

und ärztliche Tätigkeit. Gefängnis bis zu 3 Monaten oder Geldstrafe trifft den Leichenbeschauer, der einen Verdacht auf gewaltsamen Tod nicht meldet; die Person, die falsche Angaben über Gesundheitsverhältnisse fremder Staaten zwecks Veranlassung von Auswanderung macht. Die Strafe für unwahre ärztliche Zeugnisse wird verschärft, wenn eine Belohnung gegeben oder versprochen wurde. Unterlassung dringender ärztlicher Hilfe ohne eigene oder fremde Gefahr kann nach § 249 mit Gefängnis bis 3 Monaten bestraft werden. Verf. denkt hierbei an Abortblutungen, pathologische Geburten, gefährliche Verletzungen usw., und bezieht sich auf das Sanitätsgesetz und die Verordnung bezüglich der Ärztekammern, worin Ref. ihm aber nicht zustimmen kann. Fahrlässige Gesundheitsschädigung oder bedeutende Krankheitsverschlimmerung sind mit Gefängnis bis zu 3 Jahren und Geldstrafe bedroht, im Todesfalle strenger Arrest von mindestens 2 Jahren. Den Wirkungen der sehr dehnbaren Begriffe, Unachtsamkeit und Nachlässigkeit steuert nach Ansicht des Verf. die Vorschrift, daß ein Gutachten des Sanitätsrates einzuholen ist. In § 264 wird Kerkerstrafe bis zu 5 Jahren und Berufsverbot auf 2—5 Jahre dem Arzt angedroht, der eine unerprobte Behandlung anwendet oder eine unerprobte chirurgische Operation ohne Zustimmung des Kranken bzw. des gesetzlichen Vertreters vornimmt, falls der Tod eintritt. Verf. hält die Bestimmung für belanglos, doch weist Ref. auf den Aufsatz von Čačković im Staleški Glasnik 1929, 12 hin, der gegen § 264 Stellung nimmt. Die Strafe für Preisgabe des Berufsgeheimnisses betrifft nicht nur alle Medizinalpersonen und deren Gehilfen, sondern auch sämtliche Organe der Sanitätspolizei, Krankenhäuser, öffentlicher und privater Organisationen der Lebens-, Kranken-, Unfalls- und Invaliditätsversicherung. — Im 6. Kapitel werden einige Allgemeinbestimmungen des Gesetzes besprochen, die das Verständnis der Vorschriften fördern sollen. Unter Gewalt wird auch Anwendung von Hypnose verstanden.

Kornfeld (Zagreb).

### Versicherungsrechtliche Medizin.

**Kersten: Der Arzt als Gutachter im Sachverständigenbeweis vor den Spruchbehörden der Sozialversicherung und der Reichsvorsorgung.** Med. Klin. 1931 I, 450—452.

Auszug aus einer vom Verf. ausgearbeiteten, in Baden Verwendung findenden Dienstanweisung für Oberversicherungsämter und Versorgungsgerichte. Als besonders wichtig werden betont: Die medizinische Frage muß bestritten sein. Alle zweifelhaften Tatfragen müssen vor der Erhebung des Gutachtens aufgeklärt sein (soweit möglich). Keine „Gutachterlöwen mit Massenfabrikation“, aber auch kein einseitig vom Gericht in Anspruch genommener Gutachterkreis, da die Folge Bildung einer von den Klägern gewohnheitsmäßig in Anspruch genommenen Gruppe sein würde. In Unfallsachen kann das Gericht sich mit einem Gutachten der Vorinstanz begnügen, wenn durch Beschleunigung des Verfahrens Änderungen in den Unfallfolgen vermieden werden. Die Verwertung von „Assistentengutachten“ in der Berufungsinstanz wird mit Recht als nicht unbedenklich bezeichnet! (Die Gutachten sind von einem genau bestimmten Arzt — Direktor, Oberarzt — zu fordern.) Verf. hat es für notwendig befunden, die Gutachtenvordrucke mit einer Vorbemerkung zu versehen, welche die Gutachter auf ihre besonderen Pflichten aufmerksam macht. Zwischen „eingehendem Fachgutachten“ und „kurzer fachärztlicher Äußerung“ wird unterschieden. Die heutigen Verhältnisse — „Hilfsbedürftigkeit!“ — lassen die §§ 1681 und 104 RVO. bzw. Vers.G. nicht zur beabsichtigten Wirkung kommen. (Praktische Hinweise zur Beschränkung der Honorarforderungen.) Der Umstand, daß in diesen Fällen das Gericht sich des von der Partei ausgewählten Sachverständigen bedienen muß, führt zu Schwierigkeiten. Es empfiehlt sich, von Klägern bevorzugte Gutachter auch von Gerichten wegen als Sachverständige zuzuziehen. Die Bewertung von Gutachten in Vorakten und anderen Akten ist vorsichtig und kritisch vorzunehmen, da andere Fragestellung. Ist der Kläger unvertreten, so empfiehlt es sich, ihm nur einen kurzen geeigneten Auszug aus dem Gutachten zu übermitteln, sonst die Vertreter zur Voricht und Rücksicht anzuhalten.

Briegler (Sprottau).

**Oppenheimer, Rudolf: Über den Begriff der „bestehenden“ Krankheit bei den privaten Krankenkassen.** (Urol. Abt., Krankenh. d. Israelit. Gem., Frankfurt a. M.) Dtsch. med. Wschr. 1931 I, 503—504.

Unter Verzicht auf ärztliche Untersuchung wird von den privaten Krankenkassen dem Aufzunehmenden lediglich eine schriftliche Äußerung über die in den letzten

5 Jahren durchgemachten Krankheiten, über den behandelnden Arzt und eine etwa bei Aufnahme bestehende Erkrankung auferlegt. Es ist strittig, ob der krankhafte Zustand dem Erkrankten zum Bewußtsein gekommen sein muß. In einem Fall des Verf. fühlte sich ein Versicherter bei Eintritt in die Versicherung gesund, 8 Wochen später erkrankte er an urämischen Erscheinungen, es wurde eine Prostatahypertrophie festgestellt. Die Versicherungsgesellschaft lehnte die Leistungspflicht ab, da die Prostatahypertrophie jahrelange Entwicklung voraussetze, daher bereits bei der Aufnahme bestanden habe. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei einer ganzen Reihe von Krankheiten, so bei Krebs, Tuberkulose, Diabetes, Magen- und Duodenalgeschwüre usw. Genügte das objektive Vorliegen einer Krankheit bei der Aufnahme, um die Leistungspflicht auszuschalten, so könnte der Versicherungsnehmer jahrelang Beiträge zahlen und die Gesellschaft trotzdem bei einer großen Zahl von Krankheiten den Einwand der Nichterfüllungspflicht machen. Eine Komplikation kann noch dadurch eintreten, daß von einem der Versicherung bekannten Krankheitsherd ein anderes Organ befallen wird, z. B. die Nieren bei bestehender Lungentuberkulose. Noch schwieriger wird die Sachlage, wenn bei Aufnahme Krankheitssymptome bestanden, die vom Arzt irrig gedeutet werden, z. B. wenn als Darmspasmen gedeutete Leibschmerzen sich später als Nierentuberkulose herausstellen. Verf. weist darauf hin, daß wohl immer von Fall zu Fall entschieden werden muß und eine einheitliche Formulierung nicht möglich ist. Prinzipiell ist aber hervorzuheben, daß überstandene Krankheiten der Versicherung genannt werden müssen, daß es ihr dann freisteht, die Aufnahme von einer vertrauensärztlichen Untersuchung abhängig zu machen.

Ziemke (Kiel).

**Duvoir, M.: La loi du 1. janvier 1931. Modifiant et complétant la loi du 25. octobre 1919, étendant aux maladies professionnelles. La loi du 9. avril 1898 sur les accidents du travail.** (Änderung und Ergänzung des Gesetzes vom 25. X. 1919, Ausdehnung auf die Gewerbekrankheiten. Das Gesetz vom 9. IV. 1898 über die Betriebsunfälle.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 9. II. 1931*). Ann. Méd. lég. etc. **11**, 156—161 (1931).

Das französische Gesetz vom 1. I. 1931, welches am 5. VII. 1931 in Kraft tritt, erweitert einerseits die Zahl der Gewerbekrankheiten, welche im Sinne der Arbeiter-Unfallversicherung entschädigungspflichtig sind, andererseits die Zahl der Beschäftigungen, bei welchen sich diese Berufskrankheiten finden. So ist z. B. die Zahl der „Bleiberufe“ von 22 auf 31 vermehrt worden. Dazu gekommen sind die gewerbliche Vergiftungen mit Tetrachloräthan, mit Benzol und seinen Homologen, die Phosphorvergiftung, die Schädigungen durch X-Strahlen und andere schädliche radioaktive Substanzen. Es regelt auch die Tätigkeit der Kommission für industrielle Hygiene sowie der „commission supérieure“ für Berufskrankheiten. Im ganzen bezeichnet das Gesetz einen kleinen Schritt vorwärts auf dem Gebiete des Kampfes gegen die Berufsschädigungen der Industriearbeiter.

Kalmus (Prag).

**Hasselbach, Hanskarl v.: Ependymäres Gliom des 4. Ventrikels. Zugleich ein Beitrag zur Frage des Zusammenhanges zwischen Schädeltrauma und Hirntumor.** (*Path. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) Beitr. path. Anat. **86**, 120—134 (1931).

