sich aus die Tendenzen der Flucht und der Sicherung, der Abwehr und der erhöhten Selbstzuwendung sowie alle triebhaften Bedürfnisse, die vor dem Unfallerlebnis verhalten werden mußten. Minderwertigkeitsgefühle verschiedenen Ursprungs werden entweder projiziert oder durch Symptombildung innerlich gerechtfertigt. Wunschtendenzen wirken sich aus, Schuldgefühle werden überkompensiert und als Selbstbemitleidung erlebt. Nach Kronfeld ist volle Übereinstimmung darüber erzielt, daß die Einsetzung des Unfalls als Ursache der Neurose generell falsch ist. Aber auch das entgegengesetzte Urteil sei in seiner Generalität irrig. Der Ursachenbegriff sei auf den Unfall, wenn überhaupt, so nur auf die reine affektive Erlebniswirkung des Unfalls anwendbar, nicht jedoch auf die tendenziösen und prospektiven Fixierungsmomente. Auch

wenn der Unfall, die sogenannte Unfallneurose sich in der Erlebnisreaktion mit ihren affektiven Gestaltungen erschöpft, werde der Unfall als Ursachenmoment stets nur relativ zur prämorbidem seelischen und psychophysischen Gesamtsituation abzuwägen sein. Jeder Fall bedarf sorgsamer Analyse. Nach Leppmann entsteht der größte Teil der länger dauernden sogenannten Kriegs- oder Unfallneurosen, besonders in hysterischer Form, nicht als unmittelbare Reaktion auf Kriegsbeschädigung oder Unfall, sondern durch nachträgliche, wunschbedingte Verarbeitung dieser Erlebnisse. Die Verbreitung dieser Erkenntnis sei ein sehr wertvolles Mittel zur Verhütung oder raschen Heilung solcher Neurosen und daher von besonderer sozialärztlicher Bedeutung. Die Entstehung einer Neurose lasse nicht immer den Rückschluß auf wesentliche angeborene Psychopathie zu. Die Kriegseinwirkungen hätten durch die Häufung körperlicher und seelischer Traumen in manchen Fällen zu einer nachhaltigen seelischen und körperlichen Konstitutionsverschlechterung geführt. Leppmann macht auch auf die nachteilige Beeinflussung gewisser körperlicher Anlagen durch einmalige psychische Stöße aufmerksam. Zu diesen Anlagen rechnet er die erhöhte vasomotorische Erregbarkeit, die spasmophile Veranlagung, den Hyperthyreodismus. Durch seine von starkem Temperamente getragenen, in geistreicher Form dargebrachten, inhaltlich sehr wertvollen Ausführungen ragt entschieden Hoche hervor. Niemand versäume, gerade seinen Aufsatz eingehend zu lesen. Was Hoche über „das Motiv“ sagt, über Jaspers Geltungswunsch der Hysterischen im Gegensatz zu ihrem tatsächlichen Können, über Kohnstamms „mangelndes Gesundheitsgewissen“, die „berühmte, hoffentlich bald berichtigte Flucht in die Krankheit“ ist sehr gut und verdient ernstliche Beachtung. Treffend sind seine Worte: „Flucht in die Krankheit gelingt nur denen, die eine solche Flucht nicht mehr nötig haben, weil sie schon abnorm sind“. Hoche kritisiert mit Recht die moralisierende Betrachtungsweise bei den Unfallneurosen, die jetzt im Flor sei, berührt die einseitige Betonung eines Interesses, einer Spekulation auf irgendeine Wirkung nach außen als Motiv unbewußter oder halbunbewußter Art. Durch die eindringendste Kenntnis eines Motivs erfahren wir nicht das geringste über das Wesen des dadurch ausgelösten Vorganges, und es sei ein merkwürdiger Denkfehler, wenn die überzeugten Vertreter dieser rein psychologischen Anschauung der Meinung seien, mit der Aufdeckung eines Motivs den Schlüssel zum Wesen der Hysterie gefunden zu haben. Sehr vielsagend sind Hoches Worte: „Aber auch für diese neueste Definition — nämlich durch die Betonung eines Motivs — gilt, daß sie nicht einer zwingenden Erkenntnis, sondern einer auf Zeit gültigen Verabredung ihre Entstehung verdankt.“ Sollte dies objektiv zutreffen, dann würden wenig erfreuliche Folgerungen zu ziehen sein. Bei Unfallfolgen nervöser und psychischer Art ohne organische Grundlage ist nach Hoche der Unfall nie reine und direkte Ursache. Die Reaktionsart der vom Unfall Betroffenen ist so verschieden, wie etwa normalerweise das verschiedene Verhalten der einzelnen gegenüber Schicksalsschlägen. Das natürliche Empfinden komme nicht daran vorbei, daß ohne den Unfall die ganze seelische und rechtliche Konstellation nicht entstanden wäre. Wie, wo und wann erzeugen, so fragt Hoche, Wünsche Krankheitssymptome? Der Wunsch ist gefärbt von einem positiven, aufmunternden Affekt und macht niemand krank; krank machen depressive Gemütsbewegungen: Zorn, Ärger, Gram, Enttäuschung, Angst. Sehr richtig hebt Hoche hervor, daß immer erneute Untersuchungen für empfindliche Persönlichkeiten ein seelisches Trauma geben können. Hoche lehnt die scharfe Gegenüberstellung von organisch und psychogen-hysterisch als zu glatt ab, um erschöpfend zu sein; es gebe zahlreiche Störungen, die sich weder in die eine noch in die andere Kategorie fügen, also etwa die Menschen mit abnormer Empfindlichkeit der Haut gegen Licht, die abnorm Ermüdbaren, die Dyspeptiker, die Kranken mit Tachykardie, Fälle, für deren Struktur er die Bezeichnung der mangelnden Gewebsrüstigkeit einführt. Hoche wendet sich gegen die Ausschaltung derer, die nur an der Vorstellung, krank zu sein, leiden. Die Entscheidung bewerte in unrichtiger Weise die Einwirkung der Wünsche, sie unterschätze das Maß der Schädigung durch das Verfahren. Hoche kommt aber zu dem Schlusse: „Nicht entschädigungspflichtig sind diejenigen nervösen oder psychischen Störungen, die ihre Entstehung nicht einem Unfall als solchem, sondern der Tatsache des Versicherungseins verdanken.“ Ist aber hier nicht ein kleines Hintertürchen der Wunschtheorie, dem Motive der Zugang wieder geöffnet worden? — Hoche selbst gibt zu, daß wenigstens einem Bruchteile der Neurotiker auch durch seinen Vorschlag Unrecht geschehen würde, aber das käme nicht in Betracht gegenüber dem großen Plus an Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Rentenbewerber und der Ersparnis an überflüssig ausgegebenen Mitteln, die einer besseren Verwendung zugeführt werden könnten. Ein gleiches jedoch hoffen die Anhänger der Wunschtheorie wie überhaupt einer ausschließlich psychologisch orientierten Auffassung der Neurosen von der Verwirklichung ihrer Vorschläge, die schließlich nicht von der von Hoche empfohlenen Praxis abweichen. Willmanns will nur in seltenen Ausnahmefällen den verhängnisvollen Einfluß von Entschädigungswünschen bei Unfallneurosen vermissen, aber auch hier keine Entschädigungspflicht anerkennen. Im Falle von Wunschmotiven sind die Unfallfolgen nicht entschädigungspflichtig, weil sie nicht unmittelbare Folge des Unfalls, sondern der Gesetzgebung, in den anderen seltenen Fällen deshalb nicht, weil sie keine adäquate Folge des Unfalls seien. (Ref. glaubt, daß die einseitige Betonung des psychischen Faktors bei den Neurosen im allgemeinen und den „Unfallneurosen“ im be-

