

Referate.

Allgemeines. Kriminologie.

● **Tillich, Paul: Masse und Geist. Studien zur Philosophie der Masse.** („Volk und Geist“, Schriften des Volksbildungsarchives, herausgeg. v. R. v. Erdberg, H. 1.) Berlin und Frankfurt a. M.: Verlag der Arbeitsgemeinschaft 1922. 55 S.

Die dunklen Tiefen des Massenlebens mit seiner Not, seiner Formlosigkeit und seiner schöpferischen Kraft bilden den Gegenstand der vorliegenden Schrift, die sich um die Deutung alles dessen bemüht und mit dieser Deutung in der Tat die Tiefen des Massenproblems in seiner sozial-ethischen Bedeutung aufsucht und erörtert. Masse und Persönlichkeit stellt der Verf. zunächst einander gegenüber und geht der Erhebung der Persönlichkeit aus der Masse nach. Er stellt hierbei für die Masse 3 typische Formen auf: den mystischen und den technischen Typus in ihrem Gegensatz und den dynamischen Typus als Übergangerscheinung zwischen jenen beiden. Indem er diese Massentypen zu den aufgestellten Persönlichkeitstypen in regelrechte Beziehung setzt, fordert er zur Überwindung der Gegensätze von Masse und Persönlichkeit ihre ideale, wenn auch empirisch zu vollziehende Synthese auf der Grundlage der mystischen Masse und ihres Gehaltstypus. Bildung der Masse ist nicht der enge Begriff von Bildung des Einzelnen in der Masse; denn die Masse hat nur objektive, nicht subjektive Existenz. Deshalb muß der Massenbildner von dem gleichen geistigen Prinzip bewegt sein wie die Masse, gesteigert bis zum Monumentalen und Heroischen. Hier liegt die Ethik und die Religion der Masse. Die Offenbarung des Unbedingt-Wirklichen, des Heiligen, durch die Masse hindurch heiligt die Masse selbst. Wird so die Einheit der Masse — im soziologischen, psychologischen und biologischen Sinne — zum Vermittler und zum Träger der übergreifenden Schicksale der Geisterwelt, des ihr selbst unbewußten, weltgestaltenden Schicksales, so wird weiter der Einzelne zum Offenbarungsmedium und die unsichtbare und sichtbare Gemeinschaft der sittlich bewußten Persönlichkeiten zur Trägerin aller Form der Welt des Geistes. Darin liegt die religiöse Bedeutung dieses Verhältnisses. Religion, aufgefaßt als Funktion der Unbedingtheit oder Heiligkeit ohne notwendige Beziehung zu einem transzendenten Gotteswesen ist eine immanente und autonome (nicht autoritative) Bindung der Massenseele. Diese wird am tiefsten erfüllt durch den Glauben an einen irrationalen Gehalt und den Willen, jenen Gehalt durch eigene schöpferische (revolutionäre) Tat zu verwirklichen und die kultische Sehnsucht nach gemeinsamer Ausdrucksform, deren historisch bedingter Träger das ideale Klassenbewußtsein ist, das in die ideale Menschheitsgemeinschaft (das Reich Gottes) überführt. „So vereinigt die werdende Religion den eschatologischen und kultisch-pädagogischen, den Form- und den Gehaltstypus der Religion auf dem Boden der Immanenz und bildet eine Einheit beider Formen der Religion der Masse.“ Die Schrift ist erfüllt von tiefliegenden Gedanken, deren sehr abstrakte Ausdrucksform die Erfassung ihres Inhaltes innerhalb des hier gegebenen Auszuges allerdings wohl kaum in vollem Umfange ermöglicht. *B. v. Kern* (Berlin).

● **Dück, Johannes: Schrift und Suggestion, beziehentlich Hypnose.** Prakt. Psychol. Jg. 3, H. 4, S. 110—114. 1922.

Verf. mahnt zur Zurückhaltung bei Beurteilung von Schriftproben, insbesondere auch bezüglich der Behauptung, daß jemand eine bestimmte Schrift nicht geschrieben haben könne. Denn die Variationsbreite der Schrift sei bei ein und demselben Individuum oft eine ganz erhebliche; insbesondere bei Psychopathen, wie überhaupt bei allen Persönlichkeiten mit mehr oder minder ausgeprägtem, dauerndem affektivem Bereitschaftszustand, bei denen affektive Vorgänge des Unterbewußten zur Zeit einer Niederschrift, wie in sich wiederholendem Verschreiben, so auch in wesentlichen Ver-

änderungen der Schriftzüge zur Auswirkung kommen können. Um die Variationsbreite der Schrift ein und desselben Individuums zu untersuchen und den Einfluß der Suggestion auf dieselbe darzutun, der sich bisweilen schon beim Abschreiben einer Vorlage deutlich erkennen läßt, benutzte Verf. eine künstlerisch veranlagte 28jährige Dame, die er im hypnotischen leichten Halbschlaf Unterschriften von suggerierten Persönlichkeiten gewisser Lebensstellungen (Arzt, Sängerin, Staatsmann, Hausmeister, Schuster usw.) geben ließ, welche Unterschriften recht wesentliche Unterschiede aufwiesen. Verf. macht auch darauf aufmerksam, daß die durch langjährige Gewöhnung fixierte Namensunterschrift sich unverändert forterhalten kann, auch wenn sonst überall in den Schriftzügen sich, infolge von Krankheit, Alter, aufgetretene, ataktische oder Zittererscheinungen nachweisen lassen. Eine Tatsache, deren Kenntnis in foro bei Beurteilung angezweifelter Testamentsunterschriften wichtig werden kann.

Pfister (Berlin-Lichterfelde).

Borrino, Angiola: Delinquenza precoce femminile. (Die frühzeitige weibliche Straffälligkeit.) *Rass. di studi sessuali* Jg. 2, Nr. 2, S. 73—77. 1922.

Im Anschlusse an *Ottolenghi* behandelt der Kinderkliniker das schwere Thema der frühzeitigen weiblichen Kriminalität, das schon vor dem 19. Lebensjahre, ja zwischen 10. und 15. mit sittlichem Verfall, venerischer Infektion und Mangel an häuslichem Halt beginnt, wobei die Verführung, die wirtschaftliche Abhängigkeit eine Rolle spielen. Viele dieser Unglücklichen wären durch rechtzeitiges Eingreifen der Gesellschaft zu retten. (*S. dies. Zeitschr.* 1, 372.)

Haberda (Wien).

Stern, Ivo: Kroatisches Jugendstrafrecht. *Zentralbl. f. Vormundschaftsw., Jugendger. u. Fürsorgeerzieh.* Jg. 13, Nr. 19, S. 199—202. 1922.

Verf. bespricht die in Kroatien 1918 durch Beschluß der Volksbeauftragten vorgenommene Neuregelung der Bestrafung und des Schutzes der Jugend. Sie erscheint deutlich von einem fortschrittlichen Zuge getragen, führt aber den prinzipiell betonten Erziehungsgedanken doch nicht konsequent genug durch. Erfreulich erscheint namentlich die Bestimmung, daß, falls im Vollzug einer Freiheitsentziehung zutage tritt, daß eine zwangsweise Erziehung mehr am Platze sei, der Jugendliche auf Grund eines Gerichtsbeschlusses einer Erziehungsanstalt übergeben werden kann.

Gregor.

Adler, Arthur: Über die Unschädlichmachung der sogenannten „geisteskranken“ Verbrecher. *Psychiatr.-neurol. Wochenschr.* Jg. 24, Nr. 7/8, S. 46—47. 1922.

Verf. fordert für die antisozialen Psychopathen Unterbringung in „Kolonien degenerierter Verbrecher“, in denen sie unter Beaufsichtigung die Kosten der Kolonien durch Arbeit selbst erwerben sollen. Den in der Freiheit verbleibenden Degenerierten muß ein Fürsorger (nicht Pfleger) gestellt werden, der als wohlwollender kluger Freund ihnen zur Seite zu stehen hat.

Birnbaum (Herzberge).

● **Sommer, Robert: Familienforschung und Vererbungslehre.** 2. umgearb. u. verm. Aufl. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1922. VII, 358 S.

Das reichhaltige Buch, das durch Vereinigung entwicklungsgeschichtlicher, psychologischer und soziologischer Untersuchungen einen tieferen Einblick in die Beziehungen der menschlichen Familie zur Kulturgeschichte zu gewinnen sucht, ist nunmehr nach einer Reihe von Jahren in zweiter umgearbeiteter Auflage erschienen. Von naturwissenschaftlichen Gesichtspunkten und Absichten ausgehend, hat es doch besonders die Beziehungen zu geisteswissenschaftlichen Gebieten: Psychologie und Kulturgeschichte, herausgearbeitet und damit eine Reihe von allgemein interessierenden Fragen zur Erörterung gebracht. In diesem Sinne ist vor allem das Kapitel über Renaissance und Regeneration und die Darstellung geschichtlicher Persönlichkeiten vom Standpunkt der Familienforschung und Vererbungslehre zu nennen. Speziell kriminalwissenschaftliches Interesse bieten insbesondere die Auseinandersetzungen über Kriminalität und Vererbung sowie psychopathische Belastung und Degeneration, aber auch die Abschnitte über die körperliche und psychologische Untersuchung vom Standpunkte der Vererbungslehre. Die neueren erbkonstitutionell-psychiatrischen Forschungs-

tendenzen, die gegenwärtig im Vordergrunde des psychiatrischen Interesses stehen, kommen in dem Werke nicht weiter zur Geltung, das ja im übrigen auch ganz anderen Zielen als jene dient und insofern sie in wesentlichen Punkten weiterführt und ergänzt.

Birnbaum (Herzberge).

Heijnsbergen, P. van: Ist eine strafprozessuale Sonderbehandlung der chronischen Verbrecher empfehlenswert? Arch. f. Kriminol. Bd. 74, H. 3, S. 189 bis 194. 1922.

Heijnsbergen lehnt den Vorschlag von Heindl einer besonderen strafprozessualen Behandlung des chronischen Verbrechers ab, da zwar das Strafrecht scharfe Maßregeln gegen die chronischen Verbrecher ergreifen solle, aber diese nicht bereits vor dem Urteil durch eine Sonderbehandlung gestraft werden dürften.

G. Strassmann (Berlin).

Meyer, Karl: Strafprozessuale Sonderbehandlung des chronischen Verbrechertums. Arch. f. Kriminol. Bd. 74, H. 3, S. 195—196. 1922.

Meyer findet den Heindlschen Vorschlag sehr beachtenswert, da man dem gewohnheitsmäßigen und gewerbsmäßigen Verbrechen gegenüber eines beschleunigten und rasch zugreifenden Verfahrens bedürfe.

G. Strassmann (Berlin).

Mittermaier, W.: Zur Frage der strafprozessualen Sonderbehandlung der chronischen Verbrecher. Arch. f. Kriminol. Bd. 74, H. 3, S. 197—200. 1922.

Mittermaier, der den Vorschlag von Heindl, Arch. f. Kriminol. 72, H. 3/4, für wertvoll hält, machte jedoch auf die Schwierigkeiten aufmerksam, die darin bestehen, festzustellen; welche Verbrecher oder Verbrechergruppen sich zur strafprozessualen Sonderbehandlung eignen. Jugendliche seien jedenfalls stets von einem solchen Verfahren auszunehmen.

G. Strassmann (Berlin).

Labbé, Marcel, H. Stévenin et Fl. Nèpeux: Un cas de jeune volontaire. (Ein Fall von freiwilligem Fasten.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 38, Nr. 22, S. 975—977. 1922.

Ein 42jähriger Mann nahm 36 Tage lang freiwillig keine Nahrung zu sich, in den drei ersten Tagen auch kein Wasser, später wenig Wasser oder Limonade. In dieser Zeit nahm das Körpergewicht um 15 kg ab, es trat eine Verminderung der Urinabsonderung, Konzentration des Blutes (6 Millionen Erythrocyten), Fehlen jeglichen Stuhlgangs, Acidose, vermehrte Ausscheidung von Acetonkörpern, allgemeine Körperschwäche ein, ohne daß der Betreffende trotz Zuratens der Ärzte sein Fasten aufgab.

G. Strassmann (Berlin).

Valdes, A.: Über das Verhalten des Glykogens im Reizleitungssystem des Herzens beim Hungern. (I. estn. Ärztekongr., Dorpat, 2.—4. XII. 1921.) Eesti arst Jg. 1, Nr. 8/9, S. 397. 1922. (Estnisch.)

Die Zellen des Reizleitungssystems enthalten gewöhnlich viel Glykogen. Valdes suchte festzustellen, wie sich dieses Glykogen unter den Bedingungen verhält, welche aus Leber und Muskeln das Glykogen verschwinden lassen. Beim Hungern findet sich im Reizleitungssystem noch Glykogen, wenn dasselbe aus der Leber schon verschwunden ist, sogar kurz vor dem Hungertod. Das Reizleitungssystem verhält sich also beim Hungern wie die wichtigsten Organe, die bekanntlich verhältnismäßig am wenigsten Substanzverlust aufweisen. Dieses ist verständlich, da das Reizleitungssystem für das Leben des Organismus von allergrößter Bedeutung ist. *G. Michelsson* (Narva).

Pierre-Marie: Existe-t-il dans le cerveau humain des centres innés ou préformés de langage? (Gibt es im menschlichen Gehirn angeborene oder präformierte Sprachzentren?) Presse méd. Jg. 30, Nr. 17, S. 177—181. 1922.

Die Entwicklung der Schrift und der Sprache im Verlaufe der menschlichen Generationen lassen schon von vornherein die Annahme von besonderen Schrift- und Sprachzentren absurd erscheinen. Für die Schrift weiß man aus den Hieroglyphendenkmälern, daß sie sich allmählich aus der zeichnerischen Darstellung von Objekten

entwickelt hat, indem anfangs diese Abbildungen für einen größeren Kreis von Objekten und damit zusammenhängenden Abstraktionen schematisiert wurden, woraus sich dann allmählich zuerst die phonetische Silbenschrift und dann die phonetische Buchstabenschrift entwickelte, in der Weise, daß als Schriftsymbol für einen Silbenlaut der Gegenstand, dessen Haupt- oder Anfangsilbe geschrieben werden sollte, abgebildet wurde, später dann das Gegenstandsbild den Klang des Anfangsbuchstaben vertrat („ta“, Brot, bedeutete erst die Silbe „ta“, später den Buchstaben „t“). In analoger, weniger leicht kontrollierbarer Art hat sich allmählich die Sprache entwickelt. Schon hieraus läßt sich entnehmen, daß es im Gehirn präformierte Schriftzentren, die etwa vererbt und durch Auslese entwickelt wurden, nicht geben kann. Ebenso wenig ist das „Dogma“ vom angeborenem Sprachzentrum in der dritten Stirnwindung haltbar. Dies Dogma geht zurück auf Gall, der in seiner Phrenologie das Wortgedächtnis und schließlich die ganze Sprache mit der Entwicklung der unteren Stirnhirnpartien verknüpfte. Die Lehre Brocas vom motorischen Sprachzentrum ist mit einer Voreingenommenheit durch die Gallsche Lehre zu erklären; das Gehirn, auf das sich die These Brocas aufbaut, ist noch im Museum Dupuytren zu sehen, und zeigt einen enormen Erweichungsherd um die Fossa Sylvii herum, der nicht nur den hinteren Teil der III. Stirnwindung, sondern auch die unteren Partien der vorderen und hinteren Zentralwindung, fast die ganze erste Schläfenwindung und einen großen Teil des Gyrus supramarginalis zerstört hat; heute wissen wir, daß dieser Herd auf eine Obliteration der Art. Fossae Sylvii zurückzuführen ist und die Erweichung des ganzen Gebiets gleichzeitig stattfand, während Broca glaubte, daß in F₃ die Zerstörung am ältesten und hier die Ursprungsstelle der Läsion zu suchen sei. Demgegenüber wurden in den letzten Jahren einzelne Fälle veröffentlicht (Moutier, Sand), in denen motorische Aphasie ohne Läsion des linken Stirnhirns bestand; das Studium der Kriegsverletzungen hat gezeigt, daß in keinem Fall bei Läsion der III. Stirnwindung Aphasie bestand, daß vielmehr nur Verletzungen der Schläfen-Scheitelregion hinter dem Sulcus Rolandi zu charakteristischer Aphasie führten. Die Frage, ob es ein angeborenes Zentrum gibt, dessen einzige Funktion das gesprochene Wort ist, ist zu verneinen. Die Aphasie beruht auf einer Störung der psychischen Assoziationen und der Gedächtnisphänomene, die mit einer Läsion der linken ersten Temporalwindung und des linken Gyrus supramarginalis verknüpft ist. Dies Gebiet kann man als Aphasiezentrum bezeichnen, aber es stellt kein präformiertes Zentrum dar (wie die ohne konsekutive Aphasie verlaufenden infantilen Hemiplegien beweisen), sondern ein erworbenes Zentrum, wie die „Zentren“ für verschiedene Sports, für das Spielen verschiedener Musikinstrumente oder den Gebrauch verschiedener Sprachen „erworben“ werden. Das Sprachzentrum wird also von dem einzelnen Individuum aus eigenem erworben. Daß es gerade in der linken Hemisphäre lokalisiert ist, hängt vielleicht mit der früheren Entwicklung des linken Gehirns vor dem rechten zusammen, wodurch sich die Intelligenzfunktionen vorwiegend links entwickeln, so daß sich in der linken Hemisphäre gewissermaßen ein Substrat für die Assoziationsvorgänge etabliert. *W. Misch.*

Schilf, Friedrich: Die quantitativen Beziehungen der Nebennieren zum übrigen Körper. (*Pathol. Inst., Univ. Jena.*) Zeitschr. f. d. ges. Anat., 2. Abt., Zeitschr. f. Konstitutionsl. Bd. 8, H. 6, S. 507—544. 1922.

Die Untersuchungen beziehen sich auf die Entwicklung, das Durchschnittsgewicht, das Volumen und spezifische Gewicht der Nebennieren in Hinsicht auf Alter, Wachstum, Gesundheitszustand, Geschlecht, Beruf, Körpergröße, Körpergewicht und Pigmentierung bei 1227 Sektionsfällen, unter denen 423 in Jenaer Lazarett verstorbenen Soldaten betreffen. Es ergab sich die Unabhängigkeit des Nebennierengewichts vom Gesundheits- und Ernährungszustande. Das allgemeine Durchschnittsgewicht wird durch die Gesamtheit der Lebensbedingungen beeinflusst. Beim Soldatenmaterial betrug es 14,0, bei dem übrigen männlichen Material 11,7. Die Abhängigkeit von der Entwicklung zeigt sich darin, daß das Nebennierengewicht nach der Geburt sinkt, vom 2. Halbjahr an wieder steigt und im 12. bis 13. Lebensjahre das Geburtsgewicht wieder erreicht. Etwa vom 20. Jahre an bleibt das Gewicht konstant, eine Abnahme im Senium scheint nicht einzutreten. Das spezifische Gewicht beträgt für den

Erwachsenen 1038. Bei Frühgeburten ist es hoch, bei reif Geborenen niedriger, nimmt dann zuerst schnell, später langsamer zu und ist vom 5. Lebensjahre ab dauernd niedriger als vorher. Beim erwachsenen Manne beträgt das absolute Gewicht 11,7, beim Weibe 10,6. Bis zur Pubertät ist es beim weiblichen Geschlecht stets etwas niedriger als beim männlichen; zwischen dem 16. und 20. Jahre verändert sich das Verhältnis in umgekehrtem Sinne, um bis zum 30. Jahre anzudauern. Beziehungen zur normalen Pigmentierung, zur Berufstätigkeit und zum Körpergewicht ließen sich nicht nachweisen, doch bestehen zur Körpergröße deutliche Beziehungen. Die Gefäße, insbesondere arteriosklerotische Veränderungen an denselben, standen in keiner Beziehung zum Nebennierengewicht. Zum Herzen sind Gewichtsbeziehungen innerhalb der physiologischen Breite des Gewichts der Nebennieren vorhanden. Überhaupt sind Herz, Leber, Nieren, Pankreas, Nebennieren in den physiologischen Grenzen ihrer Organgewichte gegeneinander abgestimmt. Nebennierengewichte, die aus dieser Gewichtskorrelation heraustreten, bedeuten Hypertrophie (resp. Atrophie? Ref.) der Nebennieren, Hoden und Thymus einerseits und Nebennieren andererseits stehen in bezug auf ihre Organgewichte derart zueinander, daß jede Gewichtsänderung an Hoden oder Thymus mit einer entsprechenden Gewichtsänderung der Nebennieren beantwortet wird. Diese Ergebnisse sind durch genaue Tabellen erläutert. *Reuter (Hamburg).*

Finck, Julius v.: Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie und Klinik der Spina bifida occulta auf Grund von Sektionsbefunden an Leichen Neugeborener. Zeitschr. f. orthop. Chirurg. Bd. 42, H. 2, S. 65—86. 1921.