42jähriger Mann erleidet 1918 eine schwere Verletzung des Gesichtes mit Zerstümmerung des knöchernen Nasengerüsts und des rechten Jochbeines. Schon 10 Tage nach der Verwundung Klagen über heftige Kopfschmerzen im Hinterkopf, die in den nachfolgenden Jahren stets wieder in den Krankheitsakten vermerkt sind. 1929 Auftreten von Schwindel, Erbrechen, Ohnmachten und akuten Schwächezuständen. März 1930 plötzlicher Exitus an Atemlähmung. Bei der Autopsie wird ein 8,1 cm langer und 3,6 cm breiter, weicher, grobhöckeriger Tumor, der mit dem Boden der Rautengrube fest verwachsen ist, den 4. Ventrikel ausfüllt, das Kleinhirn verdrängt und einen Hydrocephalus internus des 3. und der Seitenventrikel verursacht, gefunden.

Histologisch wird aus der morphologischen Ähnlichkeit der Tumorzellen mit denjenigen des Ventrikelependyms, die auf die Tumoroberfläche übergehen, und aus sog. „Blepharoblasten“-Einschlüssen in diesen Zellen die Diagnose eines Ependymoms gestellt. Der Tumor wird als direkte Traumafolge angesehen, entstanden (entsprechend

den Auffassungen von Beneke) durch eine chronische Reizwirkung kleiner, traumatischer Nekrosen bei der Contre-coup-Wirkung der Verletzung auf die Medulla oblongata. Ferner spreche für die traumatische Bedingtheit des Tumors sein einheitlicher morphologischer Aufbau.

Karl M. Walthard (Zürich).<sub>o</sub>

**Klieneberger: Kopftrauma und Spätapoplexie. Obergutachten.** (Stadtkrankenh., Zittau.) Med. Klin. 1930 II, 1678—1679.

3 Wochen nach einem Unfall erleidet der Patient (54½ Jahre alt) eine Apoplexie mit rechtsseitiger Hemiplegie. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Apoplexie und dem Trauma wird abgelehnt, da das Trauma ohne sichere Hirnbeteiligung verlief (nur Abschürfungen und Beulen am Kopf), zwischen Trauma und Apoplexie keinerlei cerebrale Beschwerden bestanden, Patient schon vor dem Trauma an allgemeiner Arteriosklerose litt.

Hans Strauss (Frankfurt a. M.).<sub>o</sub>

**Benassi, G.: Contributo alla conoscenza delle emorragie endocraniche da trauma.** (Beitrag zur Kenntnis der endokraniellen traumatischen Blutungen.) (Istit. di Med. Leg., Univ., Cagliari.) Giorn. Clin. med. 11, 1121—1133 (1930).

In das Bewußtsein der Ärzte ist — nach der Erfahrung des Verf. — die Tatsache noch zu wenig eingedrungen, daß auch nach solchen Kopftraumen, die nicht unmittelbar von Bewußtlosigkeit gefolgt waren und die auch zu keinem Schädelbruch geführt haben, tödliche intrakranielle Blutungen nicht allzu selten sind. Benassi berichtet über 7 Fälle von verhältnismäßig unschweren Gewalteinwirkungen auf den Schädel. In keinem Fall unmittelbar auf das Trauma folgende Bewußtlosigkeit, in 4 Fällen Verletzung der knöchernen Schädelkapsel. 3mal fand sich bei der Obduktion ein epidurales Hämatom als Todesursache, 3mal ein subdurales, 1mal ein epi- und ein subdurales. In einem Falle war die ausgedehnte subdurale Blutung auf der Gegenseite der Verletzung. — Die klinische Feststellung der Seite des Hämatoms — zumal des subduralen — kann schwierig sein, besonders wenn die neurologischen Herdzeichen durch den allgemeinen Hirndruck verschleiert werden.

Helmut Scharfetter (Innsbruck).<sub>o</sub>

**Kobayashi, Gisaku: Zur Frage der traumatischen Hämorrhagie.** Arb. neur. Inst. Wien 32, 283—288 (1930).

Histologische Untersuchung eines Falles von traumatischer Hirnblutung, wobei der Patient innerhalb von 12 Stunden nach dem Trauma starb. Es fanden sich ausgedehnte Blutungen in den Meningen, kleine Blutungen in das Hirngewebe selbst und ein sehr ausgebreitetes Ödem, das vor allem die äußeren Schichten betraf. Die Blutungen sind z. T. Diapedesisblutungen in der Umgebung sonst völlig intakter Gefäße, z. T. liegen Gefäßzerreißen vor. Da schwere Veränderungen der Meningen und ihrer Gefäße schon vor dem Trauma bestanden, ist darin wohl der Grund zu erblicken, daß das Trauma auch zu Gefäßrupturen führte.

Hans Strauss (Frankfurt a. M.).<sub>o</sub>

**Becker, Max: Encephalitis epidemica und Trauma.** (Unfall-Nervenheilst. Bergmannswohl, Schkeuditz.) Mschr. Unfallheilk. 37, 529—551 (1930).

Es wurden in Schkeuditz zwischen 1921 und 1929 insgesamt 111 Fälle von epidemischer Encephalitis beobachtet, darunter wurde in 52 Fällen die Erkrankung auf einen Unfall zurückgeführt, allerdings konnte nur in seltenen Fällen der Zusammenhang anerkannt werden. Bemerkenswert sind hier 2 Fälle, in denen unmittelbar nach einer nicht sehr schweren Schädelverletzung die ersten Erscheinungen der akuten Encephalitis begannen und auch der Zusammenhang im Sinne der Schaffung eines Locus minoris resistentiae anerkannt wurde; in einem 3. Fall war der Zusammenhang nicht so evident, in anderen erfolgte Ablehnung. In einzelnen Fällen begann die akute Encephalitis im unmittelbaren Anschluß an starke Schreckemotionen. Ein Fall hatte 1917 eine Gasvergiftung mit langdauernder Bewußtlosigkeit, akute Encephalitis erst 1923, Zusammenhang mit Recht abgelehnt, ebenso in einem Falle, in dem eine Verbrennung II. Grades der Unterschenkel und Füße stattgefunden hatte; keine sichere akute Encephalitis. In einzelnen Fällen wurde D. B. festgestellt; die im Felde durchgemachte Encephalitis scheint nicht sehr charakteristische Symptome gemacht zu haben. Außer Unfällen, die das Gehirn betreffen, können auch erhebliche Verbrennungen, die eine Hirnkongestion nach sich ziehen, pathogenetisch in Betracht kommen. Besteht zwischen Unfall und dem ersten Auftreten der ersten Encephalitis Symptome ein längeres

störungsfreies Intervall von mehr als 6 Monaten, so wird der ursächliche Zusammenhang negiert.

*F. Stern (Kassel).*

**Chavigny, P.: Diabète et diabète insipide traumatique.** (Diabetes und Diabetes insipidus nach Trauma.) (*15. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 26.—28. V. 1929.*) *Ann. Méd. lég. etc.* **11**, 66—67 (1931).

Es werden kurz 2 Fälle von Diabetes, resp. Diabetes insipidus beschrieben, bei denen das Leiden nach einem Trauma einsetzte und es wird die Frage erörtert, ob dem Trauma ätiologische Bedeutung zuzuerkennen sei.

*Maas (Berlin).*

**Woll, Julius: Zur Frage des traumatischen Diabetes nach Verletzungen des Zentralnervensystems.** (*Med. Univ.-Klin., Augusta-Hosp., Köln.*) *Med. Klin.* **1930 II**, 1781 bis 1784.

Nach sehr kurzer Übersicht über die Literatur zur Frage des Diabetes und der Glykosurie nach traumatischen Hirnschädigungen wird ein einschlägiger Fall geschildert.

1915 Kopfschuß. 1922 erste Symptome des Diabetes. 1929 kommt Patient wegen erheblicher Verschlimmerung des Diabetes und exsudativ-kavernöser Lungen-Tbc. in Klinikbehandlung. Der Diabetes spricht auf Insulin gut an. Exitus an Lungen-Tbc. Die Autopsie ergibt ein normales Pankreas. Am Hirn findet sich ein alter Schußkanal, der von der ersten rechten Stirnfurche durch den Nucleus caudatus bis in den 3. Ventrikel verläuft. In diesem findet sich ein Geschößsplitter, ein anderer im rechten Vorderhorn „dicht neben dem Schwanzende des Nucleus caudatus“.

Trotz Fehlens anatomisch erkennbarer Veränderungen des Pankreas ist angesichts der guten Beeinflussbarkeit durch Insulin ein Pankreasdiabetes anzunehmen. Zu erwägen ist nur, inwieweit die traumatische Schädigung der Regio hypothalamica im Sinne der neurogen-traumatischen Theorie des Diabetes als auslösendes Moment bei einem zu Diabetes disponierten Manne aufzufassen ist. Verf. ist geneigt, einen solchen indirekten Zusammenhang anzunehmen, einen direkten Zusammenhang zwischen Trauma und Diabetes lehnt er ab.

*Hans Strauss (Frankfurt a. M.).*

**Dragotti, Giuseppe: La sindrome nervosa post-commotiva.** (Das nervöse Syndrom nach Gehirnerschütterung.) (*Serv. Sanit., Ferrovie d. Stato, Ministero d. Comunicazioni, Roma.*) (*Budapest, 2.—8. IX. 1928.*) *Contrib. dell'Italia al V. Congr. internaz. med. per gli infortuni del lavoro ecc.* **1**, 353—362 (1929).

