

benen Verdünnung gegeben wird, andererseits aber kein reines Verdünnungs- oder Verreibungsmittel vorhanden ist, das die Ausführung eines biochemischen Rezeptes gestatten würde, so ergibt sich daraus die praktische Unmöglichkeit, die beabsichtigte Verdünnung überhaupt und besonders die eines einzelnen Salzes herzustellen. Damit ist von F. auf der Grundlage der Arbeiten von Zipf diese Behandlungsweise ad absurdum geführt. Die ausgezeichnete, sehr kritisch eingestellte und auf Tatsachen gestützte Arbeit kann nicht in allen Einzelheiten hier besprochen werden. Sie kommt zu dem Schluß, daß die wahllose Anwendung nur einer sich über ernste wissenschaftliche Arbeitsergebnisse hinwegsetzenden Methode es voll berechtigt erscheinen läßt, wenn im Interesse des Volkswohls solche Irrlehren entsprechend gekennzeichnet werden.

Többen (Münster i. W.).

### Versicherungsrechtliche Medizin.

**Steiner, G.: Über den Begriff „schweres Nervenleiden“ in den Versicherungsbedingungen der privaten Unfallversicherungen.** *Nervenarzt* 4, 340—343 (1931).

Auf Grund von 2 leichteren Fällen von postencephalitischem Parkinsonismus, die vor ihrem Unfall voll arbeitsfähig waren, stellt Verf. die folgenden beiden Forderungen auf: 1. Es muß dem Unfallversicherungsnehmer die Verpflichtung auferlegt werden, bei Eintritt einer jeden der den Versicherungsschutz aufhebenden, ausdrücklich genannten Krankheiten, also bei Eintritt von Geisteskrankheit, völliger Blindheit oder Taubheit usw., der Versicherungsgesellschaft hiervon Mitteilung zu machen. Andererseits muß die Versicherungsgesellschaft in solchen Fällen dem Versicherungsnehmer den Ausschluß der Versicherungspflicht mitteilen und darf keinerlei weitere Prämienzahlungen von ihm verlangen. 2. Der Ausdruck des den Versicherungsschutz ausschließenden „schweren Nervenleidens“ bedarf einer Einschränkung. Der Versicherungsschutz sollte nur dann bei einem schweren Nervenleiden versagt werden dürfen, wenn dieses die Arbeitsfähigkeit erheblich (über 50%) beeinträchtigt oder wenn durch dieses Nervenleiden eine die Unfallgefahr des Versicherten wesentlich erhöhende Störung von Bewegungs-, Sinnes- oder geistigen Leistungen stattgefunden hat. *K. Mendel.*

**Menesini, Giulio: Le neurosi traumatiche dopo Kretschmer.** (Die traumatische Neurose nach Kretschmer.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Siena.*) (4. congr. dell' Assoc. Ital. di Med. Leg., Bologna, 2.—4. VI. 1930.) *Arch. di Antrop. crimin.* 50, 1581—1585 (1930).

Entgegen den Erfahrungen jener Autoren, welche auf die u. U. differentialdiagnostischen Schwierigkeiten der Trennung extrapyramidaler von hysterischen Bewegungsstörungen hingewiesen haben, schließt sich Verf. dem von Kretschmer eingenommenen Standpunkt an und glaubt, daß ein großer Teil neurotischer Bewegungsstörungen auf dispositioneller Grundlage durch Suggestivmomente (wie Erzählung oder Lektüre) oder in Form bedingter Reflexe entsprechend den Pawlowschen Versuchen entstehen und zu bewerten sind. *M. Meyer* (Köppern/Taunus).

**Suzuki, Kazuo: Über die Unfallsneurosen.** (*I. Med. Abt., Staatl. Eisenbahnkranken., Osaka.*) *Fukuoka-Ikwadaigaku-Zasshi* 23, dtsh. Zusammenfassung 54—56 (1930) [Japanisch].