Verf. hat an 46 Sektionen von Kindern der ersten Wochen die Verhältnisse der Spina bifida occulta untersucht, die durch die Röntgenuntersuchung als viel häufiger erkannt war, als man ahnte, und die mit der Enuresis, mit der habituellen Skoliose, mit verschiedenen angeborenen Mißbildungen der unteren Gliedmaßen, besonders dem Klauenhohlfuß, mit dem Malum perforans pedis u. a. in ursächlichem Zusammenhang gebracht wird. v. Finck fand sie an klinischem Material in etwa 35% einschließlich der zufälligen Befunde; dabei bestand in 48% die Fovea coccygea, in 10% die Hypertrichosis der Sacralgegend, dagegen behaarte Naevi nur als zufällige Vorkommnisse. In 64% bestand ein fast charakteristischer Druckpunkt über dem defekten Wirbel. Außerdem kamen vor: Hautverziehungen am kranialen Ende der glutäalen Längsfalte, das Zehenphänomen, d. i. eine passive Hyperdorsalflexion der großen Zehe, Unempfindlichkeit der Haut gegen Reize in 84%, Schmerzen im Kreuz, in der Hüft-, Knie- und Fußregion und verschiedene, röntgenoskopisch feststellbare Skelettabweichungen. Aus den anatomischen Untersuchungen ergibt sich nun, daß die im extrauterinen Leben sich findenden Veränderungen an den Wirbeln: die Dornfortsatz- und Schlußbogendefekte sowie die mangelhafte Knorpelanlage und Ossification als Nachbleibsel einer gewaltigen primären Störung anzusehen sind. Diese besteht nicht, wie man bisher angenommen hat, im Offenbleiben des Medullarrohrs im Gebiet nur eines Teiles des Sacralrohrs, sondern im Offenbleiben des ganzen Sacralrohrs. Der extrauterine Zustand ist das Ergebnis intrauteriner Reparationsvorgänge, die mehr oder weniger vollständig bis zur Geburt verlaufen können, an die aber auch nachher weitere Rekonstruktionen anschließen, so daß mit zunehmendem Alter die Anzahl der Fälle mit Mißbildung bedeutend vermindert werden. Der Inhalt des Sacralkanals bestand aus Fettwucherungen, die aber nie geschwulstartig waren; das Fett umwucherte die syndurale Cauda (so nennt Verf. den Endsack der Dura mater mit den austretenden Nerven), indem es sich in alle Höhlungen und Zwischenräume hineinschob, so daß die Nerven wie im Fettgewebe suspendiert erschienen. Auf fötale Entzündungsvorgänge wiesen Verwachsungen der Dura mit der Kanalwand hin. Der Conus medullaris ragte niemals in die Fettmassen hinein, dagegen war der Conus durae matris immer mehr oder weniger in Mitleidenschaft gezogen. Die Caudalnerven, die innerhalb des Duralsackes zogen, waren immer unbeteiligt. Die Membrana reuniens zeigte in keinem Falle Defekte. Prognostisch ist wichtig, ob sich der Defekt an den Haupt- oder Endwirbeln lokalisiert. Im ersteren Falle ist, sofern eine Spaltbildung vorliegt, immer anzunehmen, daß im Sacralkanal eine starke Fettwucherung vorhanden ist. Dann ist die Prognose mindestens zweifelhaft, während ein Schlußbogendefekt an den Endwirbeln eine gute Prognose hat. Hypertrichose mit zentraler Narbe gibt eine schlechte Prognose. Zur Erkennung der pathologischen Befunde dienen folgende, vom Verf. ermittelten Normverhältnisse: 1. Am Kreuzbein finden sich 3—4 Dornfortsätze. Der I., II. und III. sind von guter regelmäßiger Form. Der IV. ist meistens unregelmäßig, rudimentär oder fehlt ganz. — 2. Die Schlußteile der Bogen sind beim I. bis III. Sacralwirbel immer intakt. — 3. Die Apertura terminalis sacralis wird durch den offenen Bogen des V. Sacralwirbels gebildet, dazu kann sich der offene Schlußbogen des IV. hinzugesellen. Nach außen abgeschlossen wird sie durch eine ziemlich derbe fibröse oder knorpelige Haut. — 4. Die Bogen- teile, sowie das interarkuale Gewebe sind mit 4 Wochen knorpelig, mit 6 Wochen knorpeligknöchern, mit 8 Wochen knöchern. — 5. Die syndurale Cauda hat einen durchaus regelmäßigen, symmetrischen Bau. Spärliche Fettauflagerung oder Fetteinlagerung im epiduralen Raum bilden eine Seltenheit. *P. Fraenckel (Berlin).*

● **Hoffmann, Paul: Untersuchungen über die Eigenreflexe (Sehnenreflexe) menschlicher Muskeln.** Berlin: Julius Springer 1922. 106 S.

Physiologische Betrachtungen, die sich durch besondere Klarheit auszeichnen und auf einer Fülle von exakten Untersuchungen und scharfen kritischen Überlegungen beruhen. Hoffmann gibt eine anschauliche Differenzierung zwischen Eigen- und Fremdreflexen und eine vollkommene Darstellung der Natur und der physiologischen Wirksamkeit der Eigenreflexe. Die feineren Einzelheiten der interessanten und fesselnden Arbeit müssen im Original nachgelesen werden. Für den Neurologen seien nur einige wichtige Schlußfolgerungen gebracht, die sich nach H.s Äußerungen fast als selbstverständlich ergeben. Es handelt sich bei den Eigenreflexen um elementare Vorgänge, bei den Fremdreflexen um koordinierte Leistungen des Zentralnervensystems. Eigenreflexe sind die Sehnenreflexe. Sie stellen die einfachste Art von Reflexen dar, ihr Ablauf ist die einfachste Funktion unseres Rückenmarks; es handelt sich bei den Eigenreflexen um ganz direkt durch das Rückenmark laufende Erregungen, die zwangsläufig die Erregung zum gleichen Muskel wieder hinleiten. Jeder Muskel hat seinen Eigenreflex. Die Sehne ist für den Eigenreflex ganz unwesentlich, es kommt nicht auf den Schlag auf die Sehne an, sondern auf die Zerrung des Muskels in seiner Längsrichtung; man kann den Eigenreflex auch durch Schlag auf den Muskel hervorrufen, durch plötzliche Gelenkbewegungen, Reizung des Muskelnerven u. a. Auch die Periostreflexe gehören zu den Eigenreflexen, eigentliche Knochenreflexe gibt es nicht; Reizung des Periostes durch Schlag löst lediglich eine Erschütterung aus, die vom Knochen auf den Muskel übertragen wird; so ist der Vorderarmperiostreflex ein Sehnenreflex (Bicepssehnenreflex), wie der Tricepsreflex als umgekehrter Vorderarmperiostreflex aufgefaßt werden kann. Die Eigenreflexe dienen dazu, die Muskelfunktion den gegebenen Verhältnissen anzupassen; es erfolgt durch sie eine ständige Überwachung und Regulation unserer willkürlichen Bewegungen. *Klieneberger* (Königsberg i. Pr.).

● **Jörgensen, Hakon: Lehrbuch des Fernidentifizierungsverfahrens. Ein neuer Weg der polizeilichen Personenfeststellung. Mit einem Vorwort von Hans Schneickert.** Berlin u. Potsdam: A. W. Hayn's Erben. 1922. 102 S.

Mit einer großen Zahl von Abbildungen der verschiedensten Fingerabdrücke versehen, soll dies Buch die Methode der Fernidentifizierung von Verbrechern lehren. Wie die einzelnen Arten der Abdrücke nach Aussehen, Art und Zahl der Papillarlinien zu registrieren sind und wie es mit Hilfe danach angelegter Verzeichnisse, in denen neben dem daktyloskopischen Befund auch die sonstigen Eigenschaften des Verbrechers (Bertillonssystem, Geburtstag, Geburtsland) niedergelegt sind, möglich ist, einen Verdächtigen zu identifizieren, wird dargelegt. Nach der Ansicht von Schneickert wird das Jörgensensche System die internationale Verbrechensbekämpfung wesentlich erleichtern. (Vgl. diese Zeitschr.: *Borgerhoff*; 1, 441). *G. Strassmann* (Berlin).

Benassi, G.: Sull'importanza della mandibola nella determinazione del sesso. Osservazioni e ricerche antropologiche. (Über die Bedeutung des Unterkiefers bei der Bestimmung des Geschlechtes.) (*Istit. di med. leg., univ., Bologna.*) Riv. sperim. di freniatr., arch. ital. per le malatt. nerv. e ment. Bd. 46, H. 1/2, S. 87—122. 1922.

Die Suche nach einem Merkmal, das an einem aufgefundenen Schädel die Erkennung der Geschlechtszugehörigkeit erlaubt, veranlaßte den Verf., die Geschlechtsdifferenzen des Unterkiefers an einem größeren, möglichst rassenreinen Materiale (70 männliche und 85 weibliche Schädel) zu studieren. Obwohl sich dabei ergibt, daß der Unterkieferwinkel beim weiblichen Geschlecht im Mittel größer ($127^{\circ} 22'$) als beim männlichen ($122^{\circ} 53'$) ist, kann darauf allein die Diagnose der Geschlechtszugehörigkeit nicht gegründet werden, da obige Zahlen nur Mittelwerte sind, die in den einzelnen Altersstufen stark variieren. Jedoch zur Stütze einer bereits durch andere Merkmale veranlaßten Vermutungsdiagnose darf diese Geschlechtsdifferenz am Unterkiefer wohl herangezogen werden.

v. Neureiter (Wien).

● **Mayer, P.: Einführung in die Mikroskopie. 2. verb. Aufl.** Berlin: Julius Springer 1922. 210 S.

Die vorliegende zweite Auflage dieses für Anfänger bestimmten handlichen Büchleins zeichnet sich durch sorgfältig vorgenommene Ausmerzungen unbequemer Fremdwörter vorteilhaft aus. Es ist vortrefflich ausgestattet und mit instruktiven Abbildungen versehen. Für jeden, der sich selbst über die Anfangsgründe der mikroskopischen Technik unterrichten und darin üben will, gibt es durch eine klare und erschöpfende Darstellung der gesamten Materie und eine Reihe erprobter und besonders in Hinsicht auf Sparsamkeitsrücksichten ausgesuchter, sehr wertvoller Rezepte die denkbar beste Anleitung.

Reuter (Hamburg).

Verletzungen. Gewaltsamer Tod aus physikalischer Ursache.

Stockis, Eugen: Recherches sur le diagnostic médico-légal des plaies par armes à feu. (Untersuchungen über die gerichtlich-medizinische Diagnose bei Schußwunden.) Rev. de droit pén. et de crim. et Arch. internat. de méd. lég. Nr. 1. 1922.

Bei Schußverletzungen an bekleideten Körperstellen lassen sich an der Einschußöffnung in der Wunde Gewebsfasern, die von der Kleidung stammen, mikroskopisch nachweisen, eine Tatsache, auf die bereits Strassmann vor einiger Zeit hingewiesen hat. Bei Lebenden empfiehlt Verf. eine Auskratzung der Wunden und mikroskopische Untersuchung der curettierten Masse. Diese diagnostischen Maßnahmen kommen besonders in Frage in Fällen, da die Einschußöffnung vom Ausschuß makroskopisch nicht unterschieden werden kann, also besonders bei Fernschüssen. Schönberg.

Stockis, Eugen: L'oxyde de carbone dans les plaies par armes à feu. (Kohlenoxyd in Schußwunden.) Rev. de droit pén. et de crim. et Arch. internat. de méd. lég. Nr. 3. 1922.

Die Untersuchungen des Verf. bestätigen die Angaben verschiedener Autoren, wonach bei Nahschüssen in der Einschußwunde Kohlenoxyd nachgewiesen werden kann. Auch bei Schüssen aus einer geringen Entfernung findet man in der Wunde und in ihrer Umgebung Kohlenoxyd, das am zweckmäßigsten chemisch durch Zinkchlorürlösung geschieht. Im einschlägigen Falle kann unter Berücksichtigung dieses Befundes und des Schießversuches die Distanz des abgegebenen Schusses eruiert werden.

Schönberg (Basel).

Hulst, J. P. L.: Ein und das andere über die Untersuchung von Schußwunden. Nederlandsch. tijdschr. v. geneesk. Jg. 66, 1. Hälfte, Nr. 6, S. 560—565. 1922. (Holländisch.)

Nachdem zunächst die Unsicherheit und Unzuverlässigkeit der Anzeichen, die man für die Beurteilung, ob es sich um eine Ein- oder Ausschußöffnung handelte, zu Rate zog, nachgewiesen ist, schildert der Verf., an der Hand eines gerichtsarztlichen Falles, die Bedeutung der Beobachtung von Georg Straßmann, der darauf aufmerksam machte, daß bei Schußwunden, wo das Geschoß durch die Kleidung dringt, an und in der Einschußöffnung zahlreiche Gewebsetzen gefunden werden, während sie an der Ausschußöffnung ganz fehlen oder wesentlich spärlicher sind. Durch genaue mikroskopische Untersuchung der Haut und der Kleider an den Schußöffnungen wurde in diesem Falle zweifelsfrei festgestellt, daß der Vorgang sich anders abgespielt hatte, wie sämtliche, sonst einwandfreie Zeugen ihn geschildert hatten.

Timm (Hamburg).

Hallenberger: Hypophysencyste, Tod an ambulatem Typhus. II. Eitrige Perikarditis, Folge einer Herzschoßverletzung. Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 28, Nr. 2, S. 17—18. 1922.

Verf. bespricht zunächst einen Fall, wo infolge einer völligen cystischen Entartung der Hypophyse eine Dystrophia adiposogenitalis aufgetreten war. Alle Organe waren hypoplastisch, die Nebennieren daumennagelgroß. Thymus bei dem 22jährigen Menschen erhalten. Der Tod war an Typhus erfolgt. Im zweiten Fall handelt es sich um eine mit einer Eiteransammlung einhergehende eitrige Herzbeutelentzündung, die ihren Ausgang von einer 6 Jahre alten, von einer Granatsplitterverwundung herrührenden Herzbeutelnarbe genommen hatte. Dieser tödlichen Erkrankung war eine Grippe mit Lungenentzündung vorausgegangen. Durch die Verwachsung der Herzspitze mit dem Herzbeutel, die trotz des großen Ergusses den Spitzen-

stoß immer an richtiger Stelle erscheinen ließ, war die Erkennung der riesigen Flüssigkeitsansammlung im Herzbeutel *intra vitam* unmöglich gemacht worden. *Nippe* (Königsberg, Pr.)

Manz, Hugo: Unfallwirkungen elektrischer Schwach- und Starkströme. *Med. Korresp.-Bl. f. Württ.* Bd. 92, Nr. 22, S. 87. 1922.

Nicht nur Berührung von Starkstromleitungen kann tödliche Unfälle hervorrufen, sondern gerade die schwachen Stromleitungen von 50—500 Volt sind diejenigen, deren Berührung unter ungünstigen Umständen sofortigen Tod zur Folge haben. Der Tod nach elektrischem Unfall ist nach *Borutta* zu zumeist ein sog. Sekundenherztod durch Kammerflimmern, nach *Jellinek* in der Hauptsache ein Scheintod, hervorgerufen durch Schockwirkung.

K. Mendel.

Melén, Herman A.: Tödlicher Unglücksfall durch niedriggespannten Wechselstrom. *Svenska läkartidningen* Jg. 19, Nr. 29, S. 612—614. 1922. (Schwedisch.)

Bei der Arbeit in einem mit feuchten Sägespänen gefüllten Laderaum eines Dampfers, der mit drahtgeschützten elektrischen Lampen an langem Kabel erleuchtet wurde, erlitt ein Arbeiter von 16 Jahren, der in völlig durchnäster Kleidung in liegender Stellung seine Arbeit verrichtete, einen ganz plötzlichen Tod, beim Herausragen aus dem Raum bekamen die anderen Arbeiter fortgesetzt kleine Schläge; der Strom wurde erst nachher abgestellt, künstliche Atmung eingeleitet. Ärztliche Hilfe war erst 2½ Stunden nach dem Unglück zu erhalten; es konnte nur der bereits eingetretene Tod festgestellt werden. Die nähere Untersuchung ergab, daß die mit 110 Volt gespeiste Lampe völlig in Ordnung war; dagegen zeigte das Kabel an einer Stelle eine schadhafte Stelle. Durch ein Zusammentreffen besonderer Umstände — feuchte Kleider, feuchte Hände, liegende Stellung, eiserner Dampfer im Wasser, feuchte Sägespäne — konnte der in trockenem Milieu ganz unbedenkliche Stromschlag bei dem jungen Menschen den Exitus herbeiführen. Eine Krankheit kann bei dem Verletzten ausgeschlossen werden, da er nur 4 Tage vorher ein Gesundheitszeugnis erhalten hatte. Zeichen der Verbrennung waren bei der Leiche nicht zu erkennen. Das Wichtigste in solchen Fällen ist die sofortige Einleitung und mindestens 2 Stunden lange Fortsetzung sachgemäßer künstlicher Atmung nach Abstellung des Stroms, während hier Zeit mit dem Herauschaffen des Verunglückten verloren wurde. Wie der Fall lehrt, bedarf auch die Handhabung von Schwachstrom sorgfältiger Beachtung der Sicherheitsvorschriften.

H. Scholz (Königsberg).

Battelli, F. et G. de Morsier: Action des courants électriques industriels sur le cœur. (Die Wirkung der elektrischen Starkströme auf das Herz.) (*Laborat. de physiol., univ., Genève.*) *Cpt. rend. des séances de la soc. de biol.* Bd. 86, Nr. 10, S. 522—523. 1922.

Bei Applikation von Wechselstrom steigender Spannung bzw. Stromstärke auf das überlebend gespeiste Warmblüterherz beobachten die Verf., daß, wenn nach Auftreten des Flimmerns der Strom allmählich verstärkt wird, zunächst ein vorübergehender Stillstand mit erhöhtem Tonus, dann eine wirkliche „Contractur des Herzmuskels“ eintritt, nach deren Lösung durch Stromöffnung das Herz wieder rhythmisch zu schlagen beginnt. Bei der früher von *Prevost* und *Battelli* beobachteten Wiederingangsetzung des durch Niederspannung flimmernden Herzens vermittelt hochgespannten Wechselstroms handelt es sich offenbar darum, daß zunächst dieser Contracturzustand erzeugt wird, nicht, wie sie seinerzeit angenommen hatten, eine rein diastolische Pause.

Boruttau (Berlin).

Ricca, Silvio: Lesione del midollo cervicale in seguito a trauma elettrico. (Nota pratica di infortunistica ferroviaria.) (Schädigung des Cervicalmarks nach Starkstromverletzung. [Praktische Notiz zur Lehre von den Eisenbahnunfällen.]) (*Rep. neurop. d. osp. civ. di Sampierdarena.*) *Giorn. d. med. ferrov.* Jg. 1, Nr. 11, S. 443—448. 1921.

Ein 23 jähriger Lokomotivheizer kam mit der Kohlschaufel an eine 3000 Volt führende Leitung. Er wurde von der Maschine geschleudert und kam bewußtlos mit einer Lähmung des linken Beins ins Krankenhaus. Am nächsten Morgen kam eine Lähmung des linken Armes dazu. Eine geringe Ausdehnung der Lähmung auf die Glieder der anderen Seite und das Zwerchfell ließen auf eine hohe Läsion des Cervicalmarkes schließen. Nach 3 Monaten waren die Störungen ziemlich behoben, vor allem waren keine Zeichen einer Hirnschädigung vorhanden. Es handelte sich um eine durch den elektrischen Strom bedingte, über eine gewisse Ausdehnung des Cervicalmarks sich erstreckende inkomplette Schädigung des Markes, keine reine Querschnittsläsion.

Ziegllwaller (München).

Spir, Edgar: Über einen Fall von Starkstrom-Verletzung des Auges. (*Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) Arch. f. Augenheilk. Bd. 90, H. 2/3, S. 127—134. 1922.

Ein 30jähriger Mann, bisher körperlich gesund, mit gutem Sehvermögen auf beiden Augen, kam im Elektrizitätswerk der Straßenbahn zu Fall, berührte mit dem rechten Arm und mit dem Gesicht die hochgespannten Schienen der Bahn, wurde ohnmächtig von Kameraden fortgetragen. Die Spannung in der elektrischen Leitung betrug 600 Volt. Es wurden danach tiefe Brandwunden über dem rechten Auge und im Gesicht, ferner am rechten Arm festgestellt. Erste genaue Augenuntersuchung erfolgte 25 Tage später. Pat., der nach dem Unfall nur Hell und Dunkel unterschieden haben will, zeigte damals konzentrische Gesichtsfelderabsetzung und Herabsetzung des Sehvermögens (rechts = $N^{6/50}$, links = $N^{6/8}$); außerdem waren punktförmige Trübungen in den peripheren Teilen der Rindenschichten der Linse beiderseits, ferner streifenförmige, dichtere Trübungen ganz nahe der hinteren Kapsel der Linse vorhanden. Im Glaskörper bräunliche und flottierende Trübungen, Papille beiderseits leicht verschleiert. In der Macula unregelmäßige schwarze Pigmentklumpen mit rötlichem Hof, rechts stärker wie links. — Die objektiven Veränderungen und das Skotom (Ringskotom) besserten sich im Laufe des nächsten Halbjahres nur wenig. Die Arbeit im Werk wurde wieder aufgenommen. Es ist also mit dem Verbleiben einer dauernden schwereren Schädigung des rechten Auges zu rechnen. Der Fall wird als alleinige Starkstromwirkung aufgefaßt. Leuchtende und ultraviolette Strahlen sowie Ophthalmia electrica kamen nicht in Betracht. Die bisherige Literatur und die Frage der näheren Ursache des Entstehens der Linsentrübungen werden erörtert. *Junius* (Bonn).^{oo}

Reitsch, W.: Subtilis-Panophthalmie nach nichtperforierender Bulbusverletzung. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 69, Julih. S. 100—101. 1922.

Bemerkenswert an dem Fall (24jähriger kräftiger Mann) findet Reitsch, daß die intraokulare Entzündung über 24 Stunden nach einer Kontusionsverletzung des Auges eintrat, obgleich die Bulbushüllen nicht eröffnet waren, und daß sie ganz auffallend stürmisch verlief. Möglicherweise erfolgte die Infektion auf dem Blutwege von einem cariösen oberen Weisheitszahn aus. In cariösen Zähnen ist freilich bisher der *Bacillus subtilis* nicht nachgewiesen worden. Nach Injektion von Elektrokollargol in den Glaskörper verschwand zwar der *Bac. subtilis*, doch fanden sich im Augeninhalte bei der Exenteratio bulbi Staphylokokken. *F. Jendralski* (Gleiwitz).

Terrien, F.: Les ophtalmoplégies traumatiques. (Die Augenmuskellähmungen infolge Verletzungen.) Presse méd. Jg. 30, Nr. 25, S. 267—270. 1922.

Unter den traumatischen Lähmungen sind am harmlosesten diejenigen des Levator palpebrae und Rectus superior durch direkte stumpfe Gewalt oder indirekt bei Brüchen des Augenhöhlendachs, bei denen oft Blutungen in den Muskelbauch, Kompression des entsprechenden Bewegungsnerven die Ursache der Funktionsstörung sind. Die anderen geraden Augenmuskeln sind infolge der Beweglichkeit des Bulbus, der deshalb leicht ausweichen kann, seltener und dann durch direkte Gewalteinwirkung betroffen. Zerreißenungen betreffen stets den Muskelbauch, nie die Ansatzsehnen am Bulbus. — Verletzungen mit scharfen Waffen setzen schwerere, dauernde Störungen und auch sonst Komplikationen (Perforation des Bulbus, Durchtrennung des Sehnerven und damit Sehstörungen). Noch schwerer und ausgedehnter sind die Schäden, welche Schußverletzungen anrichten (Exophthalmus infolge Orbitalblutung, Lähmung aller Augenmuskeln, Bulbus- und Opticusverletzungen), doch stehen dann die übrigen Verletzungsfolgen im Vordergrund des Interesses. — Verletzungen an der Spitze des Orbitaltrichters schädigen oft alle durch die Fissura orbitalis superior und das Foramen opticum durchtretenden nervösen Bahnen und bewirken Sensibilitätsstörungen der Cornea, Bindehaut, Stirnhaut, Ptosis, Ophthalmoplegia totalis, Sehstörungen. Rückbildungsfähig sind diese Störungen, wenn es sich nur um Kompression der Nerven durch Blutungen handelt, nur die Opticusschädigung ist oft irreparabel. Die Fraktur ist auf die Gegend der Fissura orbitalis beschränkt oder nur der Ausläufer eines ausgedehnten Basisbruches. Ähnlich umfangreiche Störungen können syphilitische Entzündungen in der Umgebung der genannten Knochenlücken machen. Unter geeigneter Behandlung ist ihre Prognose aber günstig. Bemerkenswert ist, daß fast nie Keratitis neuroparalytica auftritt. Die Ptosis allein kann sie wohl nie verhindern, wie entsprechende Tierversuche gezeigt haben. Anscheinend kommt es nur dann zu der schweren Hornhauterkrankung, wenn das Ganglion Gasseri oder der Trigeminstamm betroffen ist. Als Zeichen der Blutung in der Tiefe der Orbita erkennt man nach Stunden bzw. Tagen Blutaustritte unter die Conjunctiva bulbi und die Haut des Unterlides, mitunter auch grünliche, durch Blutfarbstoff bedingte Verfärbung der Papille. — Intrakranielle Verletzungen des Oculomotorius, besonders aber des Abducens erfolgen im Bereich des Sinus cavernosus, dann manchmal durch Exophthalmus pulsans kompliziert, der im Gegensatz zu dem bei spontaner Entstehung infolge Ruptur der Carotis interna erst nach Tagen bis Monaten in Erscheinung tritt. Die Abducenslähmung (mitunter auch doppelseitig) kann das einzige Zeichen einer

Schädelbasisfraktur sein. Bei Kindern kann die Lähmung reparabel sein (nur Kompression des Nerven durch Blutung). Oculomotoriusstörungen durch Blutungen im Bereich der Hirnschenkel können durch gekreuzte Körperlähmung kompliziert sein. Läsionen im Bereich der Augermuskelkerne (Blutungen) machen mitunter doppelseitige Lähmungen, im Oculomotoriusbereich fallen gewöhnlich nur einzelne Muskeln aus. Durch Spätblutungen können Lähmungen nach Schädeltrauma erst nach Tagen in Erscheinung treten. Isolierte Ptosis nach Schädeltrauma deutet auf Verletzung der Hirnrinde hin, doch soll man das leichte Herabhängen des Oberlides bei traumatischem Enophthalmus nicht für eine Lähmung des Levator palpebrae halten. Mehrfach sind klinische Beispiele eigener Beobachtung und aus der Literatur angeführt.