sonderen allmählich eine Korrektur erfahren wird. Die Überschätzung des psychischen Faktors ist die Folge der früheren Außerachtlassung und Geringschätzung der seelischen Vorgänge im Organismus, sowie der Zeitströmung, aus der materiellen Not und Unsicherheit in das Reich der Gedanken, der ideologischen Gebilde, der Werkstätte der wunschgeleiteten Phantasie zu fliehen. Die Macht der Tatsachen, die Energie der Wirklichkeit wird schon nach und nach ihre Rechte fordern. Die psychophysische Einheit des Organismus kann schließlich doch nicht bei einer vorurteilsfreien Auffassung der Neurosen außer Betracht gelassen werden. Die mechanische Erschütterung des Organismus durch ein wirkliches Trauma, wohl auch durch seelische Stöße, kann nicht für alle Fälle in Bausch und Bogen abgelehnt werden, ohne den Tatsachen Gewalt anzutun. Wir müssen in jedem Einzelfalle in Anlehnung an Ottomar Rosenbach unterscheiden, ob die Stätten der Energie-Bildung und Transformation erschüttert und gestört sind, oder tatsächlich abnormen Empfindungen gegenüber nur die psychische Regulation versagt, wobei wiederum zu berücksichtigen ist, ob das Individuum im gegebenen Falle es an Willensdisziplinierung tatsächlich fehlen lasse, oder aber objektiv versage, weil es nicht über freie Willensenergie verfügen könne.)

*Otto Juliusburger (Berlin).*

● **Straus, Erwin: Geschehnis und Erlebnis. Zugleich eine historiologische Deutung des psychischen Traumas und der Renten-Neurose.** Berlin: Julius Springer 1930. VI, 129 S. RM. 6.60.