Die nosographische Revision der Renten-neurose hat die Herausstellung eines traumatischen Symptomenkomplexes erleichtert, des nervösen Syndroms nach *Comotio cerebri*. Proportional mit der Intensität des Traumas und mit der Schwere und Dauer der Erschütterung treten charakteristische Störungen auf, in erster Linie Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit, Überempfindlichkeit gegen Sonne, Alkohol, Tabak, Licht, Geräusche, Benommenheit, die sich bis zur Bewußtseinstörung steigern kann. Typisch ist ferner eine psychische Verlangsamung ohne formale Störung der Intelligenz; Aufmerksamkeit und Gedächtnis können leiden, häufig ist traurige Verstimmung, Willensschwäche, Apathie. Auch psychomotorische Erregung, zuweilen explosionsartig auftretend, ist nicht selten. Meist besteht starkes Krankheitsgefühl, aber ohne Neigung zu klagen. Bei der Untersuchung findet man in mehreren Fällen parkinson-ähnliche Zeichen, Starre des Gesichts und der Muskeln, spastischer Gang, Zittern, langsame Bewegungen, Koordinationsstörungen. Die Sprache ist manchmal verlangsamt, die Reflexe können gestört sein, die idiomuskuläre Erregbarkeit ist stark erhöht. Seh-, Riech- und Hörvermögen können rein funktionell beeinträchtigt sein. Sehr wichtig ist die vasomotorische Labilität, die bei leichten Haltungsveränderungen oder Beschäftigung zu Kongestionen und Kopfweg führt. Alle diese Symptome finden sich natürlich je nach der Schwere des Falles gruppiert, konstant ist das Kopfweg, die Vasomotorenstörung und evtl. die psychische Verlangsamung. Pathologisch-anatomisch hat man diffuse Schädigungen der weißen Substanz, kleine Hämorrhagien im ganzen Cerebrum gefunden; in letzter Zeit führt man das Syndrom gern auf eine seröse Meningitis zurück. Zum Schlusse wird die Differentialdiagnose (Alkoholismus, Atherosklerose, Neu-

rasthenie usw.) sowie die Therapie und die gutachtliche Beurteilung eingehend besprochen.

*Liquori-Hohenauer* (Illenau).<sup>o</sup>

**Fornaca, Giacinto:** *A proposito della sifilide nervosa traumatica.* (Zur traumatischen Nervensyphilis.) (*Cassa Naz. Infortuni, Roma.*) (*Budapest, 2.—8. IX. 1928.*) Contrib. dell'Italia al V. Congr. internaz. med. per gli infortuni del lavoro ecc. 1, 369—376 (1929).

Trotzdem eine Auslösung syphilitischer Prozesse im Zentralnervensystem durch Traumen wiederholt behauptet worden ist, enthält die Literatur nur wenige von dem Verf. zusammengetragene Beobachtungen, welche die Annahme eines derartigen Zusammenhanges nahelegen könnten. Verf. teilt 4 eigene Beobachtungen mit: 1. Ein 35jähriger, bis dahin gesunder Maurer stürzte aus einer Höhe von 3 m auf den Rücken, namentlich den Lumbosakralteil der Wirbelsäule. Knochenverletzungen waren nicht nachweisbar. 2 Monate später begann er über Kopfschmerzen und Schwindel zu klagen. Während der anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen bestanden Tränenröten und ein Hemispasmus der Zunge. 1 Monat später war eine Pupillendifferenz und eine reflektorische Pupillenstarre vorhanden, desgleichen eine positive WaR. im Blute. 4 Monate nach dem Unfall zeigte der Liquor eine positive WaR. mit Zell- und Eiweißvermehrung. 6 Monate nach dem Unfall war eine ausgesprochene Ataxie der unteren Extremitäten vorhanden. Verf. faßt den Fall als eine Tabes auf. 2. Ein 45jähriger Trambahnführer, der sich mit 25 Jahren syphilitisch infiziert hatte, erlitt bei einem Trambahnzusammenstoß eine Kontusion der Wirbelsäule im Lendenteile und eine Humerusfraktur rechts. Nach drei Monaten traten lancinierende Schmerzen und Gehstörungen auf, 6 Monate nach dem Trauma wurden eine Aorteninsuffizienz, eine Anisokorie und eine Herabsetzung der Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten, eine tabische Sensibilitätsstörung, Ataxie und gastrische Krisen festgestellt. 3. Ein 38jähriger Maurer hatte sich vor 12 Jahren syphilitisch infiziert. 8 Monate nach einer schweren Kopfverletzung an der linken Scheitelgegend traten Kopfschmerzen und epileptiforme Krämpfe auf. Eine chirurgische Intervention hatte keinerlei Erfolg. Doch wurde bei Patienten eine Aortitis, ungleiche und träge reagierende Pupillen sowie rechtsseitiger Fußklonus festgestellt. Im Liquor fiel die WaR. positiv aus, auch bestanden Zell- und Eiweißvermehrung sowie positive Kolloidreaktionen. Die Augenspiegeluntersuchung deckte eine doppelte Neuritis optica auf. 4. Ein 36jähriger, bis dahin gesunder Handlanger, der eine syphilitische Infektion in Abrede stellte, erlitt ein Schädeltrauma in der linken Schläfengegend, gefolgt von mehrstädigem Bewußtseinsverlust. 1½ Monate nach dem Trauma entwickelten sich Gummien am Kopfe. Es stellte sich bei Patienten ferner eine corticale Hemiparese ein, die auf ein Gummia zurückzuführen ist. WaR. im Blut und Liquor fielen positiv aus; in letzterem war auch eine Zell- und Eiweißvermehrung vorhanden. Ungleiche, ertrundete und träge reagierende Pupillen, gesteigerte Sehnenreflexe auf der linken Seite, positiver Babinski. Die Röntgenuntersuchung des Schädels deckte entsprechend der Örtlichkeit des Traumas ein Knochengemma auf. Verf. meint, daß sich bei den von ihm berichteten Fällen ein Einfluß des Traumas auf die Auslösung der zentralen Störungen nicht leugnen lasse. *Jahnel.*<sup>o</sup>

**Dupouy, R., et A. Courtois:** *Syndrome démentiel d'allure paralytique posttraumatique. La pseudo-paralysie générale traumatique.* (Das posttraumatische Syndrom der Paralyse. Traumatische Pseudoparalyse.) (*Soc. Med.-Psychol., Paris, 24. XI. 1930.*) Ann. méd.-psychol. 88, II, 333—340 (1930).

Mitteilung zweier einschlägiger Fälle. Im 1. Fall entwickelte sich seit 1929 eine auffällige Wesensveränderung, nachdem Patient 1917 eine unklare, angeblich schwere Gehirnerschütterung und Gasvergiftung und 1923 einen Autounfall durchgemacht hat. Es fanden sich sinnlose und sinnwidrige Handlungen, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen, Rechenstörungen, Affekt- und Sprachstörungen, Pupillendifferenz und eingeschränkte Lichtreaktion bei negativem Blut- und Liquorbefund. — Im 2. Fall begann 1 Jahr nach einem schweren Autounfall ein bis jetzt progredienter Zustand von Desorientiertheit, Merkfähigkeitsstörung, Verschwendung, dysarthrischer Sprachstörung, Wortfindungsschwierigkeiten usw., ohne wesentliche neurologische Störungen bei negativem Blut- und Liquorbefund.

Die Verf. führen das Intervall zwischen Trauma und Beginn der psychischen Störungen darauf zurück, daß um kleine traumatische Blutungen herum nachfolgend eine proliferative Parenchydegeneration eintritt, als deren Ausdruck die Demenzerscheinungen aufzufassen seien.

Trotzdem das Vorkommen progressiver traumatischer Störungen nicht bestritten werden soll, wirken die beiden mit unvollständiger Anamnese und ohne anatomischen Befund mitgeteilten Fälle wenig überzeugend.

*Neustadt* (Düsseldorf).<sup>oo</sup>

**Grün, Richard:** *Starkstromverletzung und Hirnerschütterung als ausbruchsbegünstigende Faktoren bei der Entstehung einer Psychose.* (*Abt. u. Poliklin. f. Nerven-*

*krankte, Städt. Krankenh. Sandhof, Frankfurt a. M.)* Ärztl. Sachverst.ztg **36**, 211 bis 214 (1930).

Patient hat im Januar 1929 einen heftigen elektrischen Schlag erlitten, durch den er umgeworfen wurde. Er blieb bewußtlos liegen. Im Krankenhaus mehrfach Anfälle von Bewußtlosigkeit, zwei Tage nach dem Unfall Fieber ohne Pulsanstieg. Nach 10 Tagen findet der Neurologe Tremor, ticartige Zuckungen der Stirn- und Kaumuskulatur, Pupillenstörungen, Innenohrschwerhörigkeit. Ab etwa Mitte Juli entwickelt sich ein paranoider Zustand. Dieser besteht auch bei der letzten Untersuchung (Ende August) noch. Die neurologische Untersuchung ergibt teils sicher organische Symptome. Andere Symptome (ticartige Zuckungen, Schwäche und Tremor der rechten Hand, Sensibilitätsstörungen) werden als „wahrscheinlich nicht organischer Natur“ angesehen. Diagnose: außer „subjektiven Resten einer leichten Hirnschädigung nach Gehirnerschütterung eine paranoide Psychose mit hysterischen Zügen“. Ohne genauere Klassifikation wird die vorliegende Psychose den endogenen Psychosen zugerechnet, der Unfall als auslösende Ursache für die Psychose anerkannt. *Hans Strauss.*

**Lattes, Leone: Le alterazioni della personalità morale e sociale da infortunio del lavoro.** (Die Alterationen der moralischen und sozialen Persönlichkeit als Folge von Arbeitsunfall.) (*Istit. di Med. Leg. e Infortunist., Univ., Modena.*) (*Budapest, 2.—8. IX. 1928.*) Contrib. dell'Italia al V. Congr. internaz. med. per gli infortuni del lavoro ecc. **2**, 513—535 (1929).