F. Jendralski (Gleiwitz).

Green, Thomas M.: Traumatic asphyxia. (Traumatische Asphyxie.) Surg., gynecol. a. obstr. Bd. 35, Nr. 2, S. 129—131. 1922.

Ein 38jähriger Matrose, dem aus irgendeinem Grund, während er in einem Taucheranzug eine Reparatur an der Schiffswand in 37 Fuß Tiefe vornahm, während 10 Minuten die Luftzufuhr abgeschnitten war, bot, nachdem er aus der Tiefe herausgezogen war, folgendes Bild: Er war nicht bewußtlos, er hatte kleine Blutungen in den Schleimhäuten der Augen, Nase, Mund und Mastdarm. Die Atmung war unregelmäßig, besserte sich auf künstliche Atmung und O-Zufuhr. Das Gesicht war geschwollen und dunkelblaurot verfärbt, diese Färbung erstreckte sich vorn bis zur 3. Rippe, hinten bis zu dem vom Trapezius beiderseits gebildeten Dreieck und begann an der Haargrenze. Am 5. Tag war kein Symptom des Unfalls mehr wahrnehmbar.

G. Strassmann (Berlin)

Davison, Charles: Traumatic asphyxia, rupture of lung, dislocation of clavicle. (Traumatische Asphyxie; Lungenriß, Dislokation der Clavicula.) Internat. clin. Bd. 2, Ser. 32, S. 10—16. 1922.

Ein 12jähriger Junge wird von einem Automobil überfahren, zeigt Erscheinungen von Shock, Dyspnöe, Cyanose, conjunctivale Blutungen, blutigen Auswurf, subcutanes Emphysem, Kollaps der rechten Lunge, der auch röntgenologisch festzustellen war. O-Einatmungen besserten das bedrohliche Bild, das nach 4 Wochen völlig verschwand und durch die Kompression des Thorax zustande gekommen war.

G. Strassmann (Berlin).

De Dominicis, Angelo: Autosoffocazione con strette legature. (Selbsterstickung mit fest zusammengezogenen Binden.) Gazz. interr. az. med.-chirurg. Jg. 27, Nr. 11, S. 124—125. 1922.

Eigenartiger Fall, der als Selbstmord gedeutet wird, aber leider durch recht unklare Bilder wiedergegeben wird. Es handelt sich um einen 30jährigen Mann, der tot aufgefunden wurde, mit seinem 1,30 m langen Wolltuch, welches das Gesicht bedeckte und über das Gesicht zum Hinterkopf und wieder zum Kinn geschlungen war, wo es geknotet war, ferner mittels Lederriemen an beiden Vorderarmen und dem linken Fuß befestigt war, so daß eine Befreiung aus den Schlingen unmöglich war. Das Gesicht zeigte Cyanose und Ecchymosen der Bindehäute. Eine Sektion wurde nicht gemacht. Dominicis nimmt Tod durch Erstickung an und legt dar, in welcher Reihenfolge die einzelnen Akte der Fesselung von dem Manne vorgenommen sein mußten.

G. Strassmann (Berlin).

Vergiftungen.

● **Schmidt, Ernst: Anleitung zur qualitativen Analyse.** Hrsg. u. bearb. v. J. Gadamer. 9. verb. Aufl. Berlin: Julius Springer 1922. VI, 112 S.

Die Ernst Schmidtsche „Anleitung zur qualitativen Analyse“, deren 9. Auflage vorliegt, ist nach dem Tode des Autors von Gadamer bearbeitet worden. Es muß als eine schätzenswerte Bereicherung der Neuaufgabe angesehen werden, daß neben den in stöchiometrischer Hinsicht wertvollen Bruttogleichungen nunmehr auch die das Reaktionsbild ungemein vereinfachenden Ionengleichungen zur Anwendung gelangen. Ebenso ist die Einleitung begrüßenswert, in der namentlich eine übersichtliche Darstellung der Ionenlehre beim Verlauf der Reaktionen geliefert wird. Da ein allen Bedürfnissen entsprechender einfacher Gang zur Bearbeitung der Schwefelammoniumniederschläge nicht bekannt ist, hat G. mehrere Verfahren aufgeführt und die Richtlinien näher gekennzeichnet, um darzutun, welche der empfohlenen Methoden

gegebenenfalls zu bevorzugen sei. Die scharfe Trennung bei Besprechung des Ganges der qualitativen chemischen Analyse in einer eigenen zweiten Abteilung, nachdem in der ersten Abteilung ein Einblick in den Ablauf der Reaktionen geboten wurde, erhöhen die Übersichtlichkeit ganz wesentlich. In einem Anhang werden schließlich in gedrängter Kürze die Reaktionen einiger seltener Elemente wie Vanadin, Titan, Zirkon, Thorium usw. und einzelner organischer Säuren besprochen. Diese unverkennbaren Vorzüge der Schmidt-Gadamerschen qualitativen Analyse sind geeignet, dem Buche neue Freunde zu gewinnen.

C. Ipsen (Innsbruck).

Jansch, H.: Zur Kenntnis gerichtlich-chemischer Untersuchungen. (*Univ.-Laborat. f. med. Chem., Wien.*) Beitr. z. gerichtl. Med. Bd. 4, S. 55—88. 1922.

Die vorliegende höchst bemerkenswerte Arbeit enthält eine zahlenmäßige Zusammenstellung der im Laboratorium für medizinische Chemie in Wien während der letzten 10 Jahre unter E. Ludwig, J. Mauthner, H. Fischer und über Anregung von A. Kolisko durchgeführten chemischen Untersuchungen in 350 Vergiftungsfällen; davon verteilen sich 250 auf die Bearbeitung von Leichenteilen, während die restlichen 100 Fälle Arzneimittel, Speisen, Getränke, Flüssigkeiten, Gebrauchsartikel, feste Stoffe u. a. m. umfassen. Aus der Reihe der Metallgifte erstrecken sich die Untersuchungen auf 11 Fälle von Quecksilber, auf 1 sichere Vergiftung durch Kupfer bei einem neugeborenen Kinde; in 5 Fällen wurde neben geringen Mengen von Kupfer Arsen gefunden. Weiters sind Fälle von Vergiftungen durch Blei, Wismut, Chlorsilber verzeichnet. — Unter den Vergiftungen mit Alkaloiden steht oben mit 20 Fällen das Morphin, dessen Nachweis insbesondere, wie dies schon Kratter dargetan hat, im Harn in eindeutiger Weise gelingt. Von Strychnin sind 6 Fälle mit positivem Ausgang untersucht, darunter eine Beobachtung von Mord; weiters wurde Kodein in 4, Chinin in 2, Papaverin in 1 Fall gefunden. Ungewöhnlich hoch ist die Zahl der Untersuchungen (40), in denen in Leichenteilen Veronal nachgewiesen worden ist. Auch hier erweist sich der Harn als ganz besonders geeignet zum Nachweis des Giftes. Endlich sei erwähnt, daß in 16 Fällen Methylalkohol als Ursache des Todes festgestellt wurde. Die Vergiftungen mit Phenolen, Kresolen (Lysol) waren recht selten; weitere 2 Vergiftungen von chlorsaurem Kalium, je eine Nitrit- und Oxalsäurevergiftung sind noch verzeichnet. Bemerkenswert ist eine Vergiftung mit Lysol, bei der Blausäurewirkung durch anatomische Veränderung des Magens und der Geruch von Bittermandeln im Darminhalt auf eine kombinierte Vergiftung hindeuteten. Die Untersuchung des Mageninhaltes ergab neben Lysol die Gegenwart von gelbem Blutlaugensalz ohne Sicherstellung von freier Blausäure im Mageninhalt.

Die Arbeit bringt sehr wertvolle Hinweise auf die gewichtsmäßige Verteilung einzelner Gifte in den Eingeweiden, deren genaue Kenntnis für den Nachweis der fraglichen Vergiftung von weitgehender Bedeutung ist.

C. Ipsen (Innsbruck).

Hämäläinen, Reino: Eine neue Methode zum Nachweis des Methylalkohols. (*Med. chem. Inst., Univ. Helsinki.*) Acta soc. med. fennic. „Duodecim“ Bd. 3, H. 1/2, S. 1—6. 1921.

Hämäläinen hat zum Nachweis des Methylalkohols in Anlehnung an die Methoden von Denigès und von v. Fellenberg, welche fuchsin-schwefelige Säure zur Erkennung des Methylalkohols und des aus letzterem durch Oxydation gewonnenen Formaldehyds verwenden, methylviolett-schwefelige Säure in ihrem Verhalten zum Methylalkohol geprüft und folgendes Verfahren angegeben:

Von der Flüssigkeit, welche auf Methylalkohol zu untersuchen ist, wird 1 ccm in einem 50—100 ccm fassenden weiten Becherglas mit 1 ccm Alkoholschwefelsäure (10 ccm Alkohol + 90 ccm 20 proz. Schwefelsäure) und 1 ccm 5 proz. Kaliumpermanganatlösung gehörig mittelst eines Glasstabes durchrührt. Danach setzt man 1 ccm kalt gesättigter Oxalsäurelösung, um das Gemisch farblos zu machen und 0,8 ccm konzentrierter Schwefelsäure hinzu. Hierauf werden sofort 5 ccm methylviolett-schwefeliger Säure (2 g Methylviolett + 20 g Na-Bisulfit + 150 ccm n-Schwefelsäure auf 1 l Wasser) hinzugefügt und wieder mittels des Glasstabes gehörig gemischt. Die Gegenwart von Methylalkohol bzw. Formaldehyd kündigt sich gleich oder nach einigen Minuten durch schöne Dunkelblau- bis Hellblaufärbung an.

Auf diese Weise ist Formaldehyd bei 1 : 5000, Methylalkohol bei 1 : 2000 durch deutlichen Farbenumschlag erkennbar. Bei stärkerer Konzentration der zu prüfenden Gemische an Äthylalkohol (Weingeist 35—96%) leidet die Deutlichkeit der Reaktion. Wenn also die zu untersuchende Flüssigkeit viel Äthylalkohol neben dem Methylalkohol enthalten sollte, empfiehlt es sich, das Gemisch zu verdünnen. Die Methode bietet keine besonderen Vorteile gegenüber den Proben von Denigès und von v. Fellenberg.

C. Ipsen (Innsbruck).

Bianchini, Guisepe: Gli emoconi in condizioni normali e negli avvelenamenti. (Die Blutstäubchen unter normalen Bedingungen und bei Vergiftungen.) (*Istit. di med. leg., univ., Siena.*) *Zacchia* Jg. 1, Nr. 4, S. 91—98 u. H. 5/6, S. 121—129. 1921.

Auf Grund mühseliger Untersuchungen an menschlichem und tierischem Blut kommt Bianchini zu dem Ergebnis, daß die Blutstäubchen vielfach Kunstprodukte sind, daß sie entstehen können aus den Leukocyten, den Blutplättchen, den roten Blutkörperchen und den anderen Bestandteilen des Blutplasmas. Bei Tieren, die mit Blutgiften, z. B. durch Einspritzungen von Anilinöl vergiftet wurden, nehmen auch die sog. Heinzschen Körper an der Bildung der Hämokonien teil. Diese sind von verschiedener chemischer Struktur, Aussehen und Ursprung. Aus der Zahl und dem Aussehen der Blutstäubchen auf eine vorausgegangene Vergiftung zu schließen, ist unmöglich.

G. Strassmann (Berlin).

Hirsch, Julian: Zur Frage nach der Giftigkeit des Menstrualblutes. *Arch. f. Frauenk. u. Eugenet.* Bd. 8, H. 1, S. 24—26. 1922.

Hirsch geht der Frage der Giftigkeit des Menstrualblutes mit ethnologischen Gesichtspunkten nach. Bei den Primitiven gilt das Menstrualblut teils als giftig, teils als heilsam. Dieser Widerspruch beruht auf dem Geheimnisvollen der Blutung. Das Blut ist für ihn ein Seelenträger und deshalb tabuiert. Nicht weil der Primitive mit dem Blut charakteristische Naturbeobachtungen hat anstellen können, gilt es als unrein. Deshalb liegt auch nach ethnologischen Erfahrungen kein Anlaß vor, an die Giftigkeit des Menstrualblutes zu glauben.

Gräfenberg (Berlin).

Schönfeld, A.: Zur Kenntnis der Sauerampfervergiftung. *Wien. med. Wochenschr.* Jg. 72, Nr. 32, S. 1338—1346. 1922.

Der Verf. berichtet eingehend den klinischen Verlauf einer selbst beobachteten Sauerampfervergiftung.

Es handelt sich um einen 12jährigen Knaben, der nach seiner eigenen Angabe anläßlich eines „Wettessens“ einige Hände voll frisch gepflückten Sauerampfers (*Rumex acetosa*) gegessen hat. Es traten heftige, krampfartige Bauchschmerzen, sowie Erbrechen auf; die Körpertemperatur stieg bis auf 40°, der Puls war klein, unregelmäßig, Frequenz 136. In den schmerzfreien Pausen bestand eine auffällige Schlafsucht; außerdem beobachtete Verf. einen hochgradigen Meteorismus und Obstipation. Die Harnsekretion sistierte anfänglich fast vollständig; Eiweiß fand sich im Harn nur spurenweise. Nach etwa einer Woche trat bei symptomatischer Therapie langsamer Genesung ein. Die Pulsarhythmie blieb noch längere Zeit bestehen.

Verf. bezieht die Vergiftungserscheinungen in erster Linie auf die im Sauerampfer enthaltene Oxalsäure und berechnet die in diesem Falle eingeführte Menge dieser organischen Säure auf 0,14 g; Verf. hält es aber weiter nicht für ausgeschlossen, daß Stoffe unbekannter Natur neben der Oxalsäure das Vergiftungsbild beeinflussen. Das Literaturverzeichnis führt vier Autoren an, die über Sauerampfervergiftungen berichten.

W. Schwarzacher (Graz).

Deumié, J. et E. Martin-Sans: Une intoxication par la saponaire. (Eine Vergiftung durch Seifenkraut.) *Bull. des sciences pharmacol.* Bd. 29, Nr. 7, S. 379—384. 1922.

Ein Ehepaar, das eine Tasse Seifenkrautinfus, welcher 12 Stunden gestanden hatte, trank, erkrankte kurze Zeit danach mit Zittern, Trockenheit im Mund, Erregungszustand, Delirien mit Gesichtshalluzinationen, starker Pupillenerweiterung, Polyurie, Erscheinungen, die auf Brechmittel zurückgingen. Bei der Verwendung saponinhaltiger Drogen sei Vorsicht geboten wegen der hämolytischen Fähigkeiten und der narkotisierenden Eigenschaften. Die durch Saponine verursachten Krankheitserscheinungen können sehr schwer sein.

G. Strassmann (Berlin).

Leach, Charles D.: A case of quinin poisoning. (Ein Fall von Chininvergiftung.) *Journ. of the Americ. med. assoc.* Bd. 79, Nr. 1, S. 39—40. 1922.

3½-jähriger Knabe, der aus einer Schachtel eine Anzahl Chinintabletten verschluckt hatte, erkrankte danach mit Erbrechen, das sich stundenlang wiederholte, Leibschmerzen, Benommenheit, Pupillenerweiterung, Zuckungen der Gesichtsmuskulatur, spastischen Zusammenziehungen der Lungenmuskeln und Schüttelbewegungen des Kopfes. Ob Gehörs- und Gesichtsstörungen bestanden, war nicht sicher zu ermitteln. Nach 24 Stunden waren die Vergiftungserscheinungen verschwunden.

G. Strassmann (Berlin).

Barnes, Milford E.: Death following the administration of thymol. (Tod als Folge der Anwendung von Thymol.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 79, Nr. 12, S. 964—965. 1922.

Thymol, das in Indien als Wurmmittel viel verwendet wird, kann tödliche Vergiftungen bewirken. Verf. berichtet von einer 34jährigen Frau, die nach einer Dosis von 2,6 g Thymol innerhalb von 3 Stunden unter Schwindel und zunehmender Bewußtseinstörung starb, und von einer 40jährigen Frau, die nach Einnehmen von 1,3 + 0,65 g Thymol 9 Tage später an Pneumonie starb, deren Entstehung auf die Resorption von Thymol zurückgeführt wurde. G. Strassmann (Wien).

Wise, Fred and E. W. Abramowitz: Phenolphthalein eruptions. (Phenolphthaleinexantheme.) (*Vanderbilt clin., coll. of physicians a. surg., Columbia univ., New York.*) Arch. of dermatol. a. syphil. Bd. 5, Nr. 3, S. 297—320. 1922.

Bei Empfänglichen macht Phenolphthalein, das meist in Form von Laxantien genommen wird, Exantheme, die den Antipyrinexanthemen gleichen; sie können Jahre lang bestehen; bei Rezidiven flammen vor allem die alten Stellen auf; Steigerung der Erscheinungen besonders am Scrotum bis zum nässenden Stadium wurde beobachtet. Rückgang mitunter mit geringer Abschuppung unter Pigmentbildung. Wenn auch Kopf, Stamm und Extremitäten befallen werden können, so sind die Mund-, Genital- und Lumbosakralregion Prädisloktionsstellen. Entsprechend der Tatsache, daß brünette Menschen häufiger als andere befallen werden, werden pigmentreiche Stellen bevorzugt und zeigen besonderen Reichtum an Melanoblasten; diese sollen Beziehungen zu den chromaffinen Nebennierenzellen haben; darauf ist möglicherweise die Wirkung des Adrenalins bei Salvarsanempfindlichen zurückzuführen; vielleicht liegt eine Hypofunktion der Nebennieren vor. Histologisch: Keine Parakeratose; parenchymatöses und interstitielles Ödem, wenige Rundzellen in der Basalzellschicht; leichte Akanthose. Strat. lucidum fehlt; Strat. granulosum normal. Dyskeratose. Mäßiges Ödem des Papillarkörpers, mäßige Dilatation der Blutgefäße und Lymphräume. Kollagen und elastische Fasern auseinandergedrängt. Chemisches und Pharmakologisches über Phenolphthalein.

Diskussion u. a.: Goldenberg: Die Exantheme bei Salvarsan, Antipyrin und Phenolphthalein sind ähnlich und gehen vielleicht auf eine gemeinsame Komponente zurück. — Fordyce: Ein Haarmittel Goutte á Goutte kann ähnlichen Ausschlag hervorrufen. — Wende: Arsphenaminexanthem mit fast schwarzer Pigmentierung; Pat. war, trotz bestehenden Exanthems wegen schwerer Cerebrospinalles weiter mit Arsphenamin behandelt worden. — Highman: Konfluenz des Plaques vielleicht durch ein gegen das Jucken angewandtes Mittel bewirkt. — Pollitzer: Die drei Exantheme sind zwar ähnlich (Gemeinsamkeit der Phenolgruppe?), aber nicht identisch. Die dunklere Pigmentierung der Phenolphthaleinexantheme wird vielleicht durch die trotz Bestehens des Exanthems fortgesetzte Medikation bewirkt.

Hans Biberstein (Breslau).

Petersen, O. H.: Totalamaurose nach Novocaininjektion oder Luftembolie? Zentralbl. f. Chirurg. Jg. 49, Nr. 12, S. 396—397. 1922.

Vorschütz hatte beiderseitige Amaurose bei einem Kranken unmittelbar nach der Operation eines Lungenabscesses in örtlicher Betäubung beobachtet und darüber im Zentralbl. f. Chirurg. Jg. 48, Nr. 33, S. 1201—1202, 1921 berichtet. Da Augenhintergrundsveränderungen fehlten und die Erblindung rasch vorüberging, nahm er eine toxische Affektion des Sehnerven durch das angewandte Novocain an. Petersen ist der Ansicht, daß es sich eher um eine Luftembolie in den Hinterhauptslappen gehandelt habe, zumal der Kranke auch sonst Erscheinungen einer schweren Luftembolie bot, die entweder bei der Eröffnung des Lungenabscesses selbst oder durch Einreißen der Pleuraabschlußnähte entstanden war. Richard Gutzeit.°

Hofmann, Artur Heinrich: Über einen Todesfall im Chloräthylrausch. (Städt. Krankenb., Offenburg.) Münch. med. Wochenschr. Jg. 69, Nr. 5, S. 159. 1922.

Bei einem 24jähr. jungen Menschen, der klinisch stets völlig gesund gewesen, sollte eine Fadenfistel nach Appendicitisoperation geschlossen werden. Der Chloräthylrausch hatte

nicht viel mehr als 1 Minute gedauert, plötzlich wurde der Kranke blaß, und der Puls unregelmäßig. Künstliche Atmung, rhythmisches Vorziehen der Zunge, Insufflation von Sauerstoff, endlich intrakardiale Injektion von Pituglandol und Adrenalin, sowie als ultima ratio Freilegung des Herzens blieben wirkungslos. Bei der Autopsie war nur die Persistenz einer kleinen Thymus auffallend — kein Status thymo-lymphaticus. *M. Lewitt* (Berlin).