Straus geht in diesem Werk von dem einmaligen erschütternden Erlebnis, das einen Jugendlichen trifft, aus, um in tiefdringenden Überlegungen die Beziehungen zwischen Geschehen und Erleben aufzudecken; insbesondere wird eine Polemik gegen biologistisch-genetische Theorien, wie vor allem die Psychoanalyse, durchgeführt. Was an dieser Stelle besonders interessiert, ist die Feststellung, daß der „Zwang zur Sinnentnahme“, wie er bei der Wirkung des erschütternden Erlebnisses eintritt, wohl bei einer kleinen Gruppe phobischer Kranker, aber nicht bei der großen Masse der Rentenneurotiker von Bedeutung ist. Obwohl (wie ich glaube mit Recht) ausgeführt wird, daß die psychopathische Konstitution keine *conditio sine qua non* der Rentenneurotiker ist und bei den Streitigkeiten über die Entschädigungspflicht keine große Rolle zu spielen hat, läßt sich doch aus dem Wesen, dem Sinn der Renten-neurose, die eben nicht in dem zwingenden Zusammenhang mit dem Unfallereignis steht wie die Panik bei einem Theaterbrand, der Schluß ziehen, daß das Unfallereignis nicht als Ursache der Neurose bezeichnet werden kann. Dabei kann ebensowohl mit Recht die Tendenz, den Rentenneurotiker einfach als arbeitsscheu zu bezeichnen, abgelehnt werden. Die Deformierung als Selbstaufgabe im Gegensatz zur Selbstverwirklichung wird als ein Grundbegriff der Perversionen, Süchte wie der Renten-neurose namentlich in jenen relativ seltenen Fällen, in denen die Flucht ins Vegetieren auch nach Beendigung des Rechtsstreites fixiert bleibt, aufgezeigt. Die praktischen Konsequenzen werden in dem vorsichtig in theoretischen Grundlegungen sich zurückhaltenden Buche nicht abgehandelt, ergeben sich aber für den Gesetzgeber eigentlich von selbst. Die nicht einfach zu lesende, aber inhaltsreiche Schrift ist — ganz abgesehen von sonstigen psychologischen Fragen, die abgehandelt werden — ein wichtiger theoretischer Beitrag zu dem praktisch bedeutsamsten Problem der Versicherungsmedizin.

*F. Stern (Kassel).*

**Jolly, Ph.: Über den weiteren Verlauf hysterischer Reaktionen bei Kriegsteilnehmern und über die Zahl der jetzigen Rentenempfänger.** Arch. f. Psychiatr. 89, 589—643 (1930).

Jolly verfolgte das Schicksal von 420 im Kriege als dienstunbrauchbar entlassenen Kriegsneurotikern mit Hilfe von Fragebögen und durch Einsicht in die Versorgungsakten. Von den noch Lebenden erwiesen sich 94% als voll arbeitsfähig. Auch sonst waren die Ergebnisse sehr günstig. Debilität spielte als Grundlage der hysterischen Reaktionen eine große Rolle. 38% erwiesen sich als debil. Aus der Kartei des Versorgungsamts Düsseldorf ließ sich feststellen, daß von 14708 Kriegsrentenempfängern dieses Amts 1,88% wegen hysterischer Reaktionen heute noch Rente bezieht. Prozentual auf das ganze Deutsche Reich umgerechnet ergäbe das eine Zahl von 15300 heute noch berenteten Hysterikern. Auf Grund der Ergebnisse seiner sehr gründlichen Arbeit kommt Jolly u. a. zu folgenden beherzigenswerten Schlüssen: 1. Eine den neueren Kenntnissen nicht entsprechende ärztliche Einstellung zu dem Wesen und Wert der sog. Neurosen nach Unfällen dient nicht dem wohlverstandenen Interesse des Betroffenen und schädigt auch die Gesamtheit. 2. Es würde sich empfehlen, daß die Fachgutachter ihre Gutachten in wichtigen Fällen vor den Versorgungsgerichten selbst vertreten würden. 3. Die Fachgutachter sollten bei den gerichtlich anhängig gewordenen Fällen nach Abschluß des Verfahrens die Akten zu kurzer Einsicht erhalten.

*E. Küppers (Freiburg i. Br.).*

**Enke, W.: Unfallneurose und Konstitution.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Marburg.*) Allg. ärztl. Z. Psychother. 2, 364—377 (1929).

Enke hat sich bemüht, an einem Material von 200 Unfallneurotikern die somatischen und psychischen Anlagekomponenten aufzusuchen, die innere Beziehungen zur Unfallneurose erkennen ließen. Er legte dabei das Kretschmersche Psychobiogramm zugrunde. Eine besondere Affinität der Unfallneurose zu einer der großen Konstitutionskreise (pyknisch-cyclothym und athletisch-leptosom-schizothym) ließ sich nicht feststellen. Dagegen teilte sich das Material völlig in gewisse Untergruppen psychopathischer Konstitutionen auf. Die Mehrzahl der Neurotiker bestand aus primitiv-triebhaften Persönlichkeiten mit vorwiegend ausweichender Lebenseinstellung. In der Häufigkeit an 2. Stelle standen Menschen, bei denen geheime Insuffizienzgefühle am Werke waren, an 3. Stelle die rein psychasthenischen Persönlichkeiten. Bemerkenswert groß war die Zahl der sexuell Abnormen (20%) und der Fälle mit dysgenitalen Stigmen meist leichten Grades (31%). Bei einem Viertel des Materials waren außer dem Unfall noch weitere psychogene Komplexe nachweisbar. Kein einziger Fall war ganz frei von psycho- oder neuropathischen Symptomen. Auffällig ist, daß E. findet, daß in seinem Material die verschiedenen Schwachsinnformen gegenüber den psychopathischen Einzelgruppen keine wesentliche Rolle spielten.