Verf. berichtet über 8 persönlich beobachtete Fälle von Arbeitsunfällen mit Schädeltrauma, in denen sich in der Folge ausgesprochene Defekte der moralischen Sphäre und der Einfügungsfähigkeit in die soziale Umwelt bei einem vollständigen oder nahezu vollständigen Intaktbleiben der Intelligenz einstellten. In sämtlichen Fällen war der genetische Zusammenhang der genannten Störungen mit dem vorausgegangenen Schädeltrauma evident. Verf. hebt die Schwierigkeiten hervor, die sich dem Unfallsarzt bei der Begutachtung dieser Fälle entgegenstellen. Sicher sind die eindeutigen Fälle zu entschädigen, wobei noch zu berücksichtigen ist, daß die Prognose dieser Traumatisierten meistens ungünstig ist. Empfehlenswert wäre es jedoch, die Entschädigungssummen nicht dem Patienten selbst, sondern der Familie bzw. Aufsichtspersonen auszufolgen. *Imber (Rom).*

**Melander, Ragnar: Posttraumatische extrapyramidale Läsion.** (*Med. Adv., Allmänna Sahlgrenska Sjukh., Stockholm.*) Hygiea (Stockh.) **92**, 833—836 (1930) [Schwedisch].

Ein neuer Fall traumatisch entstandener extrapyramidaler Erscheinungen wird mitgeteilt; er betrifft einen 61jährigen bisher gesunden Mann, der ein Trauma an der rechten Schulter und Kopf erlitt. Kurz danach traten im rechten Arm Atrophien im rechten Schultergürtel, Ober- und Unterarm wie Handmuskeln auf mit Herabsetzung der Kraft, Erscheinungen, die auf eine periphere Plexusverletzung durch das Trauma bezogen wurden. Nach einiger Zeit folgten sodann ein Tremor, der dem der Paralysis agitans glich, Hemianästhesie für alle Gefühlsqualitäten an der rechten Körperhälfte, myotonische Reaktion bei tetanisierenden Strömen im Tibialis anticus und in den Extensoren. Wassermann war im Blut wie in der Spinalflüssigkeit negativ. Der Fall bot einige Schwierigkeiten in der Beurteilung der Prognose und Begutachtung des Schadenersatzes. Eine Progression des extrapyramidalen Symptomenkomplexes schien nicht ausgeschlossen, wenn auch ein völliger Rückgang der Symptome möglich war. Diese Frage mußte hier offen bleiben. Spastische Erscheinungen stärkeren Grades fehlten; die Röntgenaufnahmen des Schädels und der Körperteile ergab nur eine deformierende Arthritis des rechten Schultergelenks. *S. Kalischer (Charlottenburg).*

**Vogel, Klaus: Über die Verwendung der galvanischen Nystagmusreaktion bei der Begutachtung von Schädelverletzten und zur Diagnose der Menièreschen Erkrankung.** (*Hals-, Nasen- u. Ohrenklin., Univ. Berlin.*) Z. Hals- usw. Heilk. **28**, 30—39 (1930).

Die galvanische Untersuchungsmethode kann wertvolle Aufschlüsse geben, wenn man sich auf die Frage beschränkt, ob ein Unterschied in der Funktion beider Vestibularsysteme besteht oder nicht. Die galvanische Prüfung ist zur Erkennung der labyrinthären Natur des Schwindels nach Kopfverletzungen sowie zur Diagnose der Menièreschen Krankheit ein ebenso brauchbares Mittel wie die rotatorische und die calorische Reaktion. Die Tonusdifferenz zwischen beiden Vestibularapparaten, die dem labyrinthären Schwindel zugrunde liegt, läßt sich meist durch Seitenverschiedenheiten der galvanischen Erregbarkeit nachweisen. In allen vom Verf. untersuchten Fällen, in

denen sich eine Differenz der galvanischen Erregbarkeit vorfand, bestanden auch noch andere Zeichen vestibulärer Störung. Es zeigte sich in allen Fällen bei Anwendung aller zur Verfügung stehenden Methoden, daß der Nystagmus nach der einen Seite leichter auslösbar war als nach der anderen. Andererseits wurden aber auch Fälle von typischer Menièrescher Erkrankung beobachtet, in welchen nur eine oder zwei von den Reaktionen pathologisch waren. Es läßt sich also nur das pathologische Ergebnis, nicht auch das normale, verwerten. Ein Vorteil der galvanischen Methode besteht darin, daß ein nicht sichtbarer Spontanystagmus nach galvanischer Reizung für einige Minuten manifest wird, und daß ein zweifelhafter Spontanystagmus sich durch die galvanische Reizung kontrollieren läßt. *Henneberg (Berlin).<sup>oo</sup>*

**Junius, Paul: Wichtige Entscheidungen des Reichsversicherungsamts mit besonderer Berücksichtigung augenärztlicher Fragen und Neues und Altes aus der Reichsversicherungsordnung. Eine Zusammenfassung.** (*St. Marienhosp. a. d. Venusberg, Bonn.*) *Zbl. Ophthalm.* 24, 433—472 (1931).

In kürzester Fassung bringt Junius eine sehr reichhaltige Übersicht über die im Titel bezeichneten Entscheidungen. Nach einem allgemeinen Teile über Begriffsbestimmung, Zusammenhänge (Arbeitsstätte, klimatische Ursache, Unfallneurosen usw.), Rentenabgrenzung, Verschlimmerung, Verjährung, berichtet er über die besonders den Augenarzt interessierenden Entscheidungen (z. B. Beurteilung der Blindheit, Verlust eines Auges, Bewertung schon vorhandener Sehstörung, Netzhautablösung, Glaukom, Sehnervenleiden, Hornhautgeschwüre, Keratitis parenchymatosa und Unfall). Eine jedem Gutachter sicher sehr willkommene Zusammenstellung. *Jendralski (Gleiwitz).*

**Martin, F.-L.: Deux cas de psychose traumatique.** (Zwei Fälle traumatischer Psychose.) (*Soc. de Méd. et de Chir. des Accidents du Travail*, 28. II. 1931.) *Le Scalpel* 1931 I, 449—450.

Der kurze Bericht ist zu erwähnen, weil er zeigt, daß über psychogene Reaktionen nach Trauma noch antiquierte Anschauungen bei einzelnen Autoren herrschen. Die „traumatische Psychose“ oder Neurose wird hier charakterisiert als eine funktionelle, generell unheilbare, Störung nach einem Trauma mit starker Emotion, mikroskopische Veränderungen im Nervengewebe liegen ihr zugrunde. Es werden so 2 Fälle mit Lähmungen gezeigt. Aber entweder handelt es sich bei den Fällen, des Verf., um organische Störungen, die von einer Emotion unabhängig sind, oder der Verf. kennt nicht die Heilungen, die bei allen rein psychogenen Störungen mit starkem Suggestionsverfahren während des Kriegs erzielt werden konnten. Die Anschauungen des Verf. werden auch in der Diskussion kritisiert. *F. Stern.*

**Isserlin, M.: Über die Bedeutung der Erfahrungen an Kriegshirngeschädigten.** (*Hecksche Nervenheil- u. Forschungsanst., München.*) *Nervenarzt* 3, 569—577 (1930).

Über die traumatische Epilepsie werden zahlreiche statistische Angaben gemacht (vgl. die gleichzeitige Arbeit von Feuchtwanger und eine demnächst erscheinende Arbeit von L. Credner). Hirnabszesse traten mitunter noch viele Jahre nach der Verletzung auf, ohne daß die Ursache des Aufflackerns (interkurrente Infektion?) festzustellen war. Die Allgemeinerscheinungen der Hirnverletzten werden besprochen, auf die verhältnismäßige Seltenheit allgemeiner Demenzzustände hingewiesen. Demgegenüber wird auf die Bedeutung umschriebener Ausfälle hingewiesen und grundsätzlich zur Frage der zentralen Störungen Stellung genommen. Weitere Ausführungen gelten der Abgrenzung organischer Hirnschädigungen von anlagebedingten Minderwertigkeiten, sowie der Behandlung und Fürsorge für die Hirnverletzten. Betont wird die Wichtigkeit der Erfahrungen an Hirnverletzten für die Heilpädagogik. (Vgl. Feuchtwanger, diese Z. 17, 88.) *Hans Strauss (Frankfurt a. M.).<sup>oo</sup>*

**Eliasberg, W.: Zur Frage des traumatischen Parkinsonismus. (Nachgutachten.)** (*Nervenklin., München-Thalkirchen.*) *Münch. med. Wschr.* 1930 II, 1940—1941.

54jähriger Schwerarbeiter. Nach erheblichem Schädeltrauma wurde zunächst noch 4 Wochen weitergearbeitet, wenn auch Patient meist „nur so herumstand“. Dann trat ein ziemlich typisches hirnarteriosklerotisches Bild auf: Stimmungsschwankungen, Gedächtnisschwäche, Depression. Allmählich zeigte sich dann das Bild des striopallidären Syndroms. Gutachten: Eine symptomlos verlaufende Hirnarteriosklerose bestand schon vor dem Unfall. Dieser verursachte aber dann die Störungen an den basalen Ganglien. Ein Zusammenhang dieser Störungen mit dem Trauma erscheint in ausreichendem Maße wahrscheinlich.