Menten, M. L.: Pathological lesions produced in the kidney by small doses of mercuric chloride. (Pathologische Veränderungen, in der Niere durch kleine Dosen von Quecksilberchlorid.) (*Pathol. laborat., univ. of Pittsburgh, Pittsburgh.*) Journ. of med. research Bd. 43, Nr. 3, S. 315—321. 1922.

Intravenöse Einspritzungen von Quecksilberchlorid rufen bei Kaninchen schon in Mengen von 0,02 mg auf das Kilogramm Körpergewicht in kürzester Zeit nach der Einspritzung Veränderungen an der Niere und Leber hervor, die in Schwellung, körniger und vakuoliger Degeneration und mangelhafter Kernfärbbarkeit einzelner Harnkanälchen- und Leberzellen bestanden, Veränderungen, die bei Injektion etwas größerer Dosen als 0,02 mg pro Kilogramm deutlicher und stärker ausgeprägt waren.

G. Strassmann (Berlin).

Menten, M. L.: The microchemical distribution of potassium in normal kidneys and in those in which pathological changes have been produced by mercuric chloride. (Die mikrochemische Verteilung von Kalium in normalen Nieren und solchen, in denen pathologische Veränderungen durch Quecksilberchlorid hervorgerufen sind.) (*Pathol. laborat., univ. of Pittsburgh, Pittsburgh.*) Journ. of med. research Bd. 43, Nr. 3, S. 323—344. 1922.

Der Gehalt an Kalium in den Nieren, nachgewiesen mit dem Reagens von Macallum wechselt. In den Harnkanälchen der Rinde (Tubuli contorti) ist mehr zu finden als in den Glomeruli und den Sammelröhren. Am geringsten fällt die Reaktion mit normalen Zellen, am stärksten mit im Absterben befindlichen Zellen aus. Im normalen Zellkern findet sich kein Kalium, dagegen im geschädigten Zellkern. Die durch Hg-Chlorid verursachten Schädigungen des Nierenzellprotoplasmas gehen mit einem erhöhten Freiwerden von Kalium einher, das in ionisiertem Zustand mit dem Reagens nachgewiesen werden kann.

G. Strassmann (Wien).

Jacobsohn, F. und E. Sklarz: Zur Pathogenese der Salvarsanschädigungen. (*Rudolf Virchow-Krankenhaus, Berlin.*) Med. Klinik Jg. 18, Nr. 18, S. 567—569. 1922.

Die früher von Verff. gemachte Feststellung, daß im Tierversuch Kaliumvorbehandlung die Toxizität minimaler Salvarsandosens erhöht, womit die gehäuften Salvarsanschädigungen durch die vorwiegend vegetabilische Ernährung der letzten 6 Jahre erklärt sind, wird durch weitere Tierversuche gestützt. Diese Feststellung stimmt mit der praktisch wichtigen Tatsache überein, daß das Calcium als Antagonist des Kaliums die Toxizität des Salvarsans herabsetzt. — Bei Kaninchen, die kombiniert mit einzeln unschädlichen Dosen Neo- oder Na-Salvarsan behandelt wurden, ließ sich in 5 von 8 mikroskopisch untersuchten Fällen Sternzellenverfettung der Leber finden; ein durch hohe Calciumvorgabe geschütztes Tier sowie Kontrolltiere zeigten die Leberveränderungen nicht. In der Hälfte der untersuchten 8 Fälle zeigte sich 4 mal Nephrose, darunter 2 mal mit Verkalkung, woraus der Schluß gezogen wird, daß auch ohne Hg durch Salvarsanbehandlung ein der Sublimatnieren nicht ganz unähnliches Bild verursacht werden kann. Die mit hohen Kalkgaben intravenös behandelten Tiere zeigten keine Kalkablagerung in den Nieren. — Entsprechend der Theorie Zondeks, nach welcher der Erregungsvorgang (im vegetativen Nervensystem) vom Ionengleichgewicht abhängig ist, lassen sich die Salvarsanschädigungen als Störungen des Ionengleichgewichts zwischen Calcium (Sympathicus) und Arsen (Gruppe Kalium-Vagus) verstehen, ebenso die therapeutischen Effekte, wie sie bei der Kombination von Salvarsanapplikation mit Calcium- und Normosalvorbehandlung und mit Adrenalin erzielt werden.

Wiesnack (Jena).

Meyer, E.: Fragliche Salvarsan-Myelitis. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 66, H. 1, S. 146—154. 1922.

Gutachten über folgenden Fall:

17jähriger Soldat P., Lues II. Wassermann positiv. Hg-Neosalvarsankur in normalen Dosen und Abständen. Nach insgesamt 2,1 Neosalvarsan Kopfschmerzen, Kribbeln in den Beinen; bald Anzeichen einer „Querschnittslähmung im Rückenmark“; Fehlen der Knie-, Achillessehnen-, unteren Abdominalreflexe. Vorübergehende Mastdarm- und Blasenlähmung. Dann vollständige Lähmung beider Beine, ohne Störung der Sensibilität. Hg-Behandlung. Wassermann bleibt positiv. Allmählich (in fast 3 Jahren) geringe Besserung, so daß in Knie- und Hüftgelenk leichte Beugung möglich. — Der erste Gutachter hatte sich dahin ausgesprochen daß es sich bei der Querschnittslähmung „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ um einen syphilitischen Prozeß im Rückenmark handele.

In seinem Gutachten bespricht E. Meyer ausführlich die Möglichkeit, ob es sich bei dieser Myelitis um eine Salvarsanschädigung handeln könne. Unter Berücksichtigung aller über diese Frage erschienenen Arbeiten faßt er sein Urteil dahin zusammen: „Es ist zwar, wenn auch mit großer Reserve, die Möglichkeit zuzugeben, daß die Lähmung bei P. eine Folge der Neosalvarsanbehandlung sein könne, ein irgendwie sicherer oder nur wahrscheinlicher Beweis dafür ist nicht zu führen. *Max Jessner* (Breslau).

Fühner, Hermann: Beiträge zur Toxikologie des Arsenwasserstoffs. II. Die Giftigkeit für Warmblüter. (*Pharmakol. Inst., Univ. Königsberg i. Pr.*) Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 92, H. 4/6, S. 288—301. 1922.

Versuche an weißen Mäusen in der vom Verf. früher beschriebenen „Narkoseflasche“ (*Biochem. Zeitschr.* 115, 235. 1921). AsH_3 wurde in der Flasche aus Calciumarsenid und Wasser entwickelt. Bei einem Gehalt von mehreren Milligramm im Liter Luft tritt der Tod nach etwa 30 Minuten ein, bei einem Gehalt von 0,5—1 mg in etwa 1 Stunde, bei 0,1—0,2 mg in etwa 2—3 Stunden. Die letale Grenzkonzentration beträgt bei einer Einwirkungsdauer von 30 Minuten 0,1—0,15 mg im Liter. Die von den Tieren aufgenommenen As-Mengen entsprechen 0,01—0,012 mg As_2O_3 pro Gramm Maus. *Joachimoglu* (Berlin).^{oo}

Friedberg, Eduard: Zur Klinik der chronischen Bleivergiftung im Kindesalter. (*Univ.-Kinderklinik., Freiburg i. Br.*) Arch. f. Kinderheilk. Bd. 71, H. 1, S. 25—30. 1922.

Eine seit Jahren bestehende Bleivergiftung bei einem Schulkinde machte anfangs nur uncharakteristische Allgemeinerscheinungen, so daß Arthralgien, Muskel- und Kopfschmerzen auf intercurrente Erkrankungen bezogen wurden. Langsam bildete sich eine Muskelschwäche an den unteren Extremitäten aus, die Patellar- und Achillessehnenreflexe blieben aus. Es trat ein klinisches Bild auf, das die Vermutungsdiagnose einer Dystrophia musculorum progressiva aufkommen ließ. Bleikoliken oder der sonst charakteristische Bleisaum fehlte während Jahre dauernder Beobachtung. Erst plötzlich entstandene polyneuritische Erscheinungen lenkten den Verdacht auf eine Bleivergiftung, die durch Katanamnese gesichert wurde. Mit dem Fernhalten der Vergiftungsquelle (bleihaltiges Spielgerät) schwanden die Symptome langsam.

E. Friedberg (Freiburg).^{oo}

Corwin, A. S.: Report of a case of phosphorus poisoning from sucking a spit-devil. (Bericht über einen Fall von Phosphorvergiftung durch Lutschen eines „Speiteufels“.) *New York state journ. of med.* Bd. 22, H. 10, S. 475—476. 1922.

Ein 3jähriges Kind steckte einen „Speiteufel“ (Rakete) in den Mund und starb 48 Stunden später an akuter Phosphorvergiftung. Der „Speiteufel“ enthielt, wie die chemische Untersuchung ergab, ziemlich reichlich Phosphor. Die Krankheitserscheinungen waren nach einigen Stunden einsetzendes, sich häufig wiederholendes Erbrechen bräunlicher Massen. Am nächsten Tag trat Bewußtlosigkeit ein, die bis zum Tode anhielt. Die Leber war vergrößert und tastbar; der Tod erfolgte durch Atemlähmung. Bei der Sektion war die Leber stark vergrößert, gelblich und ebenso wie Herz und Nieren fettig degeneriert.

G. Strassmann (Wien).

Erlendsson, Vald.: Ernste Morphinvergiftung bei einem 5 Wochen alten Kinde.

Ugeskrift f. Laeger Jg. 84, Nr. 6, S. 190—191. 1922. (Dänisch.)

Um ihr dauernd schreiendes Kind zu beruhigen, hatte eine Mutter demselben in den Schnuller 5 Tropfen einer ihr gegen Nachwehen verordneten Medizin (Solut. morphini hydrochloric. 0,2/10,0) gegeben. Der Säugling hatte ungefähr die Hälfte des Schnullerinhalt aus-
gesogen und sich so ca. 2—3 mg Morphin einverleibt. 2 Stunden später schweres Vergiftungs-
bild: Bewußtsein fast ganz geschwunden, fehlender Corneal- und Palpebrarreflex, maximal
kontrahierte Pupillen, oberflächliche Atmung, unfühlbaren Puls bei schwacher, langsamer
Herztätigkeit, Untertemperatur (34°). Arme und Beine flektiert, Hände geballt, aber keine
Zeichen von Krämpfen. — Durch Magenspülungen, Campher, warme Kochsalzeinläufe, lange
fortgesetzte künstliche Atmung, gelang es nach mühsamer Arbeit, das Kind zu retten. *Eitel.*

Leyser, E.: Eine seltene Form der Morphinvergiftung. (*Psychiatr. u. Nerven-
klin., Univ. Frankfurt a. M.*) Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 51, H. 1,
S. 12—19. 1922.

Fall von Morphinismus, der die klinischen Symptome der Polioencephalitis haemorrhagica
inferior zeigte. Es wird angenommen, daß das Morphin zur Leberschädigung und diese zur
Polioencephalitis haemorrhagica geführt hat. *Seelert (Berlin).°°*

Zanelli, C. F.: Il pericolo cocainico. (Die Gefahren des Cocainismus). Poli-
clinico Jg. 29, H. 30, S. 975—978. 1922.

Klagen und allgemeine Betrachtungen über die Zunahme des Cocainismus; nichts
Neues. *Stier (Charlottenburg).*

**Lévy, M.: Sur quelques cas d'intoxication par le dinitrobenzène et le trini-
trotoluol.** (Über einige Fälle von Vergiftung mit Dinitrobenzol und Trinitrotoluol.)
Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég. Bd. 37, Nr. 3, S. 157—164. 1922.

Bei der Entleerung der Granaten aus dem Munitionslager von Illkirch wurden
verschiedene Fälle von Vergiftung durch die oben genannten Substanzen beob-
achtet, die sich vor allem durch Cyanose und nervöse Symptome kennzeichneten,
vereinzelt mit Gelbfärbung der Haut; keine Methämoglobinämie. Die Entleerung
erfolgt durch Einleitung von Wasserdampf, der die Füllung zum Schmelzen bringt;
sie läuft in untergestellte Cuvetten, worin sie durch Kühlung mit Wasser erstarrt und
dann in offenem Gelände abgebrannt wird. Die Vergiftung durch das in reinem Zustand
relativ harmlose Trinitrotoluol ist wohl bedingt durch Verunreinigung mit Tetranitro-
methan und Nitrobenzol, die zum Teil durch die Dampfbehandlung entstehen. Die
Eingangspforten sind meist die Haut und der Digestionstraktus. Alkoholgenuß erhöht
die Vergiftungsdisposition merklich. Prophylaktisch ist peinliche Sauberkeit der Haut
(Hände!), Tragen von undurchlässigen Kleidern und Handschuhen, Arbeiten in gut
gelüfteten Lokalen, Absaugung der Dämpfe über den Apparaten und rationelle Er-
nährung der Arbeiter notwendig. *v. Gonzenbach (Zürich).°*

**Lévy, M.: Rapport sur quelques cas d'intoxication par le dinitrobenzène et
le trinitrotoluol.** (Bericht über einige Fälle von Vergiftung mit Dinitrobenzol und
Trinitrotoluol.) Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég. Bd. 37, Nr. 3, S. 164—173. 1922.

Die Vergiftungen wurden bei der Granatenentleerung im Munitionsdepot von
Illkirch beobachtet. Die Symptome waren: fahles Aussehen, Cyanose der Nasen-
spitze, Lippen, Augenlider und Ohrmuscheln, Druckgefühl auf der Brust, Reizung
der Atmungsorgane, Herzklopfen, allgemeine Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen. Sie
konnten auf das Arbeiten mit Granatfüllungen bezogen werden, die Dinitrobenzol
und Trinitrotoluol enthielten. Entleerung mit Hilfe von Wasserdampf. Es ist
dabei nicht ausgeschlossen, daß auch Zersetzungsprodukte (Nitrobenzol und nitrose
Gase) mitwirkten. Die Gifte dringen hauptsächlich durch die intakte, besonders die
schwitzende, mehr noch durch verletzte Haut ein oder durch den Verdauungstraktus,
wenig wahrscheinlich durch die Atmungswege. Alkoholkonsum erhöht die Vergiftungs-
disposition. Prophylaktische Maßnahmen: Tragen von Handschuhen, Verbot der
Nahrungsaufnahme während der Arbeit, Reinigung der Hände, Warnung vor dem
Alkoholkonsum und gute Lüftung der Entleerungsräume. *v. Gonzenbach (Zürich).°*

Flandin, Ch. et J. Roberti: Purpura hémorragique mortel due à une intoxication professionnelle par les vapeurs de benzol. (Tödliche Purpura haemorrhagica infolge gewerblicher Vergiftung mit Benzoldämpfen.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 38, Nr. 1, S. 58—65. 1922.

Die Patientin (27 Jahre) zeigte bei der Einlieferung nach etwa 3wöchigem Kranksein schwere Anämie, weitverbreitete Petechien und Ekchymosen von Linsen- bis Handgröße an der Haut und den Schleimhäuten, blutiges Sputum, Metrorrhagie (14tägig); Temperatur 40°. Untersuchung des Abdomens und der Lungen ohne wesentlichen Befund; keine Symptome von Meningitis; Kulturen aus dem Blute und aus einer Ekchymose blieben steril. Die Blutuntersuchung ergab stark verzögerte Gerinnung, 20% Hämoglobin (Tallquist), 2,1 Millionen rote, 1680 weiße Blutkörperchen; die Polynucleären fast ganz verschwunden (3%). Die Benommenheit und das hohe Fieber dauerten an, unstillbares Nasenbluten trat ein, und 5 Tage nach der Aufnahme ging die Patientin ein; die Temperatur war auf 41° gestiegen. Anisocytose und Poikilocytose waren nicht vorhanden. — Injektion von Serum, Gelatine, intravenöse Infusion von Blut waren erfolglos geblieben; die Zahl der roten Blutkörperchen war schließlich bis auf $\frac{3}{4}$ Millionen gesunken. Bei der Sektion waren außer allgemein verbreiteten Blutungen nur mäßige fettige Degeneration von Herz, Leber und Niere zu finden; das Knochenmark zeigte Aplasie, sehr zahlreiche Mononucleäre und Lymphocyten, fast gar keine Polynucleäre und Myelocyten, keine Eosinophilen. — Die Patientin war seit ca. 6 Wochen vor ihrer Erkrankung in einer Automobilfabrik in einem kleinen, sehr warmen Zimmer mit Arbeiten an Kautschuk, in Benzol gelöst, beschäftigt; das Zimmer hatte keine Ventilation. — Außer diesem Falle waren etwa zu gleicher Zeit noch drei andere Personen an Purpura erkrankt, von denen die eine ebenfalls starb. — Die Verff. geben eine Übersicht über die in der Literatur, mit Ausnahme der deutschen, beobachteten Benzolvergiftungen. — Hauptsache bei der Therapie ist die Prophylaxe: Frauen und Männer unter 21 Jahren dürfen nicht beschäftigt werden, für ausreichende Ventilation ist zu sorgen. *Biberfeld (Breslau).*°°

Starr, E. B.: Poisoning by benzol carbon tetrachloride cement, with special reference to the early symptoms of benzol poisoning. (Vergiftung durch Benzol-Tetrachlorkohlenstoff-Verbindung mit besonderer Berücksichtigung der Frühsymptome der Benzolvergiftung.) Journ. of industr. hyg. Bd. 4, Nr. 5, S. 203—211. 1922.

Verf. weist auf die Bedeutung der frühzeitigen, verhältnismäßig geringfügigen Symptome der Benzolvergiftung hin (Reizung der Schleimhäute der oberen Luftwege, Übelkeit, Erbrechen, Brennen im Epigastrium, häufiger Urindrang, Schwäche und Atemnot), die sich oft verschlimmern, wenn der Vergiftete die benzolhaltige Atmosphäre verlassen hat. Zum Schutz der Arbeiter, besonders der weiblichen, die mit Benzol zu tun haben, ist für ausreichende Ventilation in den Arbeitsräumen zu sorgen.

G. Strassmann (Wien).

Raebiger und Bahr: Berichtigung der in dem Artikel von Dr. Willführ und Dr. Wendtland enthaltenen Angaben über auf Ratinkulturen zurückzuführende Massenerkrankungen. Zeitschr. f. Fleisch-u. Milchhyg. Jg. 32, H. 12, S. 149—150. 1922.

Bei genauer Durchsicht der Arbeit von Willführ und Wendtland (S. dies. Zeitschr. 1, 311) ergibt sich, daß die von ihnen beschriebenen Erkrankungen nicht durch Ratinkulturen, sondern durch Rattentyphuskulturen hervorgerufen waren. Vielleicht stammten diese von frisch aus menschlichen oder tierischen Fleischvergiftungsfällen isolierten Bacillen, sie müßten dann von vornherein als sehr gefährlich bezeichnet werden, im Gegensatz zu den Ratinkulturen, die seit vielen Jahren ausschließlich durch Ratten geschickt werden. *Emmerich (Kiel).*°

Plötzlicher Tod aus innerer Ursache.

Ramond, Louis, E. Baudouin et Y. Bertrand: Un cas de rupture spontanée du cœur à évolution lente. Étude anatomo-pathologique macroscopique et microscopique. (Fall von Spontanzerreißung des Herzens langsamen Verlaufs. Makro- und mikroskopische pathologisch-anatomische Studie). Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 38, Nr. 14, S. 705—707. 1922.

Verff. berichten über die anatomische Untersuchung eines Falles von Herzriß aus natürlicher Ursache mit langsamer Entwicklung, entstanden wie meistens infolge Erweichung der blutleeren Herzwand nach Verlegung der Kranzarterie. Sie unterscheiden dabei den ersten schmerzhaften Anfall, verursacht durch die Gefäßverlegung, dem zweitens nach einem Zwischenraum von 10 Tagen der tödliche Riß infolge Entartung der Herzwand folgt. *Giese (Jena).*

Kindesmord.

Schwartz, Ph.: Die traumatische Geburtsschädigung des Gehirns. (*Senckenberg. pathol. Inst., Univ. Frankfurt a. M.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 69, Nr. 30, S. 1110—1112. 1922.

Schwartz hat schon im Vorjahre in der Zeitschr. f. Kinderheilk. 31 auf das häufige Vorkommen von Geburtsschädigungen am kindlichen Gehirn aufmerksam gemacht. Er gibt jetzt eine Schilderung der makroskopischen und mikroskopischen Befunde, von welchen erstere für den Gerichtsarzt besonders wichtig sind, während die mikroskopisch zu erweisenden Schädigungen und die Reparationsvorgänge meist Kinder von Wochen und Monaten betreffen und hinsichtlich der Erklärung des Todes nicht relevant sind. Was die Kliniker als Asphyxie oder Lebensschwäche Neugeborener bezeichnen, ist nicht selten als traumatische Hirnschädigung aufzufassen, welche bei frühgeborenen Kindern in Form von ausgedehnten pialen Blutungen, Blutungssträngen an Stelle der Vena terminalis mit oder ohne Ventrikelblutung einen auffallenden makroskopischen Befund ergibt, während es sich bei ausgetragenen Kindern meist um kleine Blutungsherde handelt. Aus diesen Blutungen kommt es bei überlebenden Kindern zu Pigmentierungen, zu Erweichungsherden als kreideweiße Fleckchen zu den Seiten der Ventrikel innerhalb der durchsichtigen Hirnsubstanz, die schon seit Virchow bekannt sind. Die traumatische Hirnschädigung schont keinen Teil des Gehirns, sie führt, wie die histologischen Untersuchungen zeigen, zu Verlust der Ausläuferverbindungen an den Gliazellen, Fettkörnchen in den Leibern der Zellen, Strukturverlust der Kerne, zu Zerfall der Achsenzylinder usw., welchen Veränderungen nach 1—2 Wochen stürmische Regenerationsvorgänge folgen. (S. dies. Zeitschr. 1, 61.)

Haberda (Wien).

Gerichtliche Geburtshilfe.

Sankott, Alfons M.: Über merkwürdige Befunde an äußeren weiblichen Genitalien nebst Bemerkungen über die „Verdopplung“ des Lab. min. (*2. anat. Inst., Univ. Wien.*) Beitr. z. gerichtl. Med. Bd. 4, S. 94—103. 1922.

Zwei interessante Fälle von Faltenbildung im Sulcus interlabialis und Durchlöcherungen des Labium minus werden ausführlich beschrieben und abgebildet.

Haberda (Wien).

● **Abderhalden, Emil:** Die Abderhaldensche Reaktion. Ein Beitrag zur Kenntnis von Substraten mit zellspezifischem Bau und der auf diese eingestellten Fermente und zur Methodik des Nachweises von auf Proteine und ihre Abkömmlinge zusammengesetzter Natur eingestellten Fermenten. 5. Aufl. d. „Abwehrfermente“. Berlin: Julius Springer 1922. XXI, 356 S. u. 1 Taf.