*E. Küppers (Freiburg i. Br.).*

● **Die Unfallneurose und das Reichsgericht.** Hrsg. v. **Walther Riese.** Unter Mitwirkung v. **Otto Rothbarth.** Stuttgart u. Leipzig: Hippokrates-Verl. G. m. b. H. 1930. 71 S. RM. 4.50.

Im ersten Teil des Buches „Der Rechtsbegriff der adäquaten Verursachung in der Rechtsprechung des Reichsgerichts über die Unfallneurose“ führt Rothbarth (Rechtsanwalt) aus, daß Haftpflicht besteht, wenn der Unfall die ursächliche Veranlassung des Schadenerspruchs ist. Ein ursächlicher Zusammenhang ist abzulehnen, wenn der Unfall nur der äußere Anlaß der Neurose ist. Ein innerer Zusammenhang ist die adäquate Verursachung. Ein ursächlicher Zusammenhang ist auch dann vorhanden, wenn der Unfall nur mitwirkend die Neurose zeitigt. Weitere mitwirkende Ursachen sind: nervöse Veranlagung, Verschlimmerung der nervösen Erscheinungen durch die Aufregungen des Prozeßverfahrens, Einwirkung dritter Personen (Unterbrechung des Kausalzusammenhangs), mangelnde Widerstandskraft des Geschädigten (Simulation, Aggravation, Rentensucht). Bejahende und verneinende Entscheidungen des Reichsgerichts werden zur Erläuterung angeführt. Im zweiten Teil „Die Unfallneurose in der Auffassung des Reichsgerichts“ bringt Riese „Ältere Entscheidungen“ (1903—1927) und „Neue Entscheidungen“, in denen das Reichsgericht rentenneurotische Erscheinungen (auch die Unfallosterie!) als inneren Zusammenhang anerkennt. *Klieneberger (Königsberg Pr.).*

**Popoff, Th. A.: Zum Nachweis simulierter Taubheit.** (Weitere Analyse des Gowersseffischen Bürstenversuchs.) (*Klin. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh., Milit.-Med. Akad., Leningrad.*) Arch. Ohr- usw. Heilk. 125, 22—40 (1930).

Es handelt sich um die Anwendung des bekannten Bürstenversuchs in „einfacher“ und in der von dem Verf. nach Wojatschek ausgeführten, von ihm selbst richtig als „kompliziert“ bezeichneten Form. Auch diese Methodik, die ausführlich geschildert wird, gibt unvollkommene Resultate, die nicht mit der Leistung anderer Methoden an denselben Personen verglichen werden; Verf. sagt selbst, daß manchmal nur der Neurologe und Psychiater den Ausschlag geben könne. So sieht Ref. von näherer Beschreibung ab, weist nur darauf hin, daß die vom Verf. angegebene Hemmung der Tastempfindungen durch Hörempfindungen und umgekehrt physiologisch und psychologisch recht interessant wäre. *Klestadt (Breslau).*

**Linde, Fritz: Unfallzusammenhang bei Meniscusverletzung der Bergleute.** (*Knappschachts-Krankenh., Gelsenkirchen.*) Mschr. Unfallheilk. 37, 60—64 (1930).

Verf. weist in seinen Ausführungen darauf hin, daß in den letzten Jahren die Zahl der Meniscusverletzungen ganz erheblich in die Höhe gegangen ist. Da von den meisten Verletzten ein Unfall als Ursache der Verletzung angeschuldigt wird, erscheint es ihm berechtigt, einmal nachzuprüfen, ob dieser Zusammenhang tatsächlich besteht. Nach den bei der Operation erhobenen Befunden handelt es sich fast nie um eine Luxation des Meniscus, sondern fast immer um einen Abriß des Meniscus, wobei dann allerdings das abgerissene Stück auch gelegentlich einmal luxieren kann. Nach den Feststellungen des Verf. betreffen  $\frac{2}{3}$  der Verletzung Bergleute, dann folgen die Fälle von