*Kurt Mendel (Berlin).<sup>o</sup>*

**Lévi-Valensi, A., et Ezes: Paraplégie corticale traumatique. Observation anatomo-clinique.** (Traumatische corticale Paraplegie. Anatomisch-klinische Beobachtung.) *Encéphale* 25, 667—674 (1930).

16jähriger erhält einen Stockschlag auf den Kopf. Nach einem Stadium des Komas folgt ein „encephalitisches“ Stadium, dann eine absolute Triplegie, — beide Beine, linker Arm — dann fast völlige Paraplegie mit linksseitiger Armparese. Es gibt nach Bénisty 3 Formen der corticalen Paraplegie, eine schlaaffe, eine ataktische und eine spastische. Im vorliegenden Fall handelt es sich um eine schlaaffe Lähmung, besonders die Füße und hier die Extension betreffend. Die Flexion war erhalten, was sonst nicht der Fall zu sein pflegt, wenn, wie es hier der Fall war, die Läsion des Parazentrallappens sich auf die weiße Substanz mit erstreckt. Am übrigen Bein ist besonders die Flexion des Knies und der Hüfte, wie in andern derartigen Fällen, aber auch — abweichend von sonstigen Erfahrungen — die Adduction der letzteren betroffen. An der linken Oberextremität sind vor allem Hand und Finger beeinträchtigt, außerdem noch die Hebung des Armes in der Schulter. Die Sensibilität ist in jeder Weise normal. Einige klonische Zuckungen im rechten Fuß. Reflexe entsprechend der Pyramidenbahnläsion. Bemerkenswert sind noch 1. eine Diplopie mit Strabismus und 2. eine starke Amyotrophie im linken Arm. Die Sektion ergab eine doppelseitige Läsion der Parazentralläppchen, rechts die vorderen  $\frac{3}{4}$ , links die hintere Hälfte betreffend. Außerdem besteht ein kleiner Destruktionsherd im rechten Centrum semiovale, der die Stabkranzfasern zerstört, aber den Cortex freiläßt. Als besonders lehrreich wird hervorgehoben, daß demnach auch eine Läsion der hinteren Abschnitte des Parazentralläppchens keinerlei Sensibilitätsstörung verursacht, ferner die Amyotrophie des linken Armes bei Intaktheit der zugehörigen motorischen Rindenteile und bei Läsion lediglich — und zwar nur teilweise — der Projektionsfasern.

Fr. Wohlwill (Hamburg).

**Sorel, Emile, et Raymond Sorel: Paralyse physiopathique et accident du travail.** (Physiopathische Lähmung und Anfall.) (15. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 26.—28. V. 1930.) *Ann. Méd. lég. etc.* 10, 568—572 (1930).

Im vorliegenden Falle hatte sich bei einem 49jährigen Zimmermann, der einen recht schweren Unfall erlitten hatte (Unterschenkelbruch, mehrere Rippenbrüche, Schädelbruch mit einseitiger Opticusatrophie), eine fast totale schlaaffe Lähmung des linken Armes entwickelt (wie lange Zeit nach dem Unfall?) mit den typischen Symptomen der Kontraktur, der starken Vasomotorenstörungen, Cyanose usw., Wechsel von Rigidität und Hypotonie, handschuhförmigen Sensibilitätsstörungen bis über Ellbogen hinaus, lebhaften Reflexen, Atrophie von Delta und Biceps von etwa 2 cm. Leider fehlt der elektrische Befund. Ein entzündlicher (?) Prozeß im Sympathicus liegt diesen physiopathischen Zuständen möglicherweise zugrunde. Versicherungsrechtlich ist zu betonen, daß diese Lähmungen nicht so schwer bewertet werden dürfen wie organische, aber schwerer als hysterische. Generelle Bestimmungen sind bisher noch nicht möglich.

F. Stern (Kassel).

**Hoffmann, H.: Über die Unfallneurose.** (*Univ.-Klin. f. Gemüts- u. Nervenkrankh., Tübingen.*) *Klin. Wschr.* 1931 I, 121—124.

Lesenswerte Arbeit in Gauppschem Geiste, die ausführlicher referiert sei. — Es ist oft schwierig, die seelischen Wurzeln aufzudecken, welche die neurotischen Symptome hervorrufen und unterhalten. Oft ist es auch sehr schwer, psychogene und organische Unfallfolgen zu unterscheiden. Ausschlaggebend ist, abgesehen von den objektiven Resultaten einer Intelligenzprüfung, das Gesamtverhalten, d. h. die Art, in der die Beschwerden vorgebracht werden, ferner die besondere Form der psychischen Reaktionen. Jede Neurose wurzelt in irgendwelchen Lebenskonflikten, unlustbetonten inneren oder äußeren Erlebnissen, in sog. Komplexen. Soziale Beziehungen, Berufswahl und Liebe spielen hier die Hauptrolle; nach diesen Lebensgebieten muß man in erster Linie fragen, wenn man die Komplexe, die Motive der Neurosen erforschen will. Eine Neurose kommt stets dadurch zustande, daß die Neurotiker mit irgendwelchen Leistungen und Anforderungen nicht fertig werden, welche diese 3 Lebenskreise an sie stellen. Der Sinn der Neurosen liegt darin begründet, daß die Betroffenen vor den Schwierigkeiten des Lebens ausweichen und sich zur Rettung ihres Selbstgefühls in die Neurose flüchten. Entwickelt sich nun nach einem Unfall irgendwelcher Art ein neurotisches Zustandsbild, so sind dafür wie bei jeder anderen Neurose seelische Motive verantwortlich zu machen, die den meisten Patienten nicht klar bewußt sind, so der Schreck beim Unfall, hypochondrische Gedanken (genährt durch Angehörige oder sogar den Arzt), Angst vor dem Beruf, vor der speziellen Tätigkeit, bei der man den Unfall



sich zugezogen hat, eine gewisse Arbeitsunlust, die in der Regel auf dem Boden irgend-einer konstitutionellen oder erworbenen Schwäche entsteht (man sieht in der „Krankheit“ eine Entschuldigung für das Nichtarbeiten), vor allem aber auch das Rechtsbegehren. Der Rentenneurotiker kämpft nicht immer in erster Linie nur um Geld, sondern um sein „gutes Recht“. Er wird im Kampf um sein Recht Opfer der Sozialversicherung. Durch den Umstand des Versichertseins glaubt jeder ein Recht auf Entschädigung zu erwerben, vor allem dann, wenn er selbst gewisse pekuniäre Opfer gebracht hat, um sich das beruhigende Bewußtsein zu schaffen, im Falle der Not versorgt zu sein. Bietet sich dann irgendeine „günstige“ Gelegenheit (hier die Neurose), so bereitet es eine gewisse Genugtuung, sich schadlos zu halten, da ein Rechtsanspruch vorliegt. So wird der Unfallkranke zum Querulant. Aus dieser Sackgasse der psychischen Selbstverstümmelung läßt sich der verbohrt Unfallneurotiker nur schwer wieder herausführen. Für die Behandlung und Beurteilung der Rentenneurose ergeben sich aus diesen Betrachtungen folgende Schlüsse: Die Behandlung des Unfallkranken hat alles zu vermeiden, was zu der Ausbildung einer Rentenneurose führen könnte; vor allem nötig ist der Kampf gegen Angst, Mutlosigkeit und Hypochondrie. Vermeidung „iatrogener Hypochondrisierung“ (Bumke). Besonders wichtig für die Therapie sind die ersten Wochen nach einem Unfall. Im Zweifelsfalle sollte hier schon der Neurologe zugezogen werden. Hat die Hypochondrie sich einmal festgesetzt, ist eine Therapie kaum mehr möglich. Noch am ehesten Erfolg versprechend sind, ehe sich die Beschwerden fixieren, psychagogische Bemühungen im Sinne der Selbsterkenntnis und Selbsterziehung. „Ist aber einmal der Stein ins Rollen gekommen, und hat sich eine Unfall- oder Rentenneurose herausgebildet, so darf der Neurotiker unter keinen Umständen durch Gewährung einer Rente in seinem Krankheitsbewußtsein, in seiner Schwäche dem Leben gegenüber und in seinem vermeintlichen Rechtsanspruch unterstützt werden. Rentengewährung bei Neurotikern ist ein Akt des falschen Mitleids, mit dem man dem betreffenden Individuum einen schlechten Dienst leistet und außerdem die Interessen der Gemeinschaft schädigt (s. R. Gaupp). Ein Abweichen von diesem Grundsatz würde zu unhaltbaren Konsequenzen führen und der heute üblichen Verweichlichung der Menschen zu Unrecht Vorschub leisten. Die Nichtgewährung einer Rente ist der letzte therapeutische Trumpf, den wir bei den heutigen Verhältnissen in der Hand haben. Gewisse Ungerechtigkeiten, die sich scheinbar in einzelnen Fällen von diesem Standpunkt aus ergeben, können nur durch eine Änderung der Gesetzgebung aus der Welt geschafft werden, in der die Kapitalabfindung einen breiteren Raum einnehmen sollte, als es heute der Fall ist.“

Kurt Mendel (Berlin).<sub>o</sub>

**Ciampolini, Arnolfo: Simulazione e nevrosi da indennizzo.** (Simulation und Renten-neurose.) (*Serv. Sanit., Ferrovie d. Stato, Ministero d. Comunicazioni, Milano.*) (*Buda-pest, 2.—8. IX. 1928.*) Contrib. dell'Italia al V. Congr. internaz. med. per gli infortuni del lavoro ecc. 1, 217—230 (1929).