In eingehender, klarer Weise stellt Abderhalden die theoretischen Grundlagen und die Methodik seiner Reaktion dar, durch die das Auftreten von „Abwehrfermenten“ im Blut bei den verschiedensten Zuständen nachgewiesen werden kann, deren Anwendung für die Diagnose der Schwangerschaft am meisten Verbreitung gefunden hat. Daß die Methodik nicht einfach ist und die Reaktion nur bei Beachtung aller Vorschriften einwandfreie Resultate liefert, geht aus A.s eigener Darstellung hervor. Wer sie richtig anwenden will, findet in diesem Buch alles Notwendige.

G. Strassmann (Wien).

Tramontano-Guerritore, Giovanni: Un nuovo segno di gravidanza: Velocità di sedimentazione delle emazie. (Ein neues Schwangerschaftszeichen: Sedimentierungsgeschwindigkeit der Erythrocyten.) (*Clin. ostetr.-ginecol., univ., Siena.*) *Fol. gynaecol.* Bd. 15, H. 2, S. 167—195. 1922.

Verf. konnte bei seinen Sedimentierungsversuchen mit Blut von Schwangeren aus den verschiedensten Monaten folgende, schon von anderen Autoren erhobene Befunde bestätigen: 1. Das Symptom von *Fahræus* ist vom 3. Schwangerschaftsmonat konstant, kommt aber auch bei Tuberkulose, Carcinom und fieberhaften Zuständen vor. 2. Die raschere Sedimentierung wird bedingt durch die Abnahme der

negativen elektrischen Ladung der Erythrocyten. 3. Der Hauptfaktor bei der Agglutination ist ein positiv geladenes Agglutinin, das die Erythrocyten zum Teil entlädet. 4. Im defibrinierten Blute ist die Sedimentierung außerordentlich verlangsamt. Diesen Beobachtungen konnte er noch eigene hinzufügen und zwar: 1. Die Geschwindigkeit der Sedimentierung ist umgekehrt proportional der Zahl der Erythrocyten. 2. Höhere Temperaturen bis zu 40° wirken beschleunigend auf die *Fahraeussche* Probe, weshalb Autor die Reaktion in der 1. Stunde im Thermostaten vornimmt. 3. Parallel mit der Zunahme der Sedimentierungsgeschwindigkeit geht eine Zunahme der Lipoide. 4. Die elektrische Ladung der Erythrocyten ist nicht in allen Fällen von Sedimentierungsbeschleunigung vermindert. 5. Injektion von Placenta und Leberbrei beschleunigen beim Kaninchen die Sedimentierung. 6. Kolloidales elektropositives geladenes Eisenhydroxyd präcipitiert in physiologischer Kochsalzlösung suspendierte Erythrocyten. Verf. kann keine alle diese Beobachtungen restlos klärende Ursache angeben.

Kolisch (Wien).°°

Ballantyne, J. W. and F. J. Browne: The problems of foetal post-maturity and prolongation of pregnancy. (Die Probleme der fötalen Überreife und der Verlängerung der Schwangerschaft.) *Journ. of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. empire* Bd. 29, Nr. 2, S. 177—238. 1922.

Die Beurteilung, ob ein Kind übertragen ist, gründet sich auf die Feststellung der Länge, des Gewichtes, des Verhaltens der Ossification, des Auftretens der Knochenkerne in verschiedenen Knochen, der leichten Abziehbarkeit der *Dura mater* vom Schädel beim Foet, unter Berücksichtigung des Aussehens von Placenta, Nabelschnur und Eihäuten. Daß Kinder über die gewöhnliche Schwangerschaftsdauer getragen werden können, ist unzweifelhaft. Die Gründe für diese Übertragung sind nicht sicher festzustellen. Eine obere Schwangerschaftsgrenze läßt sich nicht fixieren, doch ist, je größer die Abweichung von der Norm ist, eine um so genauere Nachforschung nötig. Für die klinische Diagnose ist am wichtigsten die Bestimmung der Uterusgröße; die Feststellung der Dauer der ausgebliebenen Menstruation ist weniger verläßlich. Reiche, besonders amerikanische, Literaturangaben. *G. Strassmann* (Berlin).

Schweitzer, Bernhard: Zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung wegen Lungen- und Kehlkopftuberkulose. (*Frauenklin., Univ. Leipzig.*) *Münch. med. Wochenschr.* Jg. 69, Nr. 7, S. 223—226. 1922.

Nicht jede Tuberkulose wird durch Schwangerschaft ungünstig beeinflusst, die ausgeheilte regt sich auch in der Schwangerschaft so gut wie niemals. In nicht gut ausgeheilten Fällen muß aber mit der Möglichkeit einer ungünstigen, ja gefährlichen Beeinflussung gerechnet werden. Von Unterbrechung der Schwangerschaft dürfen wir im allgemeinen keine Heilwirkung auf die Lungentuberkulose erwarten. Häufig würde auch ohne das Eintreten einer Schwangerschaft der schlechte Ausgang unaufhaltsam näherrücken, oft auch würde wiederum der Prozeß einer spontanen Besserung zugänglich sein trotz und in seltenen Fällen sogar wegen der Schwangerschaft. Das Ergebnis der Schwangerschaftsunterbrechung bei Tuberkulösen in der Leipziger Klinik war, daß sich in 54% der Fälle die Tuberkulose auch nach der künstlichen Unterbrechung weiterhin verschlechterte, in 20% stationär blieb und in 26% Besserung zeigte. Je später in der Schwangerschaft die Unterbrechung erfolgt war, desto geringer war die Aussicht auf Erfolg, ebenso je weiter vorgeschritten die Tuberkulose war. Von den Gestorbenen war bei 32% der Tod schon innerhalb eines Vierteljahres nach der Unterbrechung eingetreten, bei im ganzen 38% innerhalb eines Jahres. Größerer Blutverlust scheint besonders gefährlich zu sein. Sehr häufig schließt sich, auch wenn man die Miliartuberkulose ausnimmt, an die vollendete Fehl- oder Frühgeburt Fieber und rapider Verfall an. Die Fälle von spontaner Frühgeburt bei Tuberkulose sind nicht günstiger verlaufen als die mit künstlicher Unterbrechung. Die Ergebnisse der konservativ-abwartenden Behandlung fielen im allgemeinen besser aus als die der künstlichen Unterbrechung. Fast vollkommen aussichtslos erwiesen sich die mit Kehlkopftuberkulose kombinierten

Fälle. Schweitzer kommt nach seinen Erfahrungen zu einer weitgehenden Ablehnung der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung bei Tuberkulösen. Die Verantwortung, eine Unterbrechung abzulehnen, scheint ihm keineswegs größer, als dieselbe für berechtigt anzusehen. Die Heilstättenbehandlung ist die wichtigste Forderung in der Frage der Fürsorge tuberkulöser Schwangerer und Wöchnerinnen. Auch das Anlegen eines künstlichen Pneumothorax muß in geeigneten Fällen versucht werden. Die dauernde Sterilisierung nach der Unterbrechung soll nicht grundsätzlich angestrebt werden, wohl aber die temporäre Sterilisierung. Vor vollkommener Abheilung der Tuberkulose muß Gravidität verhütet werden. In aussichtslosen Fällen hat auch die Sterilisierung keine Berechtigung mehr. Unter diesen Einschränkungen ist bei Mehrgebärenden mit lebendem Nachwuchs gegen Dauersterilisierung nichts einzuwenden. Temporäre Sterilisierung ist am Platz vor allem bei heilbarer Tuberkulose nach einer Unterbrechung mit Rücksicht auf die spätere Nachkommenschaft. Durch die Möglichkeit der Wiederherstellung der Fruchtbarkeit wird das Abschreckende dieser Operation beseitigt. Daß Mißerfolge bei der zeitlichen Sterilisierung vorkommen, darf ihre Anwendung nicht verbieten.

Scherer (Magdeburg).

Stursberg, H.: Schwangerschaftsunterbrechung wegen Rückfallsgefahr bei endemischer Encephalitis. Münch. med. Wochenschr. Jg. 69, Nr. 30, S. 1113—1115. 1922.

Die endemische Encephalitis ist eine tückische Krankheit, hinterläßt nicht selten Störungen, führt zu Rückfällen, die durch Überanstrengung, unzweckmäßige Lebensweise, auch durch Schwangerschaft veranlaßt werden. Wegen eines Rückfalles nach Encephalitis wurde bei einer schwangeren Frau das Schwangerschaftsprodukt beseitigt, worauf es zu Besserung des Allgemeinbefindens, Schwinden der Temperatursteigerung und der Kopfschmerzen kam.

Haberda (Wien).

Richter, Sölve: Einige Erfahrungen über kriminelle Aborte. (*Allg. Gebärh., Stockholm.*) Svenska läkartidningen Jg. 19, Nr. 29, S. 607—610. 1922. (Schwedisch.)

In einem halben Jahre wurden 107 Frauen — 51 unverheiratete, 6 Witwen, 50 verheiratete — wegen fieberhaften Aborts aufgenommen. Von den Unverheirateten waren 40 Erstgebärende, 11 Mehrgebärende; von den Verheirateten waren alle Multiparae. 33 Unverheiratete hatten fremde Hilfe in Anspruch genommen, 24 selbst die Abtreibung ausgeführt. Von den Verheirateten hatten nur 6 die Manipulation von dritter Seite ausführen lassen, alle übrigen, auch die Witwen, den Eingriff selbst vollzogen. Innere Mittel sind nur in wenigen Fällen, stets ohne Erfolg, verwandt worden; von den mechanischen Mitteln ist das gewöhnlichste das Gummibougie; daneben erfreut sich auch die „Gebärmutterspritze“ der Beliebtheit (mit langer Metallspitze). Als Injektionsflüssigkeit wurden Seifenlösung, Kaliumpermanganat und ähnliches angewandt. Die gewerbsmäßigen Abtreiberinnen bevorzugen die Spritzen. Die Häufigkeit der Abtreibung bei Verheirateten muß ebenso frappieren wie die Grundlosigkeit, mit der vielfach der Abort ausgeführt wird. In den meisten Fällen gaben die Patienten auf eindringliches Befragen den Grund an.

H. Scholz (Königsberg).

Voron et Longy: Corps étranger intra-peritonéal après une tentative d'avortement criminel. (Ein Fremdkörper im Bauchraume nach versuchter krimineller Fruchtabtreibung.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 10, Nr. 8, S. 649—650. 1921.

Eine Frau führte sich 6 Wochen nach der letzten Menstruation einen schwarzen halbweichen Katheter in die Gebärmutter ein und machte sich eine Einspritzung mit Seifenwasser. Am Tage darauf suchte sie wegen Schmerzen das Spital auf, wo man die Gebärmutter entleerte und keine Verletzung in dieser fühlte. Trotzdem deckte die Autopsie im Bauchraume den Katheter auf, der die vordere Wand der Gebärmutter und die Blase perforiert hatte. *Haberda.*

Michel, G. et Morin: Un cas de mort subite au cours de manœuvres abortives. (Plötzlicher Tod bei versuchter Fruchtabtreibung.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 10, Nr. 8, S. 702—704. 1921.

Eine Kriegswitwe, Mutter von 6 Kindern, kauft sich, nachdem die fällige Menstruation 14 Tage ausgeblieben war, einen Irrigator und einen doppelläufigen Katheter,

um sich Seifenwasser zum Zwecke der Fruchtabtreibung einzuspritzen. Nach einer reichlichen Mahlzeit versucht sie in Anwesenheit ihres Liebhabers dreimal den Katheter einzuführen, wobei sie am Rande eines Stuhles sitzt. Auf einmal schreit sie auf, lallt einige Worte und stirbt. Der Irrigator war angeblich noch gar nicht in Gebrauch gekommen. Die Leichenöffnung ergibt ein völlig negatives Resultat, kein Zeichen einer vorgenommenen Einspritzung. Der Autor nimmt Schocktod im Verdauungszustand, ausgelöst vom Uterus, an und warnt die Ärzte vor Sondierungen des Uterus bald nach einer Mahlzeit. Auf Luftembolie ist nicht untersucht worden. *Haberda.*

Gregersen: Bemerkungen zu zwei Fällen plötzlichen Todes beim Versuch der Fruchtabtreibung. Hospitalstidende Jg. 65, Nr. 21, S. 51—54. 1922. (Dänisch.)

In 2 Fällen von Abtreibung durch Einspritzung von Flüssigkeit in den Uterus (einmal vermutlich Lysollösung, das anderemal Seifenwasser) erfolgte ein fast augenblicklicher Tod. Bei der Obduktion der Leichen (eine wurde exhumiert) konnte eine sichere Todesursache nicht festgestellt werden. Von den am meisten in Frage kommenden Möglichkeiten Embolie und Schock glaubt der Autor die letzte als wahrscheinlich annehmen zu müssen. Auf verschiedene Diskussionsbemerkungen erwiderte der Verf., daß klinische Zeichen von Luftembolie — Cyanose, Atemnot — nicht gesehen wurden; auch die Möglichkeit der Vergiftung ist nicht naheliegend, da weder Seifenwasser noch dünne Lysollösung toxische Effekte in so kurzer Zeit auszulösen imstande sein könnten. Die verwendeten Spritzen hatten keinen Gummiballon, der einen schädlichen Überdruck erzeugen konnte. Am berechtigtesten erscheint die Annahme einer plötzlichen und unzweckmäßig ausgeführten Einspritzung als auslösenden Moments für den tödlichen Schock. *Scholz (Königsberg).*

Ignătescu, Con: Intrauteriner Fremdkörper. (*Soc. de urol. ginecol. si obstetr.* 28. XII. 1921.) Spitalul Jg. 4, Nr. 3, S. 91—92. 1922. (Rumänisch.)

Eine Hebamme führte einer Frau zu Abtreibungszwecken eine Gänsefeder in den Uterus ein; das Ende desselben ragte in die Scheide vor und wurde mit Watte umwickelt. Nach 24 Stunden sollte sich die Frau die Feder selbst entfernen, fand sie aber nicht mehr. 3 Tage später Blutung und Schüttelfrost. Verf. entfernte den Fremdkörper leicht. *K. Wohlgemuth.*

Reeb: Grosse extra-utérine rupturée ou péritonite après tentative d'avortement criminel? (Geplatzte extrauterine Schwangerschaft oder Bauchfellentzündung nach versuchter Fruchtabtreibung.)? Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 11, Nr. 1, S. 47—52. 1922.

Eine Frau hatte sich mittels einer Spritze eine warme Alaunlösung eingespritzt und erkrankte alsbald unter Leibschmerz. Reeb fand sie mit kleinem frequenten Puls und Seitendämpfung des Abdomens bei solcher Blässe vor, daß er, nachdem er die Frau 2 Tage vorher gesund gesehen hatte, an eine geplatzte Eileiterschwangerschaft denken mußte, doch sprach die Spannung der Bauchmuskeln für Entzündung des Bauchfells. Letztere Diagnose wurde durch die Laparotomie bestätigt. Es bestand Schwangerschaft nicht, doch hatten die Ehegatten eine solche vermutet. R. wendet sich gegen den freien Verkauf der bekannten kleinen Ballonspritzen mit langem Ansatz, welche ausschließlich zur Fruchtabtreibung dienen. In der Diskussion schlossen sich ihm die Redner an, es kam auch eine Resolution zustande, in welcher das Verbot dieser Spritzen begehrt wird. *Haberda (Wien).*

Gallina, G.: Perforazione dell'utero da maneggi abortivi. Candeletta perduta in cavità addominale e prolasso dell'omento in vagina. Laparotomia. Guarigione. (Durchbohrung der Gebärmutter bei Abtreibungsversuch mit Zurücklassen der Sonde im Bauchraum. Vorfalldes Netzes in die Scheide. Heilung durch Bauchschnitt.) Arte ostetr. Jg. 36, Nr. 5, S. 47—51. 1922.

Eine junge Frau, die schon einmal geboren hatte, hielt sich für schwanger und ließ sich von einer anderen Frau, die nur den Finger zur Leitung benützte, eine Sonde einführen, welche im Leib der jungen Frau verschwand. Die Scheide wurde tamponiert, nach 2 Tagen wurde ein Arzt gerufen, der den Uterus auskratzte und dabei ein Stück Netz vorzog, das er abschnitt. Der zu Hilfe gerufene Autor machte Laparotomie, fand ein 3 cm langes Loch im nichtschwangeren Uterus und im Vorderblatt des Lig. latum; räumte einige Blutgerinnsel aus und entdeckte hinter den Darmschlingen auf der Wirbelsäule die 25 cm lange Sonde. Es kam zu glatter Heilung. *Haberda (Wien).*

Stoeckel, W.: Uterusperforation mit schwerer Verletzung der Adnexe. (*Univ.-Frauenklin., Kiel.*) Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 46, Nr. 35, S. 1410—1413. 1922.

Eine 37jährige IV-Gebärende glaubt ein halbes Jahr nach der letzten normalen Geburt wieder schwanger zu sein, was aber von einem konsultierten Gynäkologen verneint wurde. 10 Tage vor Klinikaufnahme wässeriger Ausfluß; vom Arzt angeblich sofort mit Diagnose „Fleischmole“ nach Tamponade in die Klinik geschickt. Nach Entfernen des Tampons ragt aus dem äußeren Muttermund ein 2 cm langer, fleischiger Lappen heraus. Uterus nicht vergrößert. Das Gewebstück wurde mit der Abortzange gefaßt, folgte aber dem Zuge nicht und wurde daher abgekniffen. Da die nun vorgenommene digitale Austastung des Uterus in der rechten Tubenecke Gewebsetzen fühlen ließ, Ausschabung mit großer Curette. Die danach nochmals vorgenommene Austastung ergab eine große Perforationsöffnung in der rechten Tubenecke. Zunächst mußte angenommen werden, daß der curettierende Arzt diese Perforation gemacht hatte; die sofortige Untersuchung des zuerst entfernten Gewebstücks (der angeblichen Fleischmole) zeigte aber, daß es sich um ein Stück Tube handelte; damit war festgestellt, daß die Uterusperforation schon vor der Einlieferung in die Klinik stattgefunden haben mußte. Die Laparotomie ließ ein für 2 Finger durchgängiges Loch an der Uterushinterwand erkennen, dessen Ränder ältere Granulationen zeigten; die Perforation war also nicht ganz frisch. Die rechten Adnexe und das Lig. latum waren zerfetzt. Totalexstirpation unter Zurücklassung der linken Adnexe; Heilung. — Später stellte sich heraus, daß die Frau vorher bei einer Hebamme und mehreren Ärzten gewesen war; ganz aufgeklärt worden ist der Fall nie. Wahrscheinlich hat ein Arzt mit einem zangenartigen Instrument den Uterus durchbohrt, die rechte Adnexe gefaßt und durch die Perforationsöffnung in den Uterus heruntergezogen. Bei der ersten Austastung wurde die Perforationsstelle nicht gefühlt, weil die durch den Uterus herausgezogene Tube das Loch tamponierte. — Man sieht, wie leicht in solchen Fällen der Verdacht der Schuld auf Unschuldige fallen kann. K. Wohlgemuth (Berlin).

Baum, Hans: Uteruser schlaffung, Tubensondierung und Uterusperforation beim Curettement. (*Prov.-Lehranst. u. Frauenklin., Breslau.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 69, Nr. 31, S. 1152—1153. 1922.

Bei jeder Ausschabung des schwangeren oder puerperalen Uterus kann ein Wechsel im Tonus vorkommen, der zu einem geringen Grade von Erschlaffung des Uterus führen kann, wohl aber kaum zu einer so excessiven Erschlaffung, daß die Gebärmutter das Doppelte der ursprünglichen Länge erreicht und sich bei der darauffolgenden Kontraktion gleichsam auf der Cürette aufspießt. Eine Sondierung der Tuben, die eine Perforation des Uterus vortäuscht, mag vorkommen, ist aber gewiß extrem selten. Endloses Verschwinden von Sonde oder Cürette im Uterus, ohne auf Widerstand zu stoßen, ist als Perforation des Uterus aufzufassen. Jedem erfahrenen Operateur kann gelegentlich eine Uterusperforation passieren, sie heilt glatt, wenn man die Operation abbricht. Der Kunstfehler beginnt erst, wenn man ihre Diagnose nicht macht, die allerdings schwer sein kann. Es kommt eine besondere Weichheit der Wand des puerperalen Uterus vor, die besonders im Spätwochenbett eine Perforation verschulden kann. Der Autor berichtet über eine Perforation bei einer Ausschabung 6 Wochen nach der Geburt. Haberda (Wien).

Hasselrot, Sten: Fall von Uterusruptur in der Gravidität. (*Obstetr.-gynekol. Sekt., Stockholm, 29. X. 1920.*) Hygiea Bd. 84, H. 10, S. 418—419. 1922. (Schwedisch.)

Eine 32jährige Frau im 9. Monat der Gravidität erlitt beim Radfahren bergauffahrend einen plötzlichen Schmerz, konnte aber nach einiger Zeit ihren Weg zu Rad fortsetzen. Am Tage darauf bekam sie beim Heben eines wassergefüllten Gefäßes von ca. 20 Litern wiederum einen sehr heftigen Schmerz, bemerkte bald danach auch etwas Blutabgang aus der Scheide. 5 Tage später bekam sie, nachdem die Schmerzen dauernd in geringem Maße angehalten hatten, der Leib etwas gespannt und aufgetrieben war, stärkere Beschwerden und Fieber und wurde in die Gebäranstalt eingeliefert. Die Untersuchung ergab Schmerzhaftigkeit des stark gespannten Leibes, der nicht die Konfiguration des graviden Uterus hatte, vielmehr fand sich eine rundliche Vorwölbung nach rechts, der sich nach links eine etwas stärkere Resistenz anschloß, in der man kleine Teile eben fühlen konnte. Die innere Untersuchung ergab einen für einen Finger durchgängigen Cervicalkanal, in der Uterushöhle fühlte man weder Eihäute noch Kindsteile. Die Operation ergab, daß durch eine geborstene Stelle der Gebärmutter die Frucht mit den gesamten Eihäuten in den Bauchraum nach links ausgetreten war. Nach Eröffnung der Blase wurde der abgestorbene Foet herausgezogen. Der Uterus wurde auf gewöhnliche Weise supravaginal amputiert. Die mikroskopische Untersuchung ergab nichts Besonderes. Der Verlauf war günstig. H. Scholz (Königsberg).

Séjournet et Braine: Rupture d'un utérus à terme à la suite d'une injection d'extrait hypophysaire. (Ruptur eines Uterus am Ende der Gravidität infolge Injektion von Hypophysenextrakt.) *Gynécologie* Jg. 21, H. 5, S. 271—283. 1922.