Verf. will als „ängstliche Unfallneurosen“ die Fälle abtrennen, bei den man das Auslösungsmoment bis auf die krankhaften unangenehmen Affekte und Vorstellungen wie Angst, Befürchtung, Geistesunruhe, die im Zusammenhang mit dem Unfall entstanden sind, zurückführen kann. Die vegetativ Stigmatisierten, die reizbaren und erschöpfbaren vegetativen Typen sind der Unfallneurose eher ausgesetzt, die Prognose ist bei ihnen ungünstiger. Bei diesen Kranken ist der Zuckerassimilationsvorgang vielfach leicht gestört. Therapeutisch empfiehlt Verf. Psychotherapie und vor allem Kapitalabfindung, dann ist auch die Prognose nicht so aussichtslos. *Löwenstein.*

**Minkowski, M.: Unfallneurose, traumatische Encephalopathie oder kombinierter organisch-neurotischer Folgezustand nach Trauma?** Schweiz. Arch. Neur. 26, 147—208 (1930); 27, 108—124 (1931).

Es wird in größter Ausführlichkeit ein Gutachtenfall mitgeteilt, in dem es zu einer offenkundigen starken Mischung von organischen und psychogenen Symptomen gekommen war. Der Unfall hatte darin bestanden, daß ein Hebel mit Drahtseil den Verletzten mit Wucht ins Gesicht getroffen hatte, 10—15 Minuten Bewußtlosigkeit, dann Blutung aus dem Munde, Taumeln, später vielfältige Kopfbeschwerden usw. In einem ausführlichen Gutachten, das vorangegangen war, hatte man eine Unfallneurose angenommen. Im Streitverfahren wurde Verletzter vom Verf. eingehend beobachtet und begutachtet. Es ist hier nicht möglich, genau die Feststellungen und Überlegungen des Verf. wiederzugeben. Jedenfalls fanden sich zunächst überraschend viele hysterische Symptome, wie Ageusie, Gesichtsfeldstörungen, Amblyopie, Sensibilitätsstörungen, Verhaltensstörungen, daneben nimmt Verf. als organische Unfallfolgen an: Anosmie, Verarmung und Steifheit der Mimik, auch eine Störung der Mitbewegungen des rechten Armes, allgemeine Verlangsamung und Versteifung der psychomotorischen Leistungen, eine zum Teil elektive Ekphorationsstörung namentlich für frische Erlebnisse, Kopfschmerzen, ein vasomotorisch entstandener Anfall. (Den Versuch des Verf., den Störungen der traumatischen Encephalopathien eine Mittelstellung zwischen organischen Symptomen im engeren Sinne und psychogenen zu geben, halte ich für durchaus bedenklich, auch den Hinweis auf encephalitische Störungen ähnlicher Art für unrichtig; denn diese Phänomene sind organisch begründet und höchstens hysteriform oder, wie das bei jeder organischen Störung vorkommen kann, psychogen überlagert.) Der Schluß des Gutachtens ist der, daß die Störungen zum Teil organisch, zum Teil organisch-neurotisch, d. h. neurotisch, aber mit dem organischen Kern unlösbar verbunden, zum Teil unfallneurotisch sind. Eine weitere Begutachtung durch 4 Oberexperten führte zu einem ähnlichen Ergebnis, insbesondere wurden Begehrungsvorstellungen hinsichtlich der psychogenen Begleiterscheinungen negiert, dagegen die form- und inhaltsgebenden prätraumatischen Faktoren mehr in den Vordergrund gestellt (ökonomische u. a. Enttäuschungen); dementsprechend wurde eine hohe Abfindung gewährt, aber nur 50% der tatsächlich angenommenen E.U. bei Berücksichtigung der prätraumatischen Faktoren. Die Kritik des Gerichtsurteils und Gutachtens der Oberexperten betrifft Fragestellungen, die für die Deutsche Sozialversicherung kein besonderes Interesse haben, da die Schweizer Gesetzgebung anders ist (Berücksichtigung prätraumatischer Krankheiten und Anlagen bei Entschädigungshöhe). Am interessantesten ist die katamnestiche Nachuntersuchung des Verletzten  $\frac{3}{4}$  Jahre nach der Abfindung, die doch sehr erhebliche Besserung ergibt. Einige organische (?), auch einige hysterische Symptome sind noch geblieben, aber vielleicht ist die wahre Besserung noch erheblicher, als der Verletzte seinem Gutachter gegenüber zuzugeben wagt. (Ref. hält es doch für etwas bedenklich, Begehrungsvorstellungen so glatt zu negieren und eine direkte Abhängigkeit der hysterischen Symptome von den etwaigen encephalopathischen Symptomen in einem Fall anzunehmen, in dem so zahlreiche Demonstrationen und auch Aggravationen zugegeben werden müssen. Erst sollte man doch den Beweis bringen, daß diese ausgesprochen hysterischen Demonstrationen auch bei nichtkonstitutionellen Psychopathen nach sicher nicht entschädigungspflichtigen Unfällen mit oder ohne encephalopathische Beschwerden zur Manifestation gelangen.)