Sportverletzungen. Verf. ist der Ansicht, daß das häufige Vorkommen dieser Verletzung bei den Bergleuten durch die Art des Betriebes bedingt ist. Am häufigsten ereignet sich die Meniscusfraktur beim plötzlichen Aufstehen aus kniender Stellung, wobei womöglich das Bein untergeschlagen und das Knie ein anhaltendes war. Als dann geht der Meniscus, der seine Lage und Spannung beim Beugen des Knies ändert, nicht rasch genug in die Stellung, welche er bei gestrecktem Knie einnimmt, zurück und wird zwischen Oberschenkel und Schienbeinknochen eingeklemmt. Vom ruckartigen Zuge der Streckmuskulatur, welche die Gelenkkapsel mit dem an ihr entspringenden Meniscus aus dem Gelenkspalt, in welchem sie bei gebeugtem Knie eingezogen war, herauszieht, wird dann der zwischen den genannten Knochen festgehaltene Meniscus abgerissen. Verf. glaubt nun, daß dieser Verletzungsmechanismus häufig ohne große Schmerzen und Funktionsstörung einhergehe, so daß er dem Verletzten gar nicht zum Bewußtsein komme. Erst eine später erfolgende Einklemmung führe ihn zum Arzt. Häufig könne sich der Verletzte dann des eigentlichen Unfalls nicht mehr erinnern. Trotzdem ist aber anzunehmen, daß die Meniscusfraktur der Bergleute in den weitaus meisten Fällen auf einen Betriebsunfall zurückzuführen ist. Auch die Geringfügigkeit des Ereignisses, bei dem die Verletzung des Meniscus passiert und welches wegen seiner Geringfügigkeit häufig scheinbar des Unfalldcharakters entbehrt, kann kein Grund für die Ablehnung des Unfallzusammenhangs sein.

Zillmer (Berlin-Tempelhof).

**Mannheim, Hans: Freier Körper in einem Zwischenwirbelgelenk nach Trauma. (Begutachtung und kasuistischer Beitrag.)** (*Chir. Univ.-Klin., Berlin.*) Mschr. Unfallheilk. 37, 67—72 (1930).

Der Verletzte, von Beruf Transporteur, glitt am 8. IX. 1928 beim Ziehen eines beladenen Handwagens aus und setzte sich direkt auf das Gesäß. Er hatte sofort Schmerzen in der Kreuzgegend, arbeitete aber trotzdem weiter, bis er wegen zunehmender Schmerzen am 12. XII. 1928 die Arbeit einstellen mußte. Er wurde mit Medikamenten, Einreibungen und Heißluft behandelt. Die Besserung war nicht erheblich; trotzdem nahm der Verletzte Mitte Februar 1929 seine Arbeit wieder auf. Dabei wurden die Schmerzen allmählich wieder schlimmer, so daß der Verletzte Mitte Juli 1929 erneut die Arbeit einstellen mußte. Das stereoskopische Röntgenbild zeigte nun mit aller Deutlichkeit Unschärfe und Rauigkeit in der Kontur des linksseitigen unteren Gelenkfortsatzes des 4. Lendenwirbels. In dem Gelenk zwischen dem unteren Gelenkfortsatz des 4. und dem oberen des 5. Lendenwirbels links findet sich deutlich ein etwa bohnengroßer freier Körper. Verf. ist der Ansicht, daß es durch das Trauma zu einer Fraktur des Gelenkfortsatzes gekommen ist, entweder zu einer vollkommenen, bei der durch das Dazwischentreten von Gelenkflüssigkeit der gelenkbildende Reiz den Reiz zur Knochenheilung und Knochenneubildung überwog, oder zu einer unvollkommenen, bei der infolge der Ernährungsschädigung sich das teilweise abgebrochene Knochenstück mit der Zeit ganz von seiner Ursprungsstelle löste. Der Verlauf der Erkrankung: Der zunehmende Schmerz, der nach  $\frac{1}{4}$  Jahr zur Einstellung der Arbeit führte, spricht mehr für den zweiten Entstehungsmechanismus. Es ist die Eigenart solcher freien Gelenkkörper, langsam größer zu werden, und es ist erklärlich, daß mit dem zunehmenden Größerwerden der Gelenkmaus die Beschwerden in dem schmalen Gelenk zwischen den Wirbeln entsprechend größer wurden. Ob die operative Entfernung des freien Gelenkkörpers in diesem Falle geeignet sein würde, die Beschwerden wesentlich zu bessern, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen.

Zillmer (Berlin-Tempelhof).

**Marcus: Arthritis deformans und Unfall.** Mschr. Unfallheilk. 36, 529—537 (1929).

Die primäre Arthritis deformans ist eine allgemeine Erkrankung, die nichts mit einer Verletzung zu tun hat. Die sekundäre Arthritis deformans kann Unfallfolge sein, aber nur dann, wenn das primäre Gelenkleiden, dessen fortgeschrittenes Stadium sie dann bildet, als Unfallfolge anzusehen ist. Es wird somit lediglich auf den Nachweis ankommen, daß das primäre Gelenkleiden auf den Unfall zurückzuführen ist, und es wird sich im wesentlichen bei diesem primären Gelenkleiden um eine traumatische oder statische Arthritis handeln. Bei der Prüfung der Frage, ob eine schon bestehende sekundäre Arthritis deformans durch einen Unfall eine Verschlimmerung erfahren hat, wird zunächst festzustellen sein, ob es sich um eine wirkliche Verschlimmerung handelt oder um das sog. akute Stadium der verbildenden Entzündung. In letzterem Falle ist die Verschlimmerung nur anzunehmen für die Zeit des Bestehens des akuten Sta-

diums. In ersterem Falle muß als Voraussetzung für den Eintritt einer Verschlimmerung angesehen werden eine durch den Unfall hervorgerufene frische Entzündung, sei es eine Arthritis traumatica, sei es eine Arthritis statica. Die Stärke der Gewalteinwirkung bei dem Unfall ist nicht von ausschlaggebender Bedeutung, da auch durch eine verhältnismäßig geringfügige Gewalteinwirkung eine traumatische Entzündung hervorgerufen werden kann. Dagegen wird man in jedem einzelnen Falle ganz besonders eingehend die zeitlichen Verhältnisse zu prüfen haben. Man muß verlangen, daß vom Unfalltage ab bis zum Nachweis der verbildenden Entzündung ständig objektiv nachweisbare Unfallfolgen im Bereich des Gelenks vorhanden sind. *Kurt Mendel.*