Verf. schildert den psychologischen Entstehungsmechanismus der traumatischen oder Rentenneurose, die aus ganz besonderen emotiven und ideativen Bewußtseins-zuständen hervorgehe, eine Einengung des Innenlebens hervorrufe und das Verhalten des Betroffenen bestimme. Der Vergleich mit der Hysterie wird im einzelnen durch-geführt und der Versuch einer gegenseitigen Grenzbestimmung unternommen. In der klinischen Phänomenologie der posttraumatischen Neurose unterscheidet Verf. 1. die Reaktionen einer ausgesprochen hysterischen Mentalität, 2. die Sensibilisierung eines präformierten neurasthenischen Humus, 3. das Produkt einer psychogenen Tätigkeit, welche in dafür geeigneten Subjekten Faksimilis von Krankheitssyndromen erzielt. Das Zusammenspiel dieser 3 Reaktionsformen, das Ineinandergreifen von Ursachen und Wirkungen, die Ähnlichkeit der traumatischen mit der Angstneurose, ihre Ver-schiedenheit von der reinen Neurasthenie werden eingehend dargestellt. Besonders interessant ist der Vergleich des Unfalltraumatikers mit dem Neurastheniker sui generis. Als die wichtigsten prädisponierenden Faktoren für eine traumatische Neurose gelten

dem Verf. 1. emotive Labilität, 2. erregbares Herz und labiler Puls, 3. vasomotorische Unregelmäßigkeiten, Dermographismus, Schweiß, 4. Konsistenzveränderungen der Thyreoidea ohne Volumvermehrung derselben. *Liquori-Hohenauer* (Illenau).

**Ciampolini, Arnolfo: Per la personalità psico-fisica del simulatore d'infermità.** (Über die psychophysische Persönlichkeit des Krankheitssimulanten.) (*Serv. Sanit., Ferrovie d. Stato, Ministero d. Comunicazioni, Milano.*) (Budapest, 2.—8. IX. 1928.) Contrib. dell'Italia al V. Congr. internaz. med. per gli infortuni del lavoro ecc. 1, 201 bis 215 (1929).

Ciampolini beleuchtet hier die Persönlichkeit des Krankheitssimulanten von allen Seiten. Er spricht über die verschiedenen sozialen Gebiete der Simulation, über die psychologischen und psychopathologischen Möglichkeiten ihres Zustandekommens, über die Einflüsse von Milieu und Alter, über den Anteil von Kriminalität, Arbeitsscheu, Konstitution, Temperament, Charakter, Stimmungslage, endokrinem System. Vor allem geht er auf die Wechselwirkung zwischen Psyche und Soma ein, und indem er die diversen Prototypen des Simulanten beschreibt, geht er alle immer wieder an ihnen beobachteten psychophysischen Eigenheiten durch. Besonders hervorgehoben werden die Kriegs-Selbstverstümmler, die Gelegenheits- sowie die Gewohnheitssimulanten, der Stand der Intelligenz bei den verschiedenen Typen, ihre hervorstechenden morphologischen Merkmale, das Verhalten der Sensibilität usw. Angeschlossen ist eine Statistik von Cappelletti über Häufigkeit und Art der erblichen Belastung der degenerativen Merkmale, der somatischen und psychischen Krankheiten, über das Verhalten der Reflexe, der Sensibilität. *Liquori-Hohenauer* (Illenau).

**Noica: Suffit-il de vouloir pour simuler une hémiplégie hystérique?** (Kann man eine hysterische Hemiplegie simulieren?) (*Soc. de Neurol, Paris, 8. I. 1931.*) *Revue neur.* 38, I, 75—78 (1931).

Bei einem 22jährigen Soldaten verschwindet eine seit 5 Monaten bestehende, nach Aufregungen aufgetretene (schlaaffe) motorische und sensible Lähmung des rechten Armes und Beines mit rechtsseitiger kompletter Taubheit und Blindheit nach einmaliger Faradisation. Bei der vorausgegangenen Untersuchung hatte sich am rechten Arm das Babinskische Pronationsphänomen, ferner ein positiver Raimist und ein positiver Neri (Beugung des gelähmten Kniegelenks bei willkürlicher Rumpfbeugung) gefunden. Bemerkenswerterweise behält Patient nach der „Heilung“ den Nichtgebrauch des rechten Armes bei, wenn er unbeobachtet ist, während er ihn z. B. in Gegenwart eines Vorgesetzten ebenso benutzt wie den gesunden linken.

Da diese Beobachtung den Wert des Pronationsphänomens wie des Raimistschen und Nerischen Zeichens als Symptome einer organischen Läsion des Zentralnervensystems in Frage zu stellen scheint, hat Verf. an einer Reihe von gesunden Versuchspersonen, die sich eine Lähmung ihrer Gliedmaßen intensiv vorstellen sollten, diese Phänomene nachgeprüft. Es ergab sich, daß sie bei keiner Versuchsperson auftraten, außer bei Ärzten, die das Ziel der Untersuchung kannten, und bei diesen bedurfte es eingestandenermaßen einer erheblichen Willensanstrengung und Anspannung ihrer Aufmerksamkeit. An Stelle letzterer Faktoren findet sich beim Hysteriker die innere Überzeugung, gelähmt zu sein, die ihm zur zweiten Natur wird. Diese Überzeugung (deren Genese uns Verf. übrigens schuldig bleibt; Ref.) kann nur durch Einwirkung einer „höheren Macht“ (Wissenschaft, Religion) beseitigt werden. *Pinéas* (Berlin).

● **Goldmann, H., und D. Lévai: Krankheit oder Simulation? Ein Berater in ärztlichen Gewissensfragen. Unter Berücksichtigung der maßgebenden gesetzlichen Bestimmungen zusammengestellt.** Horw (Luzern), Leipzig u. Stuttgart: Montana Verl. A.-G. 1930. 76 S. R.M. 3.80.

Dieses Buch gibt eine Übersicht über gesetzliche Bestimmungen, namentlich auch in der Krankenkassentätigkeit, über Diagnose der einzelnen Krankheiten, ihre Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit, die dabei vorkommenden Simulationen, Übertreibungen und ihre Erkennung. Es werden dabei viele nützliche Winke gegeben, die allerdings zum Teil nur sehr bedingten Wert haben (Pulsbeschleunigung bei Schmerzen), auch Unrichtigkeiten fehlen nicht, z. B. ist Schwindel keineswegs nur mit calorischer Übererregbarkeit verbunden, sondern oft gerade mit Unerregbarkeit usw. Der Abschnitt über traumatische Neurosen geht leider über moderne Erfahrungen entscheidendster Wichtigkeit hinweg; es bedeutet eine beden-

liche Vermengung, wenn komotionelle Encephalopathien und psychogene Reaktionen gemeinsam als traumatische Neurosen aufgefaßt werden, wie man nach dem Text annehmen muß. Der Grundsatz „In dubio pro reo (!)“, der in der sozialen Gesetzgebung direkt falsch ist, wird auch von den Verff. betont.

F. Stern (Kassel).

**Försterling: Versicherungsbetrug durch Verschlucken von Nägeln.** (*Krankenh. Bethanien, Mörs.*) Mschr. Unfallheilk. 38, 167—168 (1931).

Ein 27-jähriger Bergmann hatte angeblich 2 Nägel verschluckt. Röntgendurchleuchtung: 2 Nägel in der Blinddarmgegend. Operation erfolglos. Gelegentlich einer Heilstättenkur wurde ein 5 cm langer Nagel in Nabelhöhe festgestellt und der Mann mit Krankenrente entlassen. Röntgenbestätigung des Befundes etwa 1 Jahr nach dem Verschlucken der Nägel. Anspruch an die Berufsgenossenschaft, weil es sich bei dem Verschlucken des Nagels um einen Betriebsunfall gehandelt habe. Bei entsprechender Kontrolle Nagel tief unten im kleinen Becken (Mastdarm). Spätere Röntgenaufnahme unter entsprechenden Kautelen: Zwei neue Nagelschatten an anderer Stelle. Der Untersuchte hatte also zwei neue Nägel verschluckt, ein weiterer (anscheinend künstlich etwas abgestumpft) fand sich in seiner Westentasche. Betrugsversuch wurde zugegeben, der Mann verurteilt.

Brieger (Sprottau).

**Wiegand: Sekundenherztod als Unfallfolge.** Z. ärztl. Fortbildg 28, 232—233 (1931).

Ein 38-jähriger Monteur fiel bei der Arbeit plötzlich um und verstarb nach wenigen Minuten, nachdem er kurz zuvor einen 2 Zentner schweren Dampfverteiler hatte tragen helfen. Eine Leichenöffnung erfolgte nicht. Die B.G. lehnte den Antrag auf Hinterbliebenenrente ab, das OVA. verurteilte die B.G. dagegen zur Gewährung der Hinterbliebenenrente. Das RVA. wies den Rekurs der B.G. zurück. In der Begründung wird ausgeführt, daß der Tod nach dem Gutachten des Prof. L. nur ein sog. Sekundenherztod gewesen sein könne. Er sei nach Aussage der Mitarbeiter im unmittelbaren Anschluß an eine Betriebsstätigkeit, nämlich an das Tragen des 2 Zentner schweren Dampfverters eingetreten. Der Verstorbene war von 1919—1926 ununterbrochen Mitglied der Ortskrankenkasse gewesen und hatte in dieser Zeit nicht an Herzstörungen gelitten. Nach dem Gutachten des Prof. L. war anzunehmen, daß der Sekundenherztod teils ohne Anlaß, teils durch besondere Anstrengungen zustande kommt. Prof. L. verneinte einen ursächlichen Zusammenhang des Todes mit einem Betriebsunfall, weil der Verstorbene bei einer betriebsüblichen Arbeit gestorben war. Nach ständiger Rechtsprechung des RVA. schließt aber die Betriebsüblichkeit der Arbeit die Annahme eines Betriebsunfalles nicht aus. Allerdings könne eine Gesundheitsschädigung bei betriebsüblicher Arbeit dann nicht als Unfall angesehen werden, wenn sich ein bestimmtes, zeitlich mit genügender Sicherheit abgrenzbares Ereignis nicht feststellen lasse. Im vorliegenden Fall sei aber in dem Tragen des schweren Dampfverters ein derartiger, zeitlich begrenzter Betriebsvorgang einwandfrei nachgewiesen. Da nun eine körperliche Anstrengung vom Gutachter als allgemein geeignet bezeichnet sei, einen Sekundenherztod herbeizuführen und die Frage, ob der Verstorbene den Sekundenherztod am gleichen Tage oder in absehbarer Zeit auch dann erlitten haben würde, wenn er den Dampfverteiler nicht getragen hätte, offengelassen werden mußte, da endlich jeder Anhalt für das Bestehen eines ernstlichen Herzleidens fehle, so müsse der erwähnte Betriebsvorgang als wesentlich mitwirkende Todesursache angesehen werden.