F. Stern (Kassel).

**Parker, Harry L., and James W. Kernohan: The relation of injury and glioma of the brain.** (Beziehungen von Traumen zu Hirngliomen.) ( *Sect. on Neurol. a. on Path. Anat., Mayo Clin., Rochester.*) J. amer. med. Assoc. 97, 535—540 (1931).

431 Fälle von biopsisch oder autopsisch sichergestellten Gliomen wurden daraufhin kontrolliert, ob das Trauma einen Anteil an der Entstehung der Glioma hat. Anamnestic wurde in 58 Fällen (13,4%) ein Kopftrauma festgestellt. Nun müssen aber verschiedene Bedingungen erfüllt sein, ehe man die Bedeutung des Traumas anerkennt: 1. Das Trauma muß von einer gewissen Schwere sein; 2. der Kranke muß unzweifelhaft vor dem Trauma gesund gewesen sein; 3. eine Latenzperiode von wenigstens einigen Wochen bis zum Beginn der Tumorsymptome muß vorliegen; 4. der Tumor muß mikroskopisch sichergestellt sein, und zwar darum, weil es progressive diffuse Gliosen gibt, in deren Entstehung das Trauma zweifellos eine große Rolle spielt; 5. es müssen auch zwischen der Schnelligkeit des Tumorwachstums und dem Trauma die richtigen Beziehungen bestehen. Mikroskopisch kann man die Art des Glioms nach modernen Prinzipien feststellen und Rückschlüsse auf die Dauer des Tumors ziehen. Auf den Sitz des Tumors in bezug auf das Trauma legen Verff. weniger Wert, da die Wirkung des Traumas diffus sein kann, Contre-coup-Wirkung in Betracht kommt usw. Jedenfalls stellten Verff. selbst nie in der Gegend des Tumors irgendwelche Folgen eines

Hirutraumas fest. Unter Anwendung der angeführten Kriterien bleiben von den 58 nur 21 (4,8%) Fälle, in denen man eine Beziehung zwischen Trauma und Tumor annehmen kann. Bei 431 Kontrollfällen mit anderen Krankheiten finden sich aber auch 10,4% mit einem Kopftrauma und bei 200 gesunden Menschen sogar in 35,5%. Weiterhin ist an die Seltenheit der Tumorentwicklung bei kopfschußverletzten Soldaten zu denken, sowie an die Seltenheit des Hirntumors bei Bergleuten, Boxern usw. Das Hirngliom als Folge eines Traumas muß äußerst selten sein; die Ursache des Glioms ist noch unbekannt, und einen Kausalzusammenhang zwischen Tumor und Trauma kann man nicht konstruieren (doch werden durch statistische Feststellungen die Fälle, in denen histologisch die Entwicklung des Tumors von einem Hirntrauma aus erwiesen ist, nicht widerlegt; Ref.). F. Stern (Kassel).<sup>oo</sup>

**Kalkoff, K.: Bericht über Reihenuntersuchungen an 40 schweren Schädelhirn-verletzten mit dem Mucksehn Adrenalin-Sondenversuch (A. S. V.). (Hals-Nasen-Ohrenklin., Städt. Krankenanst., Essen.)** Z. Hals- usw. Heilk. 28, 578—582 (1931).

Bei 27 einseitigen Schädelverletzungen fand sich 26mal die weiße Strichzeichnung auf der kranken, 1mal auf der gesunden Seite, bei 11 in der medialen Zone gelegenen Fällen trat 10mal beiderseits weiße Strichzeichnung, einmal einseitig, bei 2 doppel-seitigen Verletzungen, auf beiden Seiten auf. Also eine Übereinstimmung in 97,5% der Fälle. Voraussetzung ist richtige Anwendung des Adrenalin-Sondenversuches (Untersuchung am verbundenen Kopf.) K. Löwenstein (Berlin).<sup>o</sup>

**Geert-Jørgensen, Einar: Spättraumatische Hirnleiden. (Nerveaf., Rigshosp., København.)** Hosp.tid. 1931 II, 786—792 [Dänisch].