**Sonntag: Über Arthritis deformans und Unfall.** (*Chir.-Poliklin. Inst., Univ. Leipzig.*) Dtsch. Z. Chir. **223**, 222—235 (1930).

Nach einleitenden Worten über die Schäden einer übertriebenen Sozialversicherung, wie eine solche z. Z. für Deutschland anzunehmen ist, wendet sich Verf. zur Frage des Zusammenhangs der Arthritis deformans mit Unfall und begründet eine Reihe von Richtlinien für die Unfallbegutachtung, wobei freilich eine individuelle Beurteilung des Einzelfalles unter Berücksichtigung von Vorgeschichte, Zeugenaussagen, Krankenkassenauszug, Arztberichten, klinischer und röntgenologischer Untersuchung verlangt wird. Die Leitsätze betreffen im allgemeinen folgende Punkte: 1. Der Unfall muß sicher nachgewiesen sein. 2. Er muß schwer oder doch wenigstens geeignet gewesen sein. 3. Er muß das betr. Gelenk betroffen oder doch geschädigt haben. 4. Zeitlicher Zusammenhang muß ein der Krankheitsentwicklung gemäßer sein. 5. Es müssen die Akten stimmen zum Unfallzusammenhang. 6. Von größter Wichtigkeit ist die derzeitige klinische und röntgenologische Untersuchung, wobei letztere gegebenenfalls auch die andere Körperseite und evtl. auch andere Gelenke sowie die Wirbelsäule und erstere den ganzen Menschen zu berücksichtigen hat. Die vorgenannten Leitsätze werden näher begründet und erläutert. Bei der Frage des Unfallzusammenhangs ist wohl zu unterscheiden zwischen Entstehung und Verschlimmerung, und bei letzterer wiederum zwischen vorübergehender und dauernder, wobei auf Grund persönlicher Erfahrung in der Unfallpraxis bemerkt wird, daß Entstehung ebenso wie dauernde Verschlimmerung in vielen Fällen, ja in den meisten Fällen abgelehnt werden kann.

*Sonntag (Leipzig).*

**Belot, J.: Un cas difficile d'expertise médico-légale. Diagnostic rectifié par l'examen radiologique.** (Ein schwieriger Fall von Unfallbegutachtung. Eine durch die Röntgenuntersuchung richtiggestellte Diagnose.) (*Hôp. Saint Louis, Paris.*) Bull. Soc. Radiol. méd. France **18**, 66—68 (1930).

Bei einem Manne trat im Jahre 1926 eine Verbiegung der Lendenwirbelsäule auf, nachdem er im Jahre 1922 einen schweren Unfall erlitten hatte. Es wurde die Diagnose: Wirbelsäulentuberkulose gestellt. Da die Zwischenwirbelscheiben völlig erhalten waren, der Wirbel normale Struktur und normale Dichte zeigte und nur nach einer Seite abgeflacht war, stellte Belot die Diagnose auf Kümmell-Verneulsche Krankheit. Vor allem sprach auch der lange Zeitraum von 4 Jahren gegen die Entstehung einer tuberkulösen Erkrankung, die durch den damaligen Unfall verursacht worden sei. — In der Aussprache betonte Roederer die verhältnismäßige Häufigkeit der Kümmell-Verneulschen Krankheit. *Heinrich Chantraine.*

**Falco, Giuseppe: Sul callo suppurato: malattia professionale o infortunio?** (Über die vereiterte Schwielen: Betriebskrankheit oder Unfall?) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Messina.*) Zacchia **8**, 26—43 (1929).

Falco erörtert auf Grund eines von ihm begutachteten Falles die Frage der vereiterten Schwielen vom gerichtlich-medizinischen Standpunkte und schließt, daß diese manchmal als Betriebskrankheit, manchmal als Unfall betrachtet werden muß. *Romanese (Parma).*