31jähr. II.-P. mit normalem Becken, mittelgroßes Kind in II.-Sch. L. Kopf eingetreten. Herztöne normal. Wehen mäßig; wegen Schwächerwerden wird 1 cem Hypophysenextrakt gegeben, worauf stürmische Wehen eintreten. Wegen Gefahr fürs Kind Zangenversuch, wobei die Zange abgleitet, unmittelbar darauf wird eine Ruptur konstatiert und die Totalexstirpation vorgenommen. Die Frau wird nach 14 Tagen geheilt entlassen. Kontraindikation für die H-Injektion bestand keine, das Präparat war bester Beschaffenheit, in der üblichen Dosis von 1 cem nicht zu viel — insbesondere nur 1 mal — gegeben. Im Augenblick der Einspritzung hatte die Frau seit 11 Stunden Wehen, der M.-M. war handtellergrößer, die Blase gesprungen, es war sekundäre Wehenschwäche vorhanden, also die Injektion wohl indiziert in dem Augenblick, wo der kindliche Puls Gefahr anzeigte. Der Versuch, zu beweisen, daß die Zangenoperation unmöglich schuld an der Ruptur haben könne, scheint dem Ref. nicht unbedingt geglückt, es erscheint merkwürdig, daß die Ruptur zwar wahrscheinlich vor der Anlegung der Zange stattgefunden haben soll, daß sie aber dabei nicht bemerkt wurde und dann die Zange abglitt, worauf die Ruptur durch Palpation von außen diagnostiziert wurde. Verf. meint schließlich, die Zangenoperation habe die ursprünglich inkomplette Ruptur in eine komplette verwandelt und überläßt es dem Leser, seine Schlüsse aus dem Fall zu ziehen.

Binz (München).^{oo}

Delmas, Paul: Mort rapide après un accouchement artificiel. (Rascher Tod nach künstlicher Entbindung.) *Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris* Jg. 10, Nr. 8, S. 686—687. 1921.

Eine Erstgeschwängerte wird nach vorzeitigem Blasensprung und verzögertem Geburtsverlauf wegen Gefährdung der Frucht mittels der Zange in Anästhesie leicht entbunden. Nach einer Stunde verfällt sie und ist eine halbe Stunde später tot. Die Leichenöffnung ergab eine seröse Perikarditis, auf welche der Tod zurückgeführt werden mußte.

Haberda (Wien).

Döderlein, A.: II. Anklage gegen eine Hebamme wegen fahrlässiger Tötung. *Münch. med. Wochenschr.* Jg. 69, Nr. 32, S. 1191. 1922.

Die Hebamme hat es versäumt, bei gesprungener Fruchtblase, vorgefallener Nabelschnur, die noch pulsierte, und nicht eingetretenem Kindeskopfe sofort einen Arzt zu rufen, der erst am nächsten Tage kam, ein enges Becken und Querlage der Frucht vorfand und die Frau nicht mehr entbinden konnte. Ihr Tod trat offenbar infolge Zerreißen des überdehnten Teiles der Gebärmutter ein. Die Hebamme hat sich gegen § 26 und § 9 der Dienstesweisung vergangen, sie hat durch ihr Verhalten den Tod des Kindes und der Mutter verschuldet.

Haberda (Wien).

Tekata, Giichiro: On the value of bones as diagnostic material of fetal age. (Diagnose des Foetusalters aus den Knochen.) (*Inst. f. forensic med., Chiba med. school, Chiba, Japan.*) *Folia anat. japon.* Bd. 1, H. 1, S. 63—68. 1922.

Messungen der Knochen von 23 japanischen Föten aus dem 4. Monat bis zum Neugeborenen (nach der Toldtschen Methode in Maschkas Handbuch der gerichtlichen Medizin Bd. III, S. 531—534. 1882 ausgeführt) und Gewichtsbestimmungen haben ergeben: Symmetrische Knochen einer Frucht haben fast immer gleiche Maße. Die Knochen wachsen verschieden rasch, die Röhrenknochen gewöhnlich rascher als die Schädelknochen, wobei aber unvermeidliche Fehler aus der ungenauen Altersbestimmung und den ungleichen Beziehungen zwischen Fläche und Gewicht im Spiele sind. Größenwachstum und Gewicht der Foetusknochen gehen nicht immer parallel. Das Gewicht ist wertvoller als das Maß. Die Form bestimmter Knochen macht sie ungeeignet zur Altersbestimmung, z. B. die Pars basil. des Occipitale, der Körper des Keilbeins, das Jochbein. Gliederknochen eignen sich besser als Schädelknochen zur Altersbestimmung. Das Material ist in Tabellen mitgeteilt, von denen die 9., die das Durchschnittsgewicht aller bestimmten Knochen des verwendeten Materials in völlig trockenem

Zustand ohne Knorpelteil wiedergibt, hier mitgeteilt sei. Es muß aber darauf hingewiesen werden, daß die Einzelwägungen desselben Knochens gleichen Alters bis zu fast 70% auseinanderweichen. Das Material umfaßt: 4. Monat 1, 6. Monat 1, 7. Monat und 8. Monat je 4, 10. Monat 3, Neugeborene 9 Fälle.

Durchschnittsgewichte der Fötalknochen in g.

Fötalmonate	Schädelknochen										Armknochen					Beinknochen			
	Occipitale			Frontale	Parietale	Squama tempor.	Maxillare	Mandibul.	Zygomat.	Sphenoid		Clavicula	Scapula	Humerus	Ulna	Radius	Femur	Tibia	Fibula
	Squam.	Basil.	Ex-occip.							Gr. Flügel	Körper								
IV.	8	2	—	7	5	2	4	5	2	—	—	3	5	8	3	—	9	6	2
VI.	92	16	21	102	137	20	28	38	17	28	13	15	33	65	30	23	127	84	19
VII.	93	20	26	89	124	27	27	37	14	31	17	17	31	62	27	22	123	75	16
VIII.	137	30	32	123	191	29	45	50	21	44	27	19	41	83	37	27	167	94	20
X.	376	61	65	263	468	—	95	112	39	95	—	60	143	200	91	64	450	272	57
Neugeborene	409	51	63	296	503	×65	84	105	42	89	□	—	—	—	—	—	—	—	—

× Mit Knorpel.

□ Körper mit kleinen Flügeln verwachsen.

P. Fraenckel (Berlin).

Pouget et Houel: Persistence de la vie de l'enfant après disparition des bruits du cœur et des battements funiculaires au cours du travail. (Fortbestehen des kindlichen Lebens nach Verschwinden der Herztöne und der Nabelschnurgeräusche im Verlaufe der Geburt.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 11, Nr. 3, S. 167—168. 1922.

Bericht über eine Geburt bei Schädellage ohne Nabelschnurvorfall, frühzeitigem Blasensprung und leichten eklampthischen Anfällen, bei der plötzlich die Herztöne nicht mehr zu hören waren. Bei hochstehendem Kopfe wurde Wendung auf den Fuß vorgenommen und nach etwa 20 Minuten vom Aufhören der Herztöne ein lebendes leicht asphyktisches Kind extrahiert. Verf. zieht daraus den Schluß, daß in solchen Fällen nicht sofort die Hoffnung auf ein lebendes Kind aufgegeben werden soll und ein operativer Eingriff oft noch gute Resultate zeigt.

Leisl (München).^{oo}

Schubert, Alfred: Die Ätiologie der Geburtslähmung. (Chirurg. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.) Zentralbl. f. Chirurg. Jg. 49, Nr. 11, S. 363—365. 1922.

Im Gegensatz zu Valentin und Weil nimmt Verf. an, daß die Geburtslähmung als eine zentrale Hemmungsmißbildung anzusehen ist, da sie wie kaum eine andere Deformität häufig mit anderen Mißbildungen kombiniert und auch vererbbar ist.

Scheele (Frankfurt a. M.).

Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

Reel, Philip J.: Congenital malformation of the female genitalia. (Kongenitale Mißbildung des weiblichen Genitales.) (Dep. of surg. a. gynecol., coll. of med. Ohio State univ., Columbus.) Americ. Journ. of Obstetr. a. Gynecol. Bd. 3, Nr. 6, S. 604 bis 606. 1922.

Bisher wurden ca. 400 Fälle der Aplasie des Uterus, der Vagina — meist auch der Tuben — beschrieben. Pseudovaginale, kurze Einstülpungen meist vorhanden. 22 Jahre alte Frau, Körperbau und äußeres Genitale vollweiblich. Amenorrhöe, monatliche Schmerzen im rechten Unterbauche und in den Brüsten. Der kurze Vaginalblindsack am Grunde sehr empfindlich. Laparotomie erweist vollkommenes Fehlen des Uterus, der Vagina und linken Tube. Rechts 2 cm langes Tubenrudiment mit Fimbria; dicht anschließend ein distalwärts vorragender birnförmiger (7 cm) fibröser Tumor.

Greil (Innsbruck).^{oo}

Jackson, G. B.: Sterility in the female. (Weibliche Unfruchtbarkeit.) Journ. of the Indiana state med. assoc. Bd. 15, Nr. 7, S. 224—229. 1922.

Zusammenstellung bekannter Tatsachen. Erwähnenswert ist die Ansicht Reynolds, daß eine unzweckmäßige Ausübung des Coitus (keine Perversionen) starke Exzitationen bei der Frau ohne Orgasmus auslöst, die zu chronischen Kongestionen, exsudativen Veränderungen und sekundär zu Sterilität Veranlassung geben können.

Geppert (Hamburg).^{oo}

Mendel, Kurt: Die Wechseljahre des Mannes. (*Climacterium virile.*) Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 29, H. 7, S. 385—393. 1922.

Zusammenfassende Darstellung des von dem Verf. bekanntlich besonders eingehend studierten Leidens auf Grund der Literatur der letzten Jahre und neuer eigener Erfahrungen. Die Tatsächlichkeit des *Climacterium virile* ist danach anzuerkennen; der Beginn desselben kann nach den Erfahrungen des Verf. bereits im 45. Lebensjahr stattfinden. Mit Arteriosklerose haben die Beschwerden, die in demselben auftreten können, nichts zu tun. Die Beschwerden sind im wesentlichen psychischer Natur (Rührseligkeit, Depression), daneben können neurasthenieartige körperliche Beschwerden, objektive Veränderungen an den inneren Organen und vor allem sexuelle Störungen: Abnahme der Libido und Potenz, seltener Steigerung der Libido und Neigung zu Perversionen auftreten. Prognose der klimakterischen Beschwerden meist günstig. Die klimakterischen Störungen können auch eine forensische Bedeutung erlangen; bei Delikten von Männern im 5. oder 6. Lebensjahrzehnt kann wegen der Beeinflussung des Denkens und Handelns durch Störungen der Psyche verminderte Zurechnungsfähigkeit in Frage kommen, namentlich bei Sexualvergehen. *F. Stern* (Göttingen).

Crew, F. A. E.: A suggestion as to the cause of the aspermatic condition of the imperfectly descended testis. (Die Ursache der Azoospermie im retinierten Hoden.) (*Anim. breed. research dep., univ., Edinburg.*) Journ. of anat. Bd. 56, Pt. 2, S. 98—106. 1922.

Bei unvollkommenem Descensus des Hodens besteht fast immer Azoospermie, jedenfalls nach dem 30. Lebensjahre. Die Zwischenzellen des Hodens sind erhalten, auch die sekundären Geschlechtsmerkmale sind vorhanden. Je tiefer der Hoden herabgestiegen ist, desto regelmäßiger finden sich Spermatozoen. Wenn bei jungen Hunden die Hoden in die Bauchhöhle verlagert werden, entwickeln sie sich bis zur Pubertät zu normaler Größe, produzieren aber keine Spermatozoen. Wenn derselbe Versuch bei erwachsenen Hunden gemacht wird, atrophieren die Hoden. Diejenigen Säugetiere, bei denen der Hoden zur Brunstzeit im Scrotum liegt, sind außerhalb dieser Zeit azoosperm. Die Erklärung für diese Tatsache ist in dem Temperaturunterschiede zu finden, der zwischen der Bauchhöhle und der Tunica vaginalis des Hodens besteht. Die Temperatur ist im Scrotum niedriger als in der Bauchhöhle. Die Hüllen, in denen der Hoden liegt, sowie die Scrotalhaut, zeigen einen eigentümlichen Bau, sie sind frei von Fett, während bei Kastraten das Scrotum durch seinen Fettreichtum auffällt. White und Martin haben festgestellt, daß die Haut über dem ektopischen Hoden dieselben Charaktere zeigt wie die Scrotalhaut. Die Scrotalhaut reguliert die Temperatur des Hodensackes; wenn diese regulatorische Fähigkeit gestört ist wie bei verschiedenen Krankheiten, z. B. der Elephantiasis arabum, atrophiert der Hoden. Während die Eierstöcke ihr Temperaturoptimum in der Bauchhöhle finden, so der Hoden im Scrotum. Es ist eine Ausnahme, wenn ein retinierter Hoden lebende Spermatozoen erzeugt.

Frangenheim (Köln).

Magnanini, R.: Principi teorici ed applicazioni pratiche in tema d'impotenza causa di nullità di matrimonio. (Theorie und Praxis bezüglich der Impotenz als Ursache der Eheungültigkeit.) (*Ist. di med. leg., univ., Pavia.*) *Zacchia* Jg. 1, Nr. 5/6, S. 137—139. 1922.

Die Bestimmung des italienischen Gesetzes über die Eheungültigkeit (Art. 107) ist nicht durch die Beischlafsunfähigkeit, sondern durch die Zeugungsunfähigkeit erfüllt.

Haberda (Wien).

Nachmansohn, M.: Die Psychoanalyse eines Falles von Homosexualität. Internat. Zeitschr. f. Psychoanal. Jg. 8, H. 1, S. 45—64. 1922.

Ein evangelischer Dorfpfarrer von 30 Jahren, streng religiös, aus einer Pfarrersfamilie stammend, wird nach einer mehr als 2jährigen Behandlung von seiner sexuellen Perversität geheilt, heiratet und zeugt ein Kind. Ausführlich werden die Phasen seiner abnormen sexuellen Entwicklung und die auf sie zur Einwirkung gekommenen

Einflüsse geschildert. Bei erbter homosexueller Disposition, gepaart mit asketischem Masochismus, der sich schon im Gymnasium äußerte, und überstarker Impressionabilität kam es durch Verführung zu onanistischen Manipulationen mit Schlafkameraden zu voller Entwicklung der Homosexualität, wozu auch inzestuöse Bindung an Schwester und Mutter beitrug. Erst in der Analyse wird die heterosexuelle Disposition frei, die im Unbewußten stark entwickelt war.

Haberda (Wien).

Nardi, Giona: Di una rara sede di sifiloma iniziale. (Über einen seltenen Sitz desluetischen Primäraffekts.) (*Dispens. celt. govern., municip., Vicenza, Giorn. ital. malat. d. vener. e d. pelle* Bd. 63, H. 1, S. 58—62. 1922.

Nardi beschreibt einen Fall von sehr seltener Lokalisation einesluetischen Primäraffekts bei einem 23jährigen Landmann, der bei dem Versuch, zwei Streitende zu trennen, von einem derselben eine Bißwunde der behaarten Kopfhaut (an der Grenze zwischen Scheitel- und Schläfengegend linkerseits) davontrug. Nach 20 Tagen trat eine leichte knötchenförmige Verdickung auf, zu der sich später eine mehr oder weniger ausgesprochene indolente Drüsenanschwellung der entsprechenden Kopf- und Halsseite gesellte. Derluetische Primäraffekt, um den es sich handelte, hatte übrigens später nicht das gewöhnliche krustöse Aussehen, sondern erschien mehr wie eine Wunde oder ein cutanes Epitheliom. Die Seltenheit des Sitzes rechtfertigt die Veröffentlichung, denn Fournier fand unter mehr als 1000 Primäraffekten nur zweimal solche im Bereich des Capillitiums, und in der ganzen Literatur sind nur etwa 42 derartige Fälle bekannt, von denen nur zwei ziemlich genau dieselbe Lokalisation zeigen wie der vorliegende. Einige Tage nach der ersten intravenösen Injektion von Neojacol (30 cg) trat ein charakteristisches maculöses Exanthem am Unterleib auf, dem eine ganz leichte Herxheimersche Reaktion folgte.

Bernh. Solger (Neisse).

Weiler, Felix: Syphilis ohne Primäraffekt. (*Dermatol. Klin., Univ. Leipzig*.) *Dermatol. Wochenschr.* Bd. 75, Nr. 36, S. 880—883. 1922.

Patient hatte mit einer floridluetischen Frau (*Condylomata lata ad vulvam*) verkehrt und sich dabei das Frenulum eingerissen. Den Riß ätzte er gleich darauf mit konzentrierter Kal. permang.-Lösung. Patient wurde vom Verf. 8 Wochen hindurch beobachtet. Spirochäten wurden in der bald überhäuteten Rißwunde trotz mehrmaliger Untersuchung nicht gefunden (die Drüsenpunktion war allerdings nicht gemacht worden! Ref.), der Wassermann blieb negativ. Ein Primäraffekt an anderer Stelle konnte nicht gefunden werden. 11 Wochen nach dem Verkehr Roseola, Wassermann +.

Aus dieser Krankengeschichte wird geschlossen, daß „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ die Infektion an der beim Coitus entstandenen Rißverletzung erfolgt ist, daß durch die Desinfektion mit konzentrierter Kal. permang.-Lösung direkt nach der Infektion die Entstehung des Primäraffekts verhindert wurde und daß deshalb die positive WaR. wie auch das Exanthem mehrere Wochen verspätet auftraten.

Max Jessner (Breslau.)

Wolff, Werner: Zuchthausstrafe für Übertragung von Syphilis. *Fortschr. d. Med.* Jg. 40, Nr. 5, S. 126—127. 1922.

Ein 25jähriger Mechaniker wurde von der Strafkammer des Landgerichts Frankfurt a. M. zu einer Zuchthausstrafe von 18 Monaten verurteilt, weil er einen 8jährigen Jungen mit Syphilis infiziert hatte; das Kind hatte mit ihm in einem Bette geschlafen, unsittliche Handlungen waren aber nicht vorgekommen. Der Angeklagte hatte während des Krieges im Jahre 1915 die Krankheit erworben, war 1917 und 1918 wiederum wochenlang vom Spezialarzt behandelt und gab an, daß er von der Infektiösität seines Zustandes im Jahre 1920 nichts gewußt habe, bis er wegen einer neuerlichen Erkrankung in das Krankenhaus aufgenommen wurde. Das Gericht nahm als erwiesen an, daß der Grund des Zusammenschlafens nicht im Wohnungsmangel oder im Fehlen einer sonstigen Lagerstätte gelegen, sondern sicher nur geschlechtlicher Natur gewesen sei; der Beschuldigte habe infolge der vorangegangenen Kuren von der Ansteckungsfähigkeit genaue Kenntnis haben müssen und habe deshalb vorsätzlich gehandelt. Übrigens hatte der Angeklagte trotz seines Leidens geheiratet.

Ferdinand Winkler (Wien).

Mozer, Marius et Gérard Mozer: Sur la valeur comparative des différentes dystrophies dentaires comme signes de certitude de la syphilis héréditaire. (Verwertung der verschiedenen Zahnmißbildungen als sichere kongenital syphilitische Zeichen.) *Journ. de méd. de Paris* Jg. 41, Nr. 16, S. 313—316. 1922.

Nur der typische Hutchinsonsche Zahn, der schraubenzieherartige Zahn und die „Hutchinsonsche Zahnmißbildung beim 6jährigen Kinde“ (zirkuläre Furche auf der Krone 1—2 mm unterhalb des freien Randes) sind verwertbar. Die übrigen Dystrophien kommen auch bei Nichtsyphilitikern häufig vor.

Tachau.

Kunstfehler. Ärzterecht.

Döderlein, A.: Strafverfahren gegen zwei Ärzte wegen fahrlässiger Tötung. Münch. med. Wochenschr. Jg. 69, Nr. 30, S. 1116—1117. 1922.

Zwei Ärzte wurden der Fahrlässigkeit bezichtigt, weil die Frau, an welcher sie wegen Lungentuberkulose berechtigterweise Abortus eingeleitet hatten, einige Tage darauf verstarb. Da eine Sektion nicht vorgenommen worden war, konnte Miliartuberkulose oder Sepsis vorliegen. Döderlein nimmt Sepsis an und führt aus, daß weder das Vorgehen der Ärzte — Erweiterung des Halskanales mittelst Laminariastiftes mit nachfolgender Tamponade und schließliche Ausräumung mit der Curette — noch die hierbei erfolgte Infektion auf ein fahrlässiges Vorgehen schließen lassen, letztere sei ein nicht immer vermeidbarer Unglücksfall. Er selbst verwendet die Einlegung von Laminariastiften wegen der damit verbundenen Gefahren allerdings nicht mehr, wohl aber andere Gynäkologen, die beschuldigten Ärzte haben also nicht gegen anerkannte ärztliche Regeln verstoßen.

Haberda (Wien).

Herxheimer, Hans: Röntgenschädigung der Haut nach Anwendung ungefilterter Strahlung. Ein Beitrag aus der Praxis. Strahlentherapie Bd. 14, H. 1, S. 163—164. 1922.

Zwei Patienten (eine mit chronischem Ekzem der Hände, einer mit chronischem Ekzem der Analgegend) wurden mit gleicher Apparatur und gleicher Technik bestrahlt. Bei dem einen Fall (Hände) traten nach der 2. Bestrahlung Rötung und Schwellung der bestrahlten Partien auf, die nur langsam zurückgingen und eine langdauernde Pigmentierung hinterließen. Der andere Fall (Analekzem) vertrug, trotzdem er 3 mal bestrahlt wurde, die Bestrahlung völlig reaktionslos. — In dem 1. Fall wird eine „auffallende Empfindlichkeit“ angenommen.

Max Jessner (Breslau).

Milian, G.: Les injections sous-cutanées d'arsénobenzol exposent aux mêmes accidents que les injections intraveineuses. (Bei subcutanen Injektionen von Salvarsan kommt es zu denselben Nebenerscheinungen wie bei intravenösen.) Rev. internat. de méd. et de chirurg. Jg. 33, Nr. 3, S. 27—32. 1922.

Milian, G.: Les injections sous-cutanées d'arsénobenzol exposent aux mêmes accidents que les injections intraveineuses. (Subcutane Injektionen von Salvarsan können dieselben üblen Zufälle hervorrufen wie intravenöse Injektionen.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 38, Nr. 4, S. 232—242. 1922.

Der Vortragende wendet sich gegen die häufig vertretene Ansicht, daß subcutane Injektionen von Salvarsan sicher vor üblen Zufällen schützten. Er zeigt an der Hand von je einem Falle das Auftreten schwersten angioneurotischen Symptomenkomplexes, einer Hirnswellung mit tödlichem Ausgang und einer Dermatitis mit folgendem Exitus nach kleinsten subcutanen Salvarsangaben. Das Auftreten übler Zufälle ist nicht an die Höhe der Dosis und die Art des einverleibten Salvarsans, sondern an das betreffende Individuum selbst gebunden.

In der Diskussion zu diesem Vortrag betont Boidin, daß bei subcutaner Injektion dieselben Erscheinungen wie bei intravenöser auftreten können, aber meist wurde die subcutane Injektion besser als die intravenöse vertragen. André Lévi injiziert das Neosalvarsan in einer Novocainlösung und weist darauf hin, daß die Novocainlösung jedesmal frisch zubereitet werden muß, damit die Injektion nicht schmerzhaft ist.