Einige Fälle spättraumatischer Hirnaffektionen werden mitgeteilt. Im 1. Falle lagen zwischen Trauma und tödlichem Ausgang 15 Jahre mit kontinuierlichen Symptomen seit dem Trauma. Absceß im Occipitallappen durch Schrapnellenschuß in das Hinterhaupt. Im 2. Fall waren 12 Jahre zwischen Verletzung (Granatsplitter in der rechten Schädelhälfte) mit rezidivierender Halbseitenlähmung nach dem Trauma. Im 3. Falle lag ein Zwischenraum von 12 Jahren zwischen Trauma (Granatsplitter) und Fraktur der linken Hinterhauptshälfte mit Schwindel, Kopfschmerzen usw. Erst nach 12 Jahren trat eine erhebliche Verschlimmerung des Leidens ein. Die Trepanation erwies eine starke Druckerscheinung ohne Herdveränderungen. In einem anderen Falle (Hufschlag eines Pferdes an die rechte Schädelhälfte) mit Bewußtlosigkeit von 4 Tagen und frühzeitigen Zeichen eines Schädelbruches traten nach einem freien Intervall von 9—10 Jahren Jacksonsche Krampfanfälle auf. Die Operation erwies eine Hirncyste in der rechten Hirnhälfte und einen Schädeldefekt darüber. Hier war das 9jährige Intervall symptomlos verlaufen.

Diese Fälle sind auch vom Standpunkt der gerichtlichen Medizin und der Versicherungs- und Entschädigungsfrage von großer Wichtigkeit. Verschlimmerungen einer traumatischen Läsion in späteren Jahren sind nicht selten, und die Kontinuität der Erscheinungen ist nicht immer vorhanden, offenbar oder nachweisbar. Spontane und endogene Hirnaffektionen sind bei der Beurteilung auszuschließen. Dies gilt auch für Hirntumoren und tumorartige Gebilde nach Trauma. Gliawucherungen in der Umgebung traumatischer Hirnläsionen können leicht mit einfachen Gliomen verwechselt werden; das gleiche ist bei Cysten der Fall. Hirnabszesse nach Trauma können 10—15 Jahre latent verlaufen. S. Kalischer (Charlottenburg).<sup>oo</sup>

**Bing, Robert: Zur Frage der traumatischen Schädigung extrapyramidaler Apparate.** Schweiz. Arch. Neur. 27, 193—202 (1931).

Die Arbeit beschäftigt sich mit der Frage: Sind Kopftraumen imstande, durch Gewebszerstörungen oder Blutaustritte in der Gegend des Palaeostriatum parkinsonistische Zustandsbilder zu erzeugen? Diese Frage wird bejaht und als Beleg ein Fall beigebracht, bei dem Verf. etwa 2 Monate nach dem Unfall ein deutlich parkinsonistisches Zustandsbild feststellte.

Die traumatische Ätiologie wird begründet durch das Fehlen anderer Ursachen, die Art der Gewalteinwirkung (gegen die Schädelbasis mit Verdacht einer Fraktur des Proc. clinoid. ant.), die Beimischung pyramidalen und thalamischen Symptome. Bei einem 2. Fall mit Weichteilverletzung am Schädel ohne Commotionerscheinungen treten 2—3 Tage nach dem Unfall die ersten cerebralen Beschwerden auf. Die objektiven Symptome (fibrilläre Zuckungen der Uvula, steife Gangart und vorübergehender maskenartiger Gesichtsausdruck) schwinden

bald völlig. Nach einem Jahr tritt aber ein typischer Parkinsonismus auf. Verf. läßt es in diesem Falle offen, ob dieser als posttraumatisch oder aber als postencephalitisch anzusehen ist. In einem 3. Falle wird schließlich die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen parkinsonistischem und psychogenem Tremor aufgezeigt. Der Fall ist deswegen besonders wichtig, weil die spätere Autopsie mit völlig negativem Hirnbefund einwandfrei die Psychogenie der Symptome erwies.

Hans Strauss (Frankfurt a. M.).<sup>oo</sup>

**Baumm, Hans:** Über das klinische und soziale Schicksal der Kriegshirnverletzten Ostpreußens. (*Nervenstat., Versorgungssärztl. Untersuchungsstelle, Königsberg.*) Mschr. Unfallheilk. 38, 289—300 (1931).