**Lutz: Appendicitis traumatica.** (*Berlin. Ges. f. Chir., Sitzg. v. 9. XII. 1929.*) Zbl. Chir. **1930**, 727—730.

Es gibt eine traumatische Appendicitis, d. h. eine durch ein Trauma ausgelöste Entzündung in einem bisher stets gesunden, normal beweglichen und normal gelegenen Wurmfortsatz. Diese traumatische Appendicitis ist als äußerst seltenes Ereignis zu

betrachten. Zu fordern sind als äußeres Zeichen des stattgehabten Traumas: Serosaeinrisse, Blutungen in und unter die Serosa, in die Muskulatur, in die Schleimhaut des Wurmfortsatzes. Den capillären Blutungen ist keine Bedeutung beizumessen; diese sind durch das Operationstrauma oder durch die Entzündung bedingt. — Fehlen die erwähnten Symptome, dann ist im vorliegenden Falle die Appendicitis das Produkt einer spontanen Infektion, und das behauptete Trauma steht mit der Entzündung nur in zufällig zeitlichem und nicht in ursächlichem Zusammenhang. Es ist der Nachweis zu erbringen, daß ein Trauma auch wirklich stattgefunden, und daß es die rechte Unterbauchgegend und nicht eine andere Gegend getroffen hat, und daß das Trauma vermöge seiner Gewalteinwirkung auch imstande gewesen sein muß, eine Entzündung auszulösen. Es muß zwischen dem behaupteten Trauma und dem Ausbruch der Appendicitis ein kontinuierlicher Zusammenhang bestehen. Ein mehrtägiges freies Intervall spricht gegen das Trauma als auslösende Ursache. Ein bereits krankhafter oder in seiner Lage veränderter Wurmfortsatz kann durch ein Trauma sekundär weiter geschädigt werden.

Brüning hält diesen Standpunkt für zu streng. Er nimmt einen Zusammenhang mit dem Unfall an, wenn der Unfall einwandfrei nachgewiesen ist und vom Augenblick des Unfalls an kontinuierlich sich Entzündungserscheinungen eingestellt haben. Ein längerer schmerzfreier und beschwerdeloser Zwischenraum zwischen Unfall und Beginn der ersten Appendicitis-erscheinung spricht bei der Häufigkeit der Appendicitis natürlich dagegen. *L. Lurz.*°°

**Iselin, Hans: Von den Beziehungen zwischen Geschwulstbildung und akzidentellem Trauma.** (*Inst. f. Unfallmed., Univ. Basel.*) Schweiz. med. Wschr. 1930 I, 141—148 u. 165—176.

Verf. bespricht an der Hand eines großen kasuistischen Materials, teils eigener Beobachtungen, teils aus der Literatur entnommen, die Frage des möglichen Zusammenhanges wohl sämtlicher in praxi vorkommender Tumoren mit Unfallsfolgen, sowohl Einwirkungen mechanischer wie chemischer Natur. Er kommt zu dem Schluß, daß die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen akzidentellem Trauma und Geschwulstbildung wohl zuzugeben ist. Die Zahl der Fälle, in denen ein solcher Zusammenhang erwiesen ist, erscheint aber im Vergleich zu der großen Zahl von Unfällen so gering, daß Verf. für das Zustandekommen eines Tumors nach einem Unfall doch noch eine besondere individuelle Disposition heranziehen möchte. *H. Löwenstädt.*°

**Purrucker, Konrad: Knochensyphilis und Trauma.** (*Chir. Klin., Krankenh. Bergmannsheil, Bochum.*) Arch. orthop. Chir. 28, 46—55 (1930).

Nach den Erfahrungen des Verf. besteht die Möglichkeit einer traumatisch entstandenen Knochenlues. Der Nachweis des Zusammenhanges ist nicht immer leicht. Er verlangt für die Anerkennung des ursächlichen Zusammenhanges folgende Bedingungen: Der Unfall muß einwandfrei erwiesen sein, muß erheblich sein, an der verletzten Stelle muß gleich nach der Verletzung im Röntgenbild der Nachweis einer Knochenverletzung möglich sein. Vom Unfall bis zum ersten Auftreten der syphilitischen Knochenveränderungen müssen einwandfreie Brückensymptome erkennbar sein. Zur Annahme der Verschlimmerung einer Knochenlues durch Unfall ist ein stürmisches Auftreten innerhalb von 4 Wochen erforderlich. *Engel* (Berlin).°°

**Barthélemy, R.: La syphilis post-traumatique. Ses rapports avec la loi sur es accidents du travail.** (Die posttraumatische Syphilis und ihre Beziehungen zum Gesetz über Arbeitsunfälle.) Arch. dermato-syphiligr. Hôp. St. Louis 1, 277—307 (1929).

Die Arbeit ist hauptsächlich von Interesse für die verhältnismäßig junge französische Betriebsunfallgesetzgebung. Das lange Bestehen der deutschen Unfallgesetzgebung hat in Deutschland mehrfach zur Bearbeitung des Zusammenhanges zwischen Unfällen und Syphilis geführt, so bereits durch Stolper in der grundlegenden Arbeit von 1902. Unter den von Barthélemy teils aus der Literatur, teils aus eigenen Beobachtungen mitgeteilten Fällen scheinen am meisten erwähnenswert die Entstehung



eines sekundären Exanthems auf einer Impfnarbe sowie im Tertiärstadium, posttraumatische Orchitis und tertiäre Lungenerscheinungen im Anschluß an einen Unfall.