Erich Schmidt.

Warren, S. L. and G. H. Whipple: Roentgen ray intoxication. II. A study of the sequence of clinical, anatomical, and histological changes following a unit dose of X-rays. (Über Röntgenschädigung. II. Klinische, anatomische und histologische Veränderungen nach bestimmten Einheitsdosen.) (*George Williams Hooper found. j. med. research, univ. of California med. school, San Francisco.*) Journ. of exp. med. Bd. 35, Nr. 2, S. 203—211. 1922.

Weitere Untersuchungen über klinische und anatomische Einzelheiten während des Verlaufs einer Intoxikation nach Röntgenbestrahlung des Abdomens mit tödlichen Dosen ergeben in den ersten 24 Stunden bei klinisch und anatomisch negativem Befund histologisch das Überwiegen von Kernveränderungen an den Zellen des Knochen-

marks, der Milz, der Lymphdrüsen, der Ovarien und des Dünndarmepithels. In den nächsten 24 Stunden klinisch Erbrechen und Durchfälle, anatomisch Eechyosen an der Schleimhaut des Dünndarms, histologisch fast vollständige Nekrose am Epithel der Krypten bei Intaktsein der Zottenepithelien, von geringem Ödem und Leukocyteninfiltration abgesehen. In den dritten 24 Stunden häufigeres Erbrechen und blutige Stühle, hochgradigste Entzündung der Schleimhaut des gesamten Dünndarms vom Pylorus bis zur Bauhinschen Klappe, Schwund der Epithelien, Bloßlegung der Mucosa. Die durch die Sektion nach dem in der Regel am 4. Tage erfolgten Tode erhobenen Befunde entsprechen denen des vorhergehenden Tages; auch am Dickdarm können leichte ähnliche Veränderungen nachzuweisen sein. *Kautz.*

Warren, S. L. and G. H. Whipple: Roentgen ray intoxication. I. Unit dose over thorax negative — over abdomen lethal. Epithelium of small intestine sensitive to X-rays. (Über Röntgenschädigung. I. Bestimmte Einheitsdosis für den Thorax harmlos, für das Abdomen tödlich. Die Radiosensibilität des Dünndarmepithels.) (*George Williams Hooper found. f. med. research, univ. of California med. school, San Francisco.*) Journ. of exp. med. Bd. 35, Nr. 2, S. 187—202. 1922.

Intensivbestrahlung des Thorax mit großen Dosen (über 512 Milliampèreminuten bei Filterung mit 2 mm Al.) unter Abdeckung des Abdomens führt bei normalen Hunden nicht zu Vergiftungserscheinungen. Wohl können vorübergehende Leukopenie und geringe Abnahme des Harnstickstoffs eintreten. Dagegen erzeugt die Bestrahlung des Abdomens unter Abdeckung des Thorax bei Dosen über 350 M.A.M. stets eine tödliche Intoxikation. Bei kleineren Dosen kann das Tier unter Zeichen gastrointestinaler Störungen überleben. Das klinische und anatomische Bild der Intoxikation ist durchaus einheitlich. Nach einer Latenz von 24—36 Stunden treten Durchfall und Erbrechen auf, am 3. und 4. Tag blutige Stühle und komatöser Zustand, am 4. Tag nach der Bestrahlung erfolgt meist der Tod. Die schwersten Veränderungen betreffen die Dünndarmepithelien der Krypten und Zotten, wo mehr oder weniger vollständige Nekrose und vereinzelte Mitosen als Ausdruck der Reparation und Regeneration angetroffen werden. Verff. sehen in den schweren Dünndarmveränderungen die Ursache der verschiedenen abnormen Reaktionen und der tödlichen Intoxikation. *Kautz (Hamburg).*

Fischer, Bernh.: Über Bestrahlungsnekrosen des Darmes. (*Senckenberg. Pathol. Inst., Univ. Frankfurt a. M.*) Strahlentherapie Bd. 13, H. 2, S. 333—358. 1922.

In 3 vom Verf. anatomisch und histologisch untersuchten Fällen, in denen wegen maligner Tumoren Bestrahlungen des Abdomens vorgenommen waren, wiesen schon intra vitam schwere blutige Diarrhöen auf das Vorhandensein von Darmgeschwüren hin. Einmal fand sich, entsprechend einer ausgedehnten Röntgenbrandnarbe der Haut nach einer Verbrennung zweiten Grades eine Verwachsung zweier Darmschlingen mit der Bauchwand und ein tiefes kraterförmiges Geschwür von $2\frac{1}{2} \times 3$ cm mit zerklüftetem nekrotischen Grunde, im zweiten Falle neben einem vernarbenden zirkulären Darmgeschwür, 6 cm oberhalb des Anus, ein Kotabsceß mit Darmfistel im Mesokolon, der als Folge einer schweren Verbrennung der Darmschleimhaut aufgefaßt wurde, im dritten Falle eine Zerstörung der Schleimhaut des unteren Ileums in einer Ausdehnung von 30—40 cm mit fast völliger Nekrotisierung des morschen Gewebes. Die histologische Untersuchung ergab übereinstimmend Schwund der Schleimhaut, infiltrative Prozesse im Bindegewebe und die charakteristischen Veränderungen der Gefäße mit Intimawucherungen und Endarteriitis obliterans. Wenn auch eine Überdosierung besonders in dem ersten der drei Fälle mit heranzuziehen ist, so gehört doch die Darmschleimhaut zu den strahlenempfindlichsten Organen. *Holthusen (Hamburg).*

Heil: Ein Fall von hämorrhagischer Diathese nach Röntgenbestrahlung. Strahlentherapie Bd. 14, H. 1, S. 158—160. 1922.

Bei einer 40jährigen Patientin traten unregelmäßige Genitalblutungen auf, gegen die — da die Abrasio keinen besonderen Befund ergeben hatte — Röntgenbestrahlungen angewandt wurden. Es trat Amenorrhöe ein. Bald darauf bildete sich das Bild einer hämorrhagi-

schen Diathese aus (Haut-, Schleimhaut-, dann auch Genitalblutungen). Starke Verminderung der Blutplättchen.

Verf. ventiliert die Frage, ob in diesem Falle ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Röntgenamennorrhöe und der Purpura bestehen kann, bejaht sie und rät, bei Frauen, deren Anamnese Anhaltspunkte für eine „latente“ hämorrhagische Diathese bietet, mit der Röntgenbehandlung vorsichtig zu sein. *Max Jessner* (Breslau).

Hayem, Louis: Un cas de mort sous rachi-anesthésie. (Todesfall durch Rückenmarksanästhesie.) (*Soc. de chirurg. Marseille, 20. II. 1922.*) Marseille-méd. Jg. 59, Nr. 9, S. 453—459. 1922.

Verf. berichtet über einen Exitus knapp 10 Minuten nach Ausführung einer Rückenmarksanästhesie, wobei nach Punktion zwischen 3. und 4. Lumbalwirbel nach Ablassen von etwa 20 ccm Cerebrospinalflüssigkeit 1 ccm einer 5 proz. Allocainlösung eingespritzt wurde.

Der Patient war ein kräftiger Mensch in gutem Allgemeinzustand, der aber doch zur Campherdarreichung vor der Operation Veranlassung gab. Der Grund zu dem Unfall war nicht ersichtlich, wenn man ihn nicht in dem Präparat suchen will. Verf. will gleichwohl die Lumbalanästhesie auch weiterhin für alle größeren Eingriffe von einiger Dauer, besonders im Bauch angewendet wissen. In der Diskussion äußern sich Bonual, Vernejoul, Ferran, Gamel und Escat zu dem Thema, die alle auch von ähnlichen Beobachtungen berichten, wobei Gamel betont, daß es bei schockierten oder schwer infektiösen Kranken genüge, sie längere Zeit in sitzende Haltung zu bringen, um eine tödliche Synkope zu bekommen, besonders bei Lumbalpunktion. Escat konnte einmal einen Fall von Atemlähmung und tiefster Betäubung durch Lumbalanästhesie dadurch retten, daß er 0,005 Coffein intradural einspritzte. Um vorbeugend zu wirken, sucht er jetzt nach einer Lösung von Syncain, Coffein und Natr. benzoic. zur Lumbalanästhesie. Des weiteren ist er der Ansicht, daß das Cocain als solches für die Körperzellen weniger schädlich sei als das Novocain, Stovain und Syncain, und wieder anzuwenden sei, wenn es gelingt, mit ihm zugleich ein Antidot einzuspritzen.

Heinemann-Grüder (Berlin).

Leichenerscheinungen. Spurennachweis.

Puppe: Die neuen Vorschriften über das Verfahren der Gerichtsärzte bei gerichtlichen Untersuchungen menschlicher Leichen vom 31. Mai 1922. Zeitschr. f. Medizinalbeamte Jg. 35, Nr. 16, S. 467—479. 1922.

In einer kritischen Betrachtung bespricht Verf. die neuen Sektionsvorschriften, die in der Zeitschrift „Volkswohlfahrt“ (3. Jg., Nr. 12) als Beilage IV erschienen sind. Es wird insbesondere auf die nicht unwesentlichen Verbesserungen hingewiesen, die das neue preußische Regulativ aufweist. Der Hinweis auf die Notwendigkeit bakteriologischer Untersuchungen ist ebenso berechtigt wie solche erfahrungsgemäß meist illusorisch sind durch die bekannte „Ablagerung“ der gerichtlichen Leichen! Die Unterscheidung von Leichen- und Fäulnisveränderungen gegenüber entzündlichen Prozessen, ferner die Beurteilung von Nahschußverletzungen usw. wird gebührend hervorgehoben usw. Puppe bedauert aber mit Recht, daß die moderne Schädelsektion zum Nachweis von Falx- und Tentoriumrissen als Ursache kranieeller Blutungen bei den Neugeborenen keinen Eingang gefunden hat. Wenn auch mancherlei noch zu wünschen übrigbleibt, so dürfen wir P. doch darin beistimmen, daß das Regulativ in seiner neuen Gestalt einen wesentlichen Fortschritt bedeutet. (Vgl. dies. Zeitschr. 2, 88.)

H. Merkel (München).

Josué, O.: Technique des autopsies du faisceau auriculo-ventriculaire. Quelques constatations anatomiques. (Sektionstechnik des Atrioventrikularbündels. Einige anatomische Feststellungen.) Bull. de l'acad. de méd. Bd. 87, Nr. 21, S. 564 bis 567. 1922.

Da das genannte Bündel das Reizleitungssystem für die Herzkontaktion von den Vorhöfen bis zu den Ventrikeln darstellt, ist seine Prüfung auf anatomische Einzelheiten wichtig — auch für gerichtliche Sektionen.

Verf. geht von der Herzsektion nach Cornil aus, die wohl unserer sogenannten Virchow'schen Sektion entsprechen dürfte. Bei der Eröffnung der Aorta sieht man unter dem Winkel zwischen der halbmondförmigen hinteren und der rechten Aortenklappe deutlich in der Durchsicht das sog. Septum membranaceum, welches besonders stark bei Hypertrophie der Ventrikel hervortritt. Erscheint es vom linken Ventrikel aus als eine einzige ungeteilte Membran, so wird es bei der Betrachtung von dem durch Kantenschnitt eröffneten rechten Ventrikel aus, wo es ebenfalls infolge seiner Durchsichtigkeit deutlich auffällt, durch den Ansatz der Tricuspidalklappe in zwei Hälften geteilt. Josué trennt den hinteren viel größeren Teil, der als

durchsichtige Platte den linken Ventrikel vom rechten Herzohr trennt, während der untere und vordere Teil den linken Ventrikel vom rechten Ventrikel scheidet. Hält man das Herz von rechts oder links aus gegen das Licht, so ist dieses membranöse Septum (das in der Größe sowohl als Ganzes, wie in den durch den tricuspidalen Klappenansatz getrennten Hälften sehr schwankt; Ref.) außerordentlich leicht festzustellen. Es besteht aus fibrem Gewebe, beiderseits vom Endokard überzogen, es ist frei von Muskelfasern bis auf das Atrioventrikularbündel, welches innerhalb der Scheidewand verläuft; die letztere hat eine Fortsetzung nach oben, welche die beiden Vorhöfe trennt. Das Atrioventrikularbündel — im Anfang der Aschoff-Tawarasche Knoten genannt — liegt in seinem Anfangsteil neben dem Sinus coronarius. Es bildet einen 1—3 mm breiten, etwa 1 cm langen Muskelstrang von charakteristischer Struktur (embryonaler Bau, zylindrische Muskelzellen) und teilt sich dann in zwei Bündel, welche sich auf den rechten bzw. linken Ventrikel fortsetzen. Das Bündel dringt in die fibröse Scheidewand ein, verläuft hier bald in der ganzen Breite desselben, bald mehr im inneren Teil oder sogar dem oberen gebogenen Rand des Muskelwulstes an- oder aufliegend, aber immer von demselben durch eine bindegewebige Grenze getrennt. Schon bei der Besichtigung und bei der Prüfung der Durchsichtigkeit ist auf makroskopische Veränderungen z. B. syphilitische Gummata, atheromatöse Prozesse, ulceröse Endokarditis usw. zu achten. Schwieriger ist die histologische Untersuchung und die Entnahme des dazu benötigten Materials. Josué beschreibt sie folgendermaßen: (In den deutschen Veröffentlichungen von Aschoff, Tawara und Mönkeberg u. a. sind die diesbezüglichen Angaben leichter verständlich. Ref.) Man legt, wenn man das geöffnete Herz in die natürliche Lagerung in der Leiche bringt zunächst einen vertikalen etwa 2 cm langen Schnitt in die interaurikuläre Scheidewand bis vor die Einmündungsstelle der Kranzvene, ferner zwei zueinander parallele Schnitte, senkrecht zum ersten Schnitt, so daß die drei Schnitte ein nach rechts noch offenes Rechteck begrenzen, welches das membranöse Septum umfaßt und die entsprechende tricuspidale Klappe einschließt; ein vierter Schnitt trennt schließlich ungefähr 1 cm nach vorne von der fibrösen Septumgrenze die Ventrikelscheidewand. Der Schnitt wird durchgelegt bis in die Aorta bzw. bis in den linken Ventrikel (Aortenconus), dann umfaßt die ausgeschnittene Platte das ganze fibröse Septum mit dem atrioventrikulären Bündel und dessen oberen und unteren Verlauf — diesseits und jenseits des Septums. Man schafft sich mit Hilfe eines angehefteten Fadens eine Markierung für die Orientierung bei der weiteren Bearbeitung. Die fixierten, gehärteten und eingebetteten Stücke werden dann in Serienschnitte zerlegt und am zweckmäßigsten nach van Gieson gefärbt. Wenn man von oben beginnt, dann findet man zuerst in den Präparaten den Tawaraschen Knoten an der rechten Seite von der fibrösen Scheidewand umfaßt. Histologisch ist er dadurch erkenntlich, daß er von einer kleinen Arterie samt Vene durchzogen wird. Die Fasern des Reizleitungssystems und des Tawaraschen Knotens färben sich bei der van Giesonfärbung in etwas anderer hellerer Tönung als wie das gewöhnliche Myokard. Im Bereich des fibrösen Septums treten die Reizleitungsfasern gegenüber dem rot gefärbten fibrillären Bindegewebe deutlich hervor; sie zeigen netzförmige Anastomosen untereinander. Nach J. ist das Bündel etwas besser quergestreift, als wie die Elemente des Tawaraschen Knotens, aber dünner und weniger gut gestreift, als diejenigen des sonstigen Myokards. Sonst aber ist das Atrioventrikularbündel identisch mit dem Tawaraschen Knoten. Auf den Serienschnitten durch das fibröse Septum zeigt sich dann deutlich, wie das Bündel zunächst der rechten Seite aufgelagert bis in das Zentrum eindringt, zum Teil geschlossen, in anderen Fällen wieder durch das fibröse Gewebe aufgesplittert; den letzteren Befund dürfte man nicht als Schädigung betrachten. Oft ist das Bündel auf den oberen Rand des Myokards aufgelagert, das den membranösen Raum unten begrenzt, aber immer ist es durch lockeres Bindegewebe vom Myokard getrennt. Es gibt nach J. verschiedene Variationen über den Verlauf im Septum fibrosum selbst. In weiteren Schnitten sieht man, wie sich der linke Ast vom atrioventrikulären Bündel abtrennt, er scheint sich mikroskopisch vom inneren rechten Teil zu trennen, in der Tat aber, wenn man der Umkehrung des mikroskopischen Bildes Rechnung trägt, geht er von der inneren linken Partie aus. Er verläßt den Hauptstamm in ziemlicher Breite, indem er sich im Bereich der ventrikulären Scheidewand (membranöser Teil) etwas verbreitert, um dann unter dem Endokard in der rechten Fläche der Innenseite des linken Ventrikels auszulaufen. Die Struktur des linken Astes soll sich von derjenigen des Hauptstammes und des Tawaraschen Knotens unterscheiden; sie entspricht nämlich mehr der Beschaffenheit des gewöhnlichen Myokards, doch sind die (zylindrischen) Fasern dünner wie die letzteren, weniger deutlich gestreift, kernreicher und schlechter durch Pikrinsäure färbbar. Sie besitzen den Charakter der Purkinjeschen Fasern, die allerdings beim Menschen weniger deutlich unterscheidbar sind, als wie beim Hammel, wo sie zuerst festgestellt und vielfach beschrieben wurden.

Hermann Merkel (München).

Goy, S. und E. Wende: Zur Kenntnis des Mumifizierungsprozesses. (*Untersuchungsamt, Landwirtschaftsk., Königsberg.*) Biochem. Zeitschr. Bd. 131, H. 1/2, S. 6—7, 1922.

Die Verf. haben zwei mumifizierte Leichen neugeborener Kinder aus dem Institut für

gerichtliche Medizin in Königsberg untersucht. Die Analyse erstreckte sich einerseits auf äußere Hautpartien und andererseits auf Muskelbestandteile aus dem Inneren der Leiche. Es konnte ein höherer Asche- und namentlich Eisengehalt der Hautpartien gegenüber den Muskelteilen erhoben werden.

C. Ipsen (Innsbruck).

Goy, S. und E. Wende: **Über zwei Leichenwachsuntersuchungen.** (*Untersuchungsamt, Landwirtschaftsk., Königsberg.*) Biochem. Zeitschr. Bd. **131**, H. 1/2, S. 8—12. 1922.

Goy und Wende haben zwei Leichenwachsleichen aus dem Institut für gerichtliche Medizin zu Königsberg (Müller-Hess) einer eingehenden gewichtsmäßigen Analyse unterworfen. Das eine Objekt betraf die Leiche eines Mannes, die etwa 5 Jahre begraben war; die zweite Leiche gehörte einem einjährigen Kinde an, die etwa 1½ Jahre im Erdgrab sich befunden hatte.

Die chemischen Feststellungen ergaben, daß das Leichenwachs dem überwiegenden Teile nach aus freien Fettsäuren (Palmitin-, Olein- und Stearinsäure) besteht. Zum geringen Teile, etwa zu einem Achtel, sind die Fettsäuren in Kalk-, Magnesia- bzw. Ammoniakseifen umgewandelt. Der Rest ist Neutralfett. Die Untersuchung der Leiche des 5 Jahre begrabenen Mannes hat in Spuren auch freies Glycerin ergeben.

C. Ipsen (Innsbruck).

Gutfeld, Fritz v.: **Über die Konstitution isogenetischer und heterogenetischer Hammelbluthämolyse und ihrer Antigene.** (Hämolysinstudien III.) (*Hauptgesundheitsamt, Berlin.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exp. Therap., Orig., Bd. **34**, H. 6, S. 524—545. 1922.

Durch Injektion von frischem Hammelblut wird bei Kaninchen ein Serum erzeugt, das die Fähigkeit hat, Blutkörperchen vom Hammel aufzulösen, das aber in der Regel auch Antikörper gegen andere Tierblutkörperchen besitzt, die sich durch Behandlung des Immunserums mit Organen vom „heterogenetischen“ Typ oder mit gekochtem Hammelblut entfernen lassen.

G. Strassmann (Wien).

Doerr, W. und W. Berger: **Über das Verhältnis der Fraktionsspezifität zur Artspezifität bei den Eiweißkörpern der Blutsera.** (*Hyg. Inst., Univ. Basel.*) Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. **96**, H. 2, S. 258—262. 1922.

Aus den Versuchen der Verff. geht hervor, daß die einzelnen Eiweißarten des Blutserums bei der Auslösung der Anaphylaxie verschieden wirksam sind. Vom Euglobulin genügen Injektionen kleinerer Mengen und kürzerer Zeitabstand der Injektionen, um Anaphylaxie zu bewirken als von Albumin. Die Reihenfolge in der Wirksamkeit der Eiweißkörper ist Euglobulin, Pseudoglobulin, Albumin C, Albumin D.

G. Strassmann (Berlin).

Trou-Hia-Hsü: **Über heterogenetische Agglutinine.** (*Hyg. Inst., Univ. Greifswald.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exp. Therap., Orig., Bd. **34**, H. 6, S. 507 bis 523. 1922.

Die durch Vorbehandlung von Kaninchen mit Meerschweinchenorganen hergestellten sog. „heterogenetischen“ Antihammelsera enthalten wie die „isogenetischen“ Sera Agglutinine gegen Hammelblutkörperchen, jedoch nur gegen 2—3 Tage alte oder noch ältere Blutkörperchen. Diese Agglutinine werden im Gegensatz zu den „isogenetisch“ gewonnenen durch Meerschweinchennierenzellen gebunden.

G. Strassmann.

Bitter, Ludwig: **Die Konservierung von agglutinierenden und hämolysierenden Seren.** (*Hyg. Inst., Kiel.*) Zentralbl. f. Bakteriolog., Parasitenk. u. Infektionskrankh., Abt. I, Orig., Bd. **87**, H. 7/8, S. 560—562. 1922.

Die Konservierung von agglutinierenden und hämolysierenden Seren durch Zusatz gleicher Teile gewöhnlichen Handelsglycerins hat sich durchaus bewährt und kann empfohlen werden. Die Titer halten sich vorzüglich. Auch für Sera zur Wassermannprobe ist das Verfahren geeignet. Der Glycerinzusatz darf hier aber nur zum bereits abgenommenen Serum, nicht zum Blut + Serum erfolgen, da sonst Beeinflussung im Sinne positiver Reaktion eintritt.

Trommsdorff (München).^{oo}

Jacobi, Walther: Unterscheidungsreaktion zwischen Frauen- und Kuhmilch. (*Akad. Kinderklin., Düsseldorf.*) Monatschr. f. Kinderheilk. Bd. 23, H. 1, S. 44 bis 45. 1922.

Auf Zusatz von 1 ccm konz. Schwefelsäure vom spez. Gewicht 1,82 zu 1 ccm Frauenmilch bzw. Kuhmilch wird erstere braun, letztere violett. Mischungen von Frauen- und Kuhmilch liefern eine von Braun bis Violett aufsteigende Skala. Verf. nimmt an, daß die Farbenunterschiede auf einer Reaktionsverschiedenheit der beiden Caseine gegenüber H_2SO_4 beruhen. *Edelstein* (Berlin-Charlottenburg).