Im großen Ganzen ist das Ergebnis der Katamnesen über das Berufsschicksal der Hirnverletzten im Hinblick auf die Schwere der Beschädigung einerseits, die allgemeine wirtschaftliche Notlage der Nachkriegszeit andererseits als sehr günstig zu bezeichnen. 44% der Hirnverletzten boten eine echte traumatische Epilepsie. In etwa der Hälfte der Fälle begannen die epileptischen Störungen schon im 1. Jahre nach dem Trauma, in einem Drittel erst nach über 2 Jahren (Narbenschwund mit Zug auf die benachbarte Hirnpartie). Im großen Ganzen werden dann die Fälle mit Zunahme der Latenzzeit immer seltener. In 13% konnte Beginn der traumatischen Epilepsie im 1. Monat und in 8% bereits in der 1. Woche post trauma festgestellt werden. Von Bedeutung für das Entstehen der traumatischen Epilepsie ist die Lokalisation des Traumas: Verletzungen der Centroparietalregion disponieren besonders dazu, insbesondere gilt dies für die Frühepilepsie. Alkohol und Hitze können leicht einen epileptischen Anfall auslösen. Als psychische Störungen bei Hirnverletzten sind zu nennen: affektive Übererregbarkeit und Reizbarkeit, oft verbunden mit einer Abstumpfung der gemüthlichen Regungen, Schwerfälligkeit, Umständlichkeit, abnorme Ermüdbarkeit, Schlafsucht, intellektuelle Einengung. Neigung zum Alkoholmißbrauch fand sich bei den traumatischen Epileptikern etwas häufiger als bei den Hirnverletzten überhaupt.

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

### Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie.

**Zillig, Maria:** Experimentelle Untersuchungen über die Kinderlüge. (*Psychol. Inst., Univ. Würzburg.*) Z. Psychol. 114, 1—84 (1930).

Verf. hat es sich zur Aufgabe gestellt, das Problem der Kinderlüge in möglichst lebensnahen Experimenten zu erforschen. Nach einer ausführlichen Besprechung der Literatur beschäftigt sie sich im einzelnen mit dem Einfluß der Masse auf das Lügen, mit den Beziehungen zu Geschlecht, sittlicher Einsicht, Intelligenz und Charakter. Sie untersucht ferner das Verhalten der Kinder bei Entdeckung ihrer Lügen, beim Geständnis. Von den allgemeinen Schlußfolgerungen ist hervorzuheben, daß Verf. der Meinung ist, daß die Hauptquelle der Lügen der Leistungsdrill unseres Erziehungssystems ist. Das Kind strebt mit allen Mitteln danach durch gute Leistungen sich auszuzeichnen. Dabei muß die Lüge mithelfen. Eigentliche Phantasieelügen scheinen nach ihren Untersuchungen nicht so verbreitet zu sein, wie man gewöhnlich annimmt. Verf. warnt sogar davor, bei stark phantasiebegabten Kindern durch Unterdrückung der Phantasieelüge wertvolle Anlagen nicht zu ersticken. Eva Rothmann (Berlin).<sup>oo</sup>

**Zillig, Maria:** Experimentelle Untersuchungen über die Glaubwürdigkeit von Kindern. (*Psychol. Inst., Univ. Würzburg.*) Z. Psychol. 119, 311—371 (1931).

Glaubwürdigkeit verlangt, daß der Aussagende sowohl aussagetüchtig als auch wahrheitsliebend ist. Beide Faktoren untersucht die Verf. auf experimentellem Wege. Als Vpn. dienten die 11jährigen Schülerinnen einer Volksschulklasse, an der die Verf. unterrichtete. Die Aussagetüchtigkeit wurde mittels einer Reihe von 12 Aufgaben untersucht, die die Beschreibung von Vorgängen und Bildern, Beantwortung bestimmter Fragen (Orts- und Zeitangaben, Namen in einer Geschichte usw.) und Wiedergabe von Einzelheiten aus vorerzählten Geschichten verlangten. Die letzte Aufgabe wurde wiederholt, wobei den Kindern, die eine bestimmte Zahl richtiger Angaben erreichen würden, eine Belohnung versprochen wurde. Ebenso wurde der Versuch, in dem die Wiedergabe von Rufnamen in einer Geschichte verlangt wurde, 2mal durchgeführt,