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

● **Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Hrsg. v. J. Jadassohn. Bd. 14. Tl. 1. Mundhöhle. Auge. Nase und Ohr. Gewerbekrankheiten der Haut. Akute Exantheme (Übersicht). Dermatosen im Säuglingsalter. Handteller und Fußsohlen. Juckende Hautkrankheiten. Tierdermatosen. Berlin: Julius Springer 1930. XVI, 1003 S. u. 217 Abb. RM. 160.—.

**Sachs, Otto: Gewerbekrankheiten der Haut.** S. 220—418 u. 41 Abb.

In äußerst gründlicher und doch übersichtlicher Weise behandelt Otto Sachs auf kaum 200 Seiten das umfangreiche Gebiet der Gewerbekrankheiten der Haut. Beginnend mit den beruflichen Hautstigmata werden dann die Erkrankungen der Talg- und Schweißdrüsen, der Nägel, Haare, der Mundhöhle und Zähne, dann die beruflichen Toxidermien durch gasförmige Körper, durch Metalle, Metalloide und Halogene, durch Säuren und Alkalien, durch Lacke, Firnisse, Terpentin, spirituose Lösungen, durch Petroleum, Schmieröl, Benzin, Teer, Pech, Briketts, durch organische Substanzen, Farbstoffe, insbesondere Anilinfarbstoffe, durch Pflanzen und pflanzliche Stoffe, durch Holzarten, durch Tiere und tierische Produkte besprochen. Von gleich großer Bedeutung für den Gerichtsarzt bzw. den als Sachverständigen funktionierenden Arzt ist das Kapitel über die artifizielle Dermatitis und das Gewerbeekzem, über die thermischen und chemischen Schädigungen der Haut, über die durch Farbstoffe hervorgerufenen beruflichen und gewerblichen Hauterkrankungen, die „Staubkrankheiten“ der Haut, die beruflichen Infektionskrankheiten der Haut, sowie die Hautschädigungen durch elektrischen Strom, Röntgenstrahlen, Radium, Mesothorium, Thorium X. Ein eigenes Kapitel (XII) ist den durch berufliche Beschäftigung entstandenen Hautcarcinomen, weitere Kapitel der Statistik, Prognose und Prophylaxe der gewerblichen Dermatosen und ein kurzes Schlußkapitel der Therapie gewidmet. — Für den Gerichtsarzt wird diese knappe Darstellung des Gebietes um so wertvoller sein, als die Frage der Entschädigung der Gewerbekrankheiten und speziell der gewerblichen Hautkrankheiten jetzt immer aktueller wird und große Anforderungen an die Sachkenntnis der Gerichtsarzte stellt.

*Kalmus* (Prag).

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

**Pfahler, Gerhard: Rückeinstellung und Aussage.** Z. angew. Psychol. 35, 184—200 (1930).

An der Hand von 3 außerordentlich lehrreichen Fällen wird die psychologische Technik der „Rückeinstellung“ erörtert: „Die Rückeinstellung hat die Aufgabe, systematisch im Zeugen die Geschehniszusammenhänge wieder zu verlebendigen, innerhalb derer das entscheidende Geschehnis lag. Sie unterscheidet sich vom bloßen suggestionsfreien Verhör durch zweierlei: Einmal ist die Gesamthaltung des Verhörenden bestimmt, durch den Willen, ein früheres Erlebnis in seiner Ganzheit wieder so gegenwärtig zu machen als überhaupt möglich.“ Dadurch müssen dann auch Erlebnisse vor dem entscheidenden Geschehnis wachgerufen werden, von denen aus der Zugang zum zur Diskussion stehenden Erlebnis erfolgt.

*Leibbrand* (Berlin).

● **Mönkemöller, Otto: Psychologie und Psychopathologie der Aussage.** (Bibliothek d. Kriminalistik. Hrsg. v. G. Aschaffenburg u. N. Herm. Kriegsmann. Bd. 4.) Heidelberg: Carl Winter 1930. XV, 451 S. RM. 17.50.

Jeder Sachverständige weiß, daß — wenigstens an vielen Orten — die unglaublich zahlreichen Fehlerquellen der Zeugenaussagen richterlich noch zu wenig gewürdigt werden oder in weitem Maße unbekannt sind. Es ist deshalb sehr zu begrüßen, wenn ein forensisch erfahrener Psychiater auf breiter Basis diese Fehlerquellen bei Erwachsenen und Jugendlichen, sog. Normpersonen und psychopathischen Persönlichkeiten bespricht, dabei die Aussageexperimente und psychologischen Grundlagen der Aussage berücksichtigt und vor allem die Irrtümer, die durch mangelhafte Kenntnis der Aussagepsychologie entstehen, durch ein reiches und teilweise erschütterndes Material von Fehlurteilen illustriert. Ich möchte meinen, daß diese Materialsammlung das Wichtigste an dem Buche darstellt und jedem Juristen, der es liest, recht deutlich ans Herz legen muß, sich mehr mit Kriminalpsychologie und auch psychopathologischen Grundproblemen als bisher zu beschäftigen, schon um besser würdigen zu können, wer wirklich Sachverständiger ist und wer nicht. Man kann an der Schilderung einiger Abschnitte, die z. T. durch die notwendige Popularisierung medizinischer Begriffe erforderlich