Ziemke (Kiel).

**Marangoni, Giuseppe: Sulle fratture della colonna vertebrale.** (Über Frakturen der Wirbelsäule.) (*Reperto di Traumatol., Cassa Naz. Infortuni, Padova.*) (*Budapest, 2.—8. IX. 1928.*) Contrib. dell'Italia al V. Congr. internaz. med. per gli infortuni del lavoro ecc. 2, 555—718 (1929).

Ausführlicher Bericht mit zahlreichen Röntgenbildern über 82 Fälle. Aus den Ergebnissen wäre hervorzuheben: Frakturen des Halsanteils besonders zwischen dem 30. bis 50. Jahr, des Brustteils und des Lendenteils (der letztere weitaus am häufigsten betroffen) zwischen dem 20. bis 30. Jahr. Am häufigsten Brüche des Wirbelkörpers, am seltensten der Gelenksfortsätze und Frakturen mit Subluxation. Im Halsteil am häufigsten der 6., im Brustteil der 12., im Lendenteil der 1. betroffen. Von 74 genau untersuchten Fällen war das Nervensystem nur in 24 betroffen, davon das Rückenmark nur in 4. Dies erklärt Verf. hauptsächlich mit der Seltenheit der Dislokation infolge der Stärke der Verbindungen zwischen den Wirbeln. Der Entstehungsmechanismus, der im einzelnen Fall oft unklar ist, wird an Hand der Literatur erörtert. Auffallend ist das Fehlen der Frakturen der Dornfortsätze im Brustbereich. Verf. sah niemals Fraktur durch unbedeutendes Trauma. Viele Fälle, die als bloße Dystorsion angesehen werden, erweisen sich bei genauer Röntgenuntersuchung als Frakturen. Mit Ausnahme der Halswirbelsäule spricht die Unmöglichkeit der Flexion für Läsion des Körpers,

besonders im vorderen Anteil. Die Kümmele'sche Krankheit wird um so seltener, je genauer man in der Zwischenzeit untersucht. Bezüglich der Verminderung der Arbeitsfähigkeit, so betrug sie in 14 von 70 Fällen 0%, in 8 10%, in 19 10–20%, in 7 20 bis 30%, nur in 27 Fällen über 20% und hier waren Nervenläsionen besonders häufig.

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

**Lossen, Heinz: Irrtümer bei der Begutachtung von Wirbelsäulenverletzungen.** (*Anat. Inst., Univ. Göttingen u. Röntgenabt., Hosp. z. Heiligen Geist, Frankfurt a. M.*) Mschr. Unfallheilk. 38, 70–77 (1931).

Gutachten zur Frage Bruch oder Bildungsabweichung des 5. Lendenwirbels. Schon die Vorgeschichte war keineswegs charakteristisch für die Erklärung eines Wirbelbruchs. Das Röntgenbild ließ einen solchen ausschließen. Durch Fehlbildungen im Bereich der oberen Kreuzbeinwirbelbogen kam es zur Hochstellung der Achse des 5. Lendenwirbels. Lichtbilder eines anatomischen Skeletes zeigten die gleichen Verhältnisse. Die eine Seitenkante des 5. Lendenwirbels war nicht so hoch wie die andere. Die erwähnten Fehlbildungen im Bereich des Kreuzbeines erklären die Schiefstellung und Umbildung des 5. Lendenwirbels. Auch die kompensatorische tiefe Skoliose und Torsion der Lendenwirbelsäule lassen sich zwanglos als statische Anpassungserscheinungen deuten.

Heinz Lossen (Frankfurt a. M.).<sup>oo</sup>

**Schmieden, V., und L. Mahler: Erfahrungen bei der Begutachtung von Wirbelsäulenbrüchen.** (*Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.*) Chirurg 3, 1–5 (1931).

Der einfache Wirbelbruch stellt a priori keine allzu schwere Verletzung dar; er wird es, wenn ihm im Krankheitsbewußtsein des Patienten und auch des Arztes eine ungebührlich große Wichtigkeit zugebilligt wird. Man sei vorsichtig im Stellen einer endgültigen Prognose. An erster Stelle unter den objektiven Befunden steht das Röntgenbild, und zwar das Röntgenbild möglichst sofort nach angeblich stattgehabtem Wirbelsäulentrauma. Die zahlreichen Variationen und Anomalien, Asymmetrien und physiologischen Abnutzungs- und Alterserscheinungen müssen dem Gutachter gegenwärtig sein, um sich und den zu Begutachtenden vor Irrtümern zu schützen. „Wirbelbrüche werden oft diagnostiziert, wo keine vorhanden sind, und umgekehrt“ (Burckhardt). Ein negativer Röntgenbefund nach stattgehabtem Unfall schließt aber das Vorhandensein von ernsten Unfallfolgen nicht aus. Zu unterscheiden sind Wirbelfrakturen mit und ohne Rückenmarksbeteiligung. In der Kümmele'schen Krankheit sehen die Verf. lediglich eine milde Kompressionsfraktur eines Wirbelkörpers, eines Wirbelbruches, der infolge seines symptomlosen Verlaufs übersehen wurde und erst im Spätstadium mit kleinem Gibbus und Gürtelschmerz in Erscheinung tritt. Ähnliches gilt für die Insufficiencia vertebrae Schanz.

Kurt Mendel (Berlin).<sup>o</sup>

**Orbach, E.: Ischias nach Rückgratprellung? Unfallfolgen abgelehnt.** (*Chir. Privatklin. v. Prof. Frhr. v. Kuester, Berlin.*) Mschr. Unfallheilk. 38, 59–64 (1931).

Verf. sucht durch ein Gutachten über einen Arbeiter W. Sch. den Irrtum eines Dr. X. darzulegen, der die Beschwerden des Patienten in Zusammenhang mit einem Betriebsunfall gebracht hatte. Dr. X. hatte in einer Schattenbildung (Röntgenbild) zwischen 3. und 4. Lendenwirbel den Ausdruck einer Verknöcherung der Muskulatur gesehen, die er im Sinne einer Myositis ossificans für posttraumatisch deutete. Hierdurch wurde von X. die Ischias als Folgeerscheinung des Traumas erklärt. Verf. weist darauf hin, daß zu beiden Seiten des 3. und 4. Lendenwirbels die Psoasmuskulatur liege, die an den Sehnenbögen vom 12. Brust- und 4. Lendenwirbelkörpern von innen hinten oben nach außen unten vorn verlaufe. Der Röntgenshatten müßte somit die gleiche Verlaufsrichtung aufweisen. Das Verhalten des Schattens im Röntgenbilde aber weise nach Verf. auf eine Verkalkung im Wirbelsäulenlängsband hin. Diese Verkalkungen sind auch ohne Trauma beobachtet. Die Ischias könne nach dem tieferen Ursprung der Hüftnervwurzeln im Vergleich zum Röntgenshatten nichts mit diesem zu tun haben. Verf. bestreitet also den traumatischen Zusammenhang, die Berufsgenossenschaft weist die Ansprüche ab. Ein Einspruch sei darauf nicht erfolgt. Letztere Tatsache beweist nichts (Ref.). Auf die Schwierigkeit der Begutachtung derartiger Fälle weist Verf. eingangs ausdrücklich hin.

E. Glass (Hamburg).<sup>o</sup>

**Schütz, Harry: Arthritis deformans. Zur Frage ihrer Verschlimmerung durch Unfall. Kritisches Nachwort zur Frage 48.** (*Chir. Abt., Städt. Krankenh., Wiesbaden.*) Chirurg 3, 68–74 (1931).

Das Wesentliche bei primärer wie sekundärer Arthritis deformans ist die Knorpelschädigung. Im Anschluß an leichte Gelenktraumen (Kontusionen) entsteht die Arthri-

tis nur ausnahmsweise, nach gelenkfernen Verletzungen nur bei erheblicher Störung der statischen oder dynamischen Verhältnisse; in der Regel führen nur schwere Gelenkverletzungen zur posttraumatischen sekundären Arthritis deformans. Ein zeitlich zusammenhängender genügend schwerer und geeigneter Unfall muß gutachtlich nachgewiesen werden. Die Frage des Vorbestehens einer Arthritis deformans muß erörtert werden; dabei kommt meist nur vorübergehende Verschlimmerung durch das Trauma in Frage, indem die Reaktion (das „akute Stadium“) nach dem Trauma am bereits erkrankten Gelenk stärker ist als am normalen. Die Diagnose dieser vorübergehenden Verschlimmerung beruht auf dem Frühbefund. Dauernde Verschlimmerung bestehender Arthritis deformans durch schweren Unfall (Fraktur, Luxation, Beinverletzung) wird aus dem Spätfund diagnostiziert. Zu ihrer Anerkennung sind Röntgenaufnahmen zu verschiedenen Zeiten unentbehrlich. Bemessung der Verschlimmerung im Verhältnis zur vorbestandenen Arthritis ist oft schwierig.

Joseph (Köln).

**Schaefer, Victor: Die Entstehung einer akuten Wurmfortsatzentzündung nach Erkältung als Unfallfolge.** (*Chir. Abt., St. Josephstift, Bremen.*) *M Schr. Unfallheilk.* 38, 109—117 (1931).

Unmittelbar im Anschluß an eine plötzliche Abkühlung des Unterleibes ist in dem mitgeteilten Falle eine akute gangränöse Blinddarmentzündung aufgetreten, die nach der Auffassung des Verf. die natürlichen Abwehrkämpfe des Darmkanals geschwächt hat. Ein infektiöser Darmkatarrh hat sich unmittelbar an den Schaden angeschlossen und zu einer Appendicitis geführt. Der Wurmfortsatz ist zu Zirkulationsstörungen besonders disponiert. Er schlägt leicht auf Reizung des vegetativen Nervensystems an, ebenso aber auch auf Einwirkungen der zentripetalen Nerven. So ist auch auf diesem Wege unter dem Einflusse eines Kältereizes über die zentripetale Nervenbahn hinweg die Entstehung einer Wurmfortsatzentzündung möglich. Auf Grund dieser Überlegungen wird der Zusammenhang der Appendicitis mit der plötzlichen Abkühlung bei einer Erkältung mit größter Wahrscheinlichkeit angenommen.

A. Meyer (Köln).

**Marcus, Max: Tatsachen und Theorie der traumatischen Appendicitis. (Ein Beitrag zur Lehre von der neurovasculären Entstehung der Wurmfortsatzentzündung.)** (*Chir. Abt., Städt. Krankenh. Moabit, Berlin.*) *Dtsch. Z. Chir.* 230, 372—389 (1931).

In der vorliegenden Arbeit bringt Verf. zunächst aus der Literatur eine Auswahl von Fällen, die als durch stumpfes Trauma entstandene Appendicitis gedeutet worden sind. Der größte Teil dieser Fälle betrifft Jugendliche, bei denen also von Ersatzansprüchen oder von Rentenbegehren keine Rede sein kann. Die Autoren, die sich bisher meist in kasuistischen Mitteilungen zu der traumatischen Genese der Appendicitis geäußert haben, teilt Verf. in 3 Gruppen ein: die 1. Gruppe sind solche, welche die traumatische Entstehung der perforativen Appendicitis auf Grund ihrer Beobachtung bejahen, wobei die Erklärung im jeweiligen Fall verschieden ist, z. B. Überdehnung des Lumens mit Wandeinrissen, mit Einpressung von Kot oder aber die Annahme, daß bei vorhandenen Kotsteinchen eine traumatische Läsion zur Perforation führen könne. Die 2. Gruppe von Autoren gibt die Möglichkeit von traumatisch entstandenen entzündlichen Erkrankungsprozessen des Wurmfortsatzes zu, entweder eines vorher gesunden oder eines vorher schon durch Verwachsungen, Knickungen usw. krankhaft veränderten Wurmfortsatzes. Eine 3. Gruppe lehnt den ursächlichen Zusammenhang in jeder Form ab, sieht in den mitgeteilten Fällen nur ein zufälliges Zusammentreffen und hält einen Zusammenhang nur in dem Sinn überhaupt für möglich, daß ein schon bestehender Wurmfortsatzleiterherd durch äußere Gewalt zum Platzen gebracht oder wenigstens aus seiner Abkapselung frei geworden sein könnte. Der Verf. sucht dann die verschiedenen Möglichkeiten kritisch zu erläutern. Der Hauptgrund für die Ablehnung der traumatischen Entzündung des Wurmfortsatzes liegt wohl in der allgemein anerkannten Achoffschen Darstellung über die Genese der akuten Appendicitis

(keilförmiger Entzündungsherd mit der Spitze zur Schleimhaut hingerrichtet, bakterielle Infektion vom Lumen aus, weitere Ausbreitung auf dem Wege der Lymphgefäße usw.). Aschoff deutet nur an, daß die Infektion, die vom Lumen aus zustande kommt, durch eine Virulenzsteigerung der dort befindlichen Bakterien bewirkt sei, vielleicht auch daß diese traumatisch bedingt sein könnte, Marcus dagegen glaubt in den Rickerschen Anschauungen eine Erklärung für die traumatische Genese zu finden. Ricker erblickt das Primäre in einer unter Umständen bis zur Nekrose gehenden Veränderung der Appendixwand mit sekundärem Eindringen der im Lumen vorhandenen pathogenen Keime in die Darmwand. Die Darmschädigung wird durch eine Störung der funktionellen Vorgänge im autonomen Nervensystem erklärt — analog der Genese des runden Magengeschwürs. Dadurch erhält nach Ricker die Wurmfortsatzentzündung einen segmentären Charakter entsprechend der neurovasculären Störung. In dieser Theorie erblickt Verf., für den das Vorkommen einer traumatischen Appendicitis unbezweifelbar (!) ist, eine Erklärung über den Ablauf und bringt dann einige Beobachtungen aus der Literatur, die seine Anschauung bestätigen sollen. Unter den Anhaltspunkten erwähnt M. besonders: 1. daß das Trauma die rechte Unterbauchgegend getroffen haben muß, 2. daß im unmittelbaren Anschluß daran ein Bauchshock evtl. mit Erbrechen usw. eingetreten ist. Da nach der Auffassung des Verf. die posttraumatische Appendicitis nicht eine mechanische Unfallfolge ist, so ist auch die Voraussetzung nicht erforderlich, daß das Trauma infolge seiner Stärke und Richtung direkt auf den in der Tiefe gelegenen kleinen Wurmfortsatz eingewirkt haben könnte oder müßte. Verf. gibt aber selbst zu, daß es sich bei der traumatischen Appendicitis, so wie er sich dieselbe vorstellt, doch um eine im Verhältnis zur spontan entstehenden Wurmfortsatzentzündung äußerst seltene Erkrankung handelt, was er damit belegt, daß in der Borchardt'schen Klinik in dem doch sehr großen Beobachtungsmaterial akuter Appendicitisfälle und stumpfer Bauchtraumen nur 1 einziger hierher gehöriger und nicht einmal sicher erweisbarer Fall von traumatischer Appendicitis innerhalb von 5 Jahren beobachtet worden sei.

H. Merkel (München).

**Vlasov, Ja.: Zur Kasuistik künstlicher durch Benzininjektionen bewirkter phlegmonöser Entzündungen.** Voenno-med. Ž. 1, 115—118 (1930) [Russisch].

Zur Zeit des Weltkrieges hat Verf. ein paar Dutzend Phlegmonefälle beobachtet, die durch subcutane Benzininjektionen hervorgerufen worden sind. Solche Injektionen wurden von Soldaten vorgenommen, um aus den Schützengräben ins Lazarett zu gelangen. Dabei war das folgende Bild zu beobachten: In der Injektionsgegend treten Schmerzen, Anschwellung, Rötung der Haut (mit cyanotischem Einschlag) auf. An der Einstichstelle Hautnekrose, zuweilen eine mit serös-eitriger Flüssigkeit angefüllte Blase. Beim Aufschneiden nach Verlauf von einigen Tagen einzelne, an den Furunkelpfropf erinnernde Inselchen von gräulichgrüner Farbe. Bei der Injektion kleiner Mengen, in kleinen Abständen voneinander, ersteht ein an einen Karbunkel erinnerndes Bild. Das Benzin bewirkt, analog dem Petroleum, Entzündung und aseptische Eiterung, die jedoch intensiver verlaufen. Benzingeruch kann in den Geweben während der ersten 4—5 Tage nach der Ausführung der Injektion offenbar werden. In der eitrigen Flüssigkeit werden unter dem Mikroskop stark lichtbrechende Kügelchen beobachtet. Solche Kügelchen können in vitro bei energischem Durcheinanderschütteln von Benzin und Blutserum erhalten werden.

Matwejeff (Odessa).

### **Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.**

● **Handbuch der Geisteskrankheiten.** Hrsg. v. Oswald Bumke. Bd. 8. Spezieller Teil. Tl. 4. Syphilitische Geistesstörungen. Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters. Epileptische Reaktionen und epileptische Krankheiten. — Hauptmann, A.: Ätiologie und Pathogenese der syphilitischen Geistesstörungen. — Bostroem, A.: Die Luespsychosen. — Die progressive Paralyse (Klinik). — Plaut, F., und B. Kihn: Die Behandlung der syphilitischen Geistesstörungen. — Stern, F.: Arteriosklerotische Psychosen. — Runge, W.: Die Geistesstörungen des Umbildungsalters und der Involutionszeit. — Die Geistesstörungen des Greisenalters. — Grubbe, Hans W.: Epileptische Reaktionen und epileptische Krankheiten. Berlin: Julius Springer 1930. VIII, 751 S. u. 70 Abb. geb. RM. 79.—.

Hauptmann gibt unter Berücksichtigung klinischer Beobachtungen, statisti-