Versicherungsrechtliche Medizin.

Reckzeh: Das Reichsversorgungsgesetz in seiner Bedeutung für den ärztlichen Gutachter. Ärztl. Sachverst. Zeit. Jg. 28, Nr. 9, S. 93—97 u. Nr. 10, S. 109—112. 1922.

Der auf dem Gebiete der Kriegsbeschädigten-Begutachtung durch eigene Arbeiten und Referate wohl bekannte Verf. gibt eine rein referierende Erläuterung des Militär-Versorgungsgesetzes. Er erklärt und umreißt den Begriff der „Dienstbeschädigung“, erläutert die einzelnen Formen der Versorgung, von denen für uns Ärzte vor allem die Heilbehandlung, die Rentenschätzung und die Hinterbliebenenversorgung wichtig sind. Abweichend vom Gebaren in der Unfallpraxis (10%) ist ja hier der Mindestsatz, der zur Rente berechtigt, auf 15% festgesetzt. Neu eingeführt ist der Begriff der „Versehrtheitsrente“, die erläutert wird. Neu und abweichend vom bisherigen Verfahren ist auch die Bestimmung, daß die Stufen der Rente von 10% zu 10% bemessen sind, daß also die 5er Stufen ausfallen. Wer sich kurz, aber richtig über das jetzt gültige Gesetz unterrichten will, findet in der kleinen geschickten Zusammenstellung alles, was er sucht und braucht. *Dugge.*

Quetsch: Ärztliche Forderungen zum Umbau der Reichsunfallversicherungs-Gesetzgebung. Zeitschr. f. ärztl.-soz. Versorgungswes. Jg. 2, H. 1/2, S. 1—9. 1922.

Übersichtliche Zusammenstellung der allgemein bekannten Erfahrungen, die ärztlicherseits mit der staatlichen Unfallversicherung gemacht worden sind. Unter anderem wird gefordert: 1. Sofortige Übernahme der Heilfürsorge durch die Versicherungsträger. 2. Einstellung von Medizinalbeamten als Kontrollorgane in die Verwaltung der Unfallversicherung. 3. Heranziehung der Ärzte als richterliche Mitglieder der Spruchinstanzen der Unfallversicherung. 4. Nachweis einer Vorlesung über Versicherungsmedizin seitens der Ärzte (wird ohne Prüfungszwang nicht viel nützen. Ref.). 5. Kapitalabfindung für Neurotiker. 6. Ausdehnung der Fürsorgeeinrichtungen für Kriegsbeschädigte auf Schwerunfallbeschädigte. *Giese* (Jena).

Buttersack: Betrachtungen über die Versehrtheitsrente. Zeitschr. f. ärztl.-soz. Versorgungsw. Jg. 2, H. 4, S. 125—127. 1922.

Versehrtheit und Erwerbsminderung decken sich nicht völlig. Am besten wird man dem Verletzten bzw. Erkrankten gerecht, wenn man ihn nicht nur als Einzelwesen, sondern auch als Glied in der Gemeinschaft der Arbeits- und Volksgenossen betrachtet, da Störungen in beiden Hinsichten möglich sind. Verf. erläutert den Wert dieser Beurteilungsart an einzelnen treffenden Beispielen. *Giese* (Jena).

● **Lobedank, Emil: Das ärztliche Gutachten im Rahmen des Reichsversorgungsgesetzes. Ein Wegweiser für die im Versorgungswesen tätigen Ärzte.** Berlin: Richard Schoetz 1922. 92 S.

Das Buch rechtfertigt den Untertitel in vollem Maße, es ist in der Tat ein ausgezeichnete Wegweiser für den Arzt in der Gutachtertätigkeit. Ohne Weitschweifigkeit werden alle in Betracht kommenden Punkte genau erörtert, insbesondere wird auf die dem genannten Gesetz eigentümlichen Begriffsbestimmungen, die dem in der Praxis stehenden Arzt häufig fremd sind und leider auch bleiben, in dankenswerter Weise eingegangen. Es ist dem Buch weiteste Verbreitung zu wünschen. *Giese.*

Parant, Louis: Le principe de la présomption légale d'origine et les conséquences de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires. Un déséquilibre constitutionnel réformé avec pension de 100% après 48 heures de séjour au dépôt.

(Das Prinzip der gesetzlichen Kausalitätskonstatierung und die Folgen des Gesetzes vom 31. III. 1919 für die Militärpensionen. Ein konstitutioneller Psychopath nach 48stündigem Militärdienste mit einer Pension von 100% Arbeitsunfähigkeit bedacht.) *Ann. méd psychol.* Bd. 1, Nr. 2, S. 133—140. 1922.

Verf. bringt die ausführliche Krankheitsgeschichte eines hereditär schwer belasteten hochgradigen psychopathisch Minderwertigen, der nach 5 tägiger Militärdienstleistung (natürlich nur im Hinterlande) wegen „allgemeiner Schwäche“ superarbitriert worden war, dem aber, entsprechend dem Gesetze vom 31. III. 1919, nachträglich eine Invalidenpension von 100% Arbeitsunfähigkeit zubilligt wurde.

Verf. beleuchtet, daß nicht nur in diesem krassen Falle, sondern auch in zahlreichen ähnlichen von einer Entstehung, ja auch nur von einer Verschlimmerung des Gebrechens infolge der Kriegsdienstleistung keine Rede sein könne, macht auf die diesbezüglichen großen Mängel der gesetzlichen Bestimmungen aufmerksam, welche dem ärztlichen Gutachten so gut wie keinen Einfluß zukommen lassen und dem Staate d. h. den betreffenden laienhaften Kommissionen den Beweis zu erbringen auferlegen, daß das betreffende Gebrechen nicht durch den Militärdienst herbeigeführt oder verschlimmert worden sei. Es sollte nicht nur das diesbezügliche Gesetz vom 31. III. 1919, sondern auch alle auf Grund desselben zugesprochenen Pensionsbemessungen einer Revision unterzogen werden.

Alexander Pilcz (Wien).

Moorhead, John J.: Measuring end-results after injury: A suggested percentage basis. (Die Abschätzung der Endresultate nach Unfällen.) (*Dep. of traumat. surg., post grad. med. school a. hosp., New York.*) *Journ. of the Americ. med. assoc.* Bd. 79, Nr. 10, S. 824—825. 1922.

Um die prozentuale Abschätzung der Unfallfolgen zu erleichtern und genauer zu machen, wird empfohlen, in allen Fällen die Funktion, die chirurgische Heilung und das äußere Aussehen gesondert zu betrachten. Ist als Endresultat eine vollkommene Wiederherstellung, d. h. 100% des ursprünglichen Gesundheitszustandes erreicht, so müssen davon 60% auf die Funktion als den wichtigsten Teil, je 20% auf die beiden anderen Komponenten fallen. Bei teilweisen Wiederherstellungen muß das Gesamtergebnis als Summe aus allen drei Komponenten berechnet werden, welche einzeln in Hinsicht auf Alter, Geschlecht und Beruf prozentual zu bestimmen sind. Zieht man das Gesamtergebnis von 100 ab, so erhält man die Höhe des verbliebenen Unfallschadens in Prozenten ausgedrückt. Leider kann diese etwas umständliche Berechnung einen Mangel an Erfahrung auf dem einschlägigen Gebiete nicht ersetzen. *Reuter (Hamburg).*

Göcke, C.: Über traumatische Wirbelsäulenerkrankungen und ihre Umanerkennung nach dem R. V. G. 1920. *Zeitschr. f. ärztl.-soz. Versorgungsw.* Jg. 1, H. 10, S. 371—375. 1922.

Den Schanzschen Sammelbegriff „*Insufficiencia vertebrae*“ erkennt Verf. nicht an. Wirbelverletzte mit diesem Symptomenkomplex sind genauestens zu untersuchen; man findet dann alte übersehene Verletzungen, echte spezifische und hauptsächlich chronisch deformierende Entzündungen, zum Teil aber mit funktionellen Neurosen kombiniert; häufig aber auch letztere allein. Es ist verfehlt, Neurotiker mit Gips und Stützkorsetten zu behandeln, wozu aber eine einförmige Betrachtungsweise des genannten Symptomenkomplexes ohne strenge Scheidung der organischen von den funktionellen Störungen naturgemäß verleiten muß. Nachweis am Kriegsverletztenmaterial.

Grashey (München).

Weyert, M.: Überblick über die Neurosenfrage auf Grund eines Krankheitsfalles. *Zeitschr. f. ärztl.-soz. Versorgungsw.* Jg. 2, H. 4, S. 146—150. 1922.

Verf. benutzt einen kurz angeführten kriegsneurotischen Fall dazu, um in einigen Leitsätzen die bekannten Erfahrungen über Wesen und Beurteilung der unfallneurotischen Störungen niederzulegen.

Birnbaum (Herzberge).

Meier-Müller, Hans: Zur Psychologie der sogenannten traumatischen Neurose. (Ein weiterer Beitrag mit besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie.) (*Univ.-Poliklin. f. Nervenkr., Zürich.*) *Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie* Bd. 10, H. 1, S. 130—142. 1922.

Es wäre unrichtig, die traumatische Neurose aus dem Verband der übrigen Neurosen als Sondertypus isolieren zu wollen. Jede beliebige Neurose kann rückläufig zur sog.

traumatischen Neurose werden mit allen Kriterien derselben, wenn in ihrer direkten Vorgeschichte ein entschädigungspflichtiger Unfall vorhanden ist. Beschreibung eines Falles, wo Jahre nach einem elektrischen Unfall sich noch allmählich eine Unfallneurose mit typischem Symptombild entwickelte, als Patient in ungünstige Dienstverhältnisse geriet; Heilung ohne irgendwelche aggravatorischen Widerstände durch psychotherapeutisches Eingehen. Verf. warnt vor einer Überschätzung der Kapitalabfindung, die zwar die Arbeitsfähigkeit wiederherstelle, aber öfters die Beschwerden nicht wegnehme, so daß die Patienten noch später privatim und ohne Nebenabsichten den Arzt aufsuchten.

Kretschmer (Tübingen).°°

Ambold, A.: Eine Kriegsneurose in ärztlicher Selbstbeobachtung. Münch. med. Wochenschr. Jg. 69, Nr. 9, S. 311. 1922.

Eine Selbstbeobachtung, die eine Bestätigung unserer im Kriege gefestigten Ansichten vom Wesen hysterischer Störungen bringt. Der Verf. erkrankte im Anschluß an eine leichte Grippepneumonie auf dem Rücktransport mit grobem Schüttelzittern beider Arme. „Mein erster Eindruck — als ich überhaupt begriffen hatte, was vor sich ging, war Erstaunen, dann meldete sich das psychologische Interesse, sowie auch eine gewisse Genugtuung, denn — über den Zweck des Schüttelns war ich mir alsbald klar: manifeste „schwere Krankheit“ sollte die fehlende ärztliche Hilfe (die bei der Überlastung des Zuges mit nicht transportfähigen Schwerverwundeten nicht im entferntesten den dringenden Aufgaben gerecht werden konnte) erzwingen. Nach kurzem Schwanken, ob ich das Symptom in dem angedeuteten Sinne verwerten sollte, machte ich mir klar, daß dies Ziel auch direkter zu erreichen sein müsse und unterdrückte alsbald das Schütteln.“ Wichtig ist das Bekenntnis des Verf., daß ihm der Schüttelmechanismus in den folgenden Tagen nach Belieben völlig zu Gebote stand. Als er spätere Zeit den Schüttelmechanismus einmal wieder probieren wollte, gelang es ihm nicht.

Karl Pönitz (Halle).°

Horn, Paul: Über die Häufigkeit nervöser Unfallfolgen und ihre praktische Bedeutung. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 48, Nr. 9, S. 289—290. 1922.

Bei Sozialversicherten beträgt der Prozentsatz der Unfallneurosen etwa nur 1% (in Deutschland 13 000—14 000 Fälle) aller entschädigungspflichtigen Betriebsunfälle, bei Haftpflichtfällen, besonders Eisenbahnunfallverletzten sowie bei Privatversicherten unvergleichlich mehr: fast die Hälfte aller von Eisenbahnpassagieren gemeldeten Unfälle. Verf. empfiehlt bei Sozialversicherten bei einer Erwerbsbeschränkung unter 50% Zwangsabfindung, bei Haftpflichtfällen Begrenzung der Rentenzahlung und obligatorische Abfindung nichtkomplizierter Fälle.

K. Berliner (Gießen).°

Vloet, A. van der: *Algies hystériques et troubles physiopathiques et leurs rapports avec la névrose traumatique.* (Hysterische Schmerzen, physiopathische Störungen und ihre Beziehung zur traumatischen Neurose.) Journ. de neurol. Jg. 22, Nr. 2, S. 21—31 u. Nr. 3, S. 45—56. 1922.

In Frankreich ist der Streit während des Krieges nicht weniger heftig gewesen als in Deutschland. Babinski und Oppenheim stehen ungefähr auf gleichem Boden. Van der Vloets Ansicht entspricht anscheinend der des Hauptteils französischer Neurologen (und auch unserer). Der Verf. hat, was bei einem Franzosen lobend erwähnt werden muß, eine Anzahl einschlägiger deutscher Arbeiten im Original gelesen; sehr viele sind es nicht, aber es ist immerhin ein Anfang gemacht gegenüber der sonst im Ausland üblichen Einstellung auf die „nationale“ Literatur. V. fand hysterische Bauchschmerzen, die zu Operationen führten, während des Krieges oft. Umgekehrt sind Verkennungen der multiplen Neuritis, die als Hysterie gedeutet wird, häufig. Auf die Stigmata der Hysterie legt V. noch großen Wert. Er rechnet dazu auch das Fehlen des Plantarreflexes (analog dem Fehlen von Corneal- und Rachenreflex). Die Inkonstanz, das Schwanken der Erscheinungen spricht zwar für Hysterie, mehr Gewicht ist auf die Ausdrucksweise, auf Art und Psychologie der Kranken zu legen. Die „physiopathischen“ Störungen decken sich ziemlich mit dem, was wir

funktionell nennen; doch glauben Babinski u. a. die trophischen und vasomotorischen Störungen auf direkte mechanische Veränderungen medullärer Nervenzentren zurückführen zu können. Bei den hierbei beobachteten Reflexveränderungen handelt es sich gewiß um Kombination organischer und psychogener Störungen. Gelegentlich sah V. Fälle von Polyneuritis ohne Schmerzen, ohne Sensibilitätsstörung, also rein motorische Neuritis. Die Prognose ist günstig. Übermäßige Anstrengung der Muskeln durch Märsche soll vorübergehendes Schwinden der Sehnenreflexe hervorrufen können. (? Ref.) V. polemisiert noch einmal, heute noch, gegen Babinski und Oppenheims Theorie der molekularen, chemischen, physikalischen Veränderung bei der traumatischen Neurose. Simulation ist selten, Übertreibung häufig. Psychische Schmerzen heilen rasch unter Suggestion. Unter den Fällen von traumatischer Neurose unterscheidet V. einzelne als Komotionsneurose (leichte Form der Cerebral- oder Spinalerschütterung). Um Psychisches durch Somatisches um jeden Preis zu erklären, hat Marchal die Theorie von der „Neuritis des Sympathicus“ aufgestellt. Auch sie wird sich überleben zugunsten der Lehre von der psychischen Entstehung der traumatischen Neurose.

Singer (Berlin).^{oo}

Langer, Erich: Carcinom und Trauma. (*Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.*) Dermatol. Zeitschr. Bd. 35, H. 4, S. 212—219. 1922.

Verf. spricht über die Frage, ob ein einmaliges schweres Trauma die Ursache einer malignen Geschwulstbildung sein kann, indem er hervorhebt, daß es jetzt bei der Unzahl von Kriegsverletzten Gelegenheit gebe, zu zeigen, daß manchmal dem Trauma ein bösartiger Tumor folgen kann. Im fraglichen Falle lag bei einem jungen Menschen eine Querschlägerverletzung 1916 der rechten Hand vor, die mit Narbe heilte und bei der sich schließlich eine Warze und aus dieser eine größere Tumormasse entwickelte, die aus zwei verschiedenen Elementen, nämlich einem epithelialen Anteil und dann aus einem mit pigmenttragenden Zellen zusammengesetzt war, so daß die histologische Diagnose auf Grund der Probeexstirpation 1921 Naevocarcinom gestellt wurde. Verf. behauptet den Zusammenhang zwischen dem einmaligen schweren Trauma und der Tumorbildung und geht dann noch auf die einzelnen Carcinomtheorien ein. Die wiederholte Warzenbildung, die der eigentlichen carcinomatösen Entartung der Narbe vorausging, wird als Brückensymptom im Thiemischen Sinne hier erklärt.

Nippe (Königsberg i. Pr.).

Klauder, Joseph V.: Syphilis and trauma: The workmen's compensation act, the industrial physician and the syphilitic employee. (Syphilis and Trauma: Das Arbeiter-Entschädigungsgesetz, der Arzt in der Industrie und der syphilitische Angestellte.) (*Dep. of dermatol. a. syphilol., graduate school, univ. of Pennsylvania a. dermatol. research inst., Philadelphia.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 78, Nr. 14, S. 1029—1037. 1922.

Unter sorgfältiger Verwertung der Literatur behandelt Klauder das Thema: Syphilis und Trauma, und zwar vom medizinischen Gesichtspunkte und vom Standpunkte der gerichtlichen Medizin. Die Syphilis ist nur eine der Krankheiten, die Beziehungen zu Traumen haben; ähnliche Beziehungen bestehen zur Tuberkulose, zur Psoriasis, zum Lichen planus, zum Xanthoma tuberosum. Der Syphilidologe kennt: Schleimhautplaques und syphilitische Glossitis bei starken Rauchern, Condylomata lata als Folgen von Reizung, squamöse Handtellersyphilide bei manchen Gewerken, syphilitische Krankheitserscheinungen an Tätowierungsstellen, Gummen nach Traumen. Eigenartige Beobachtungen verdanken wir Lacapère und Laurent, welche die häufigen Gummen der Stirnbeine bei Muselmännern auf das Aufschlagen der Köpfe beim Gebete in den Moscheen zurückführen. Kl. erinnert an Tarnowskys „Cauterisatio provocatoria“, Applikation einer kaustischen Paste auf die Haut zur Provokation von Erscheinungen bei latenter Syphilis. Er teilt auch einige eigene Beobachtungen mit: Ulcerierte Gummen auf dem Boden einer traumatischen Beinwunde, Hautgummen an Stellen eines wiederholten Traumas, Hodengumma nach Trauma.

Die Syphilis spielt auch eine Rolle in der Verzögerung bzw. Verhütung der Heilung von Knochenbrüchen. Darum ist bei schlechter Knochenheilung auf Syphilis zu fahnden. Die Syphilis kann auch eine Brüchigkeit der Knochen verursachen, welche günstige Bedingungen für Knochenbrüche schafft. Über die Ursache der Entstehung der syphilitischen Krankheitsprodukte an den Stellen von Traumen bestehen verschiedene Ansichten: Es können Spirochäten auf dem Blutwege an die Stelle des Traumas gelangen, es ist aber auch möglich, daß das Trauma, als nichtspezifisches Irritans, als Stimulans auf das durch die Syphilis umgestimmte Gewebe wirkt. Es scheint gelegentlich auch ein Trauma einen schon negativen Wassermann zu provozieren, so daß er positiv ausfällt. Die weiteren Ausführungen beschäftigen sich mit dem Arbeiterentschädigungsgesetz bei Syphilitikern. Verf. berichtet über einige richterliche Entscheidungen auf diesem Gebiete, um dann ausführlicher auf die traumatische Paralyse einzugehen. Kl. kann einige Urteile mitteilen, wo dem Arbeiter auf Grund des Traumas, welches er während der Arbeit erlitt, eine Entschädigung für seine Paralyse zugesprochen wurde. Für die Beurteilung aller dieser Fälle ist es natürlich von Bedeutung und für das Urteil ausschlaggebend, wie lange nach dem Trauma die Erscheinungen auftreten. Die Zeiten, die von den verschiedenen Autoren zur Konstruktion einer posttraumatischen Paralyse aufgestellt werden, sind verschieden und variieren von einer Woche bis 3 Monaten. Für den in der Industrie tätigen Arzt gilt folgendes: Das Risiko, welches der Arbeitgeber mit der Anstellung eines syphilitischen Arbeitnehmers eingeht, ist nicht sehr groß, dagegen ist das Risiko recht groß, wenn es sich um Anstellung eines Neurosyphilitikers handelt. Nun kann der Arzt nicht bei allen Arbeitern das Lumbalpunktat untersuchen, wohl aber kann er das Verhalten der Pupillen prüfen. Abnormes Verhalten der Pupillen ist zwar kein eindeutiges Symptom für Neurosyphilis, aber es kann dann durch Lumbaluntersuchung in seiner Verwertung vervollständigt werden. Bei Traumen der Arbeitnehmer soll sogleich die Wassermannuntersuchung angestellt werden und bei positivem Ausfall die antisymphilitische Behandlung eingeleitet werden. Hat ein syphilitischer Arbeiter ein schweres Kopftrauma und möglicherweise eine Gehirnverletzung erlitten, so ist bei langer Ruhe eine energische antisymphilitische Behandlung einzuleiten.

Juliusberg (Braunschweig).^{oo}

Tumpeer, I. Harrison: *The role of trauma in lesions of syphilis with particular reference to the hereditary type.* (Die Rolle des Trauma bei Syphilismanifestationen mit besonderer Rücksicht auf die hereditäre Form.) (*Pediatr. clin. of the postgraduate hosp., Chicago.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 78, Nr. 3, S. 185 bis 187. 1922.

Das Thema vorliegender Arbeit ist in den vier Worten des alten, jedem Syphilidologen bekannten Satzes „ubi irritatio, ibi affluxus“ gegeben. Aus der Literatur erwähnt Verf. beispielsweise Otitis syphilitic. nach Sturz vom Pferde; die Gummen, welche sich bei Mohammedanern über den Augenbrauen zeigen, sind Folge der ständigen Friktion auf den Matten der Moschee. In gleicher Weise meint er, werde ein Trauma des Kopfes unter Umständen zu einer Invasion der Syphiliserreger aus den Blutgefäßen ins Gehirn führen können. Zwei Kinder, Halbgeschwister von 15 bzw. 10 Jahren, liefern Beweis für den Einfluß des Traumas. Das 15jährige Mädchen stammt aus erster Ehe einer Mutter, welche Zeichen einer hereditären Lues hat (radiäre Narben an den Mundwinkeln, Lippenfissuren, WaR. + + + +), aber keine Fehlgeburten. Ihre Kinder zweiter Ehe, zu denen der 10jährige Knabe gehört, haben ebenfalls Zeichen hereditärer Lues. Es handelt sich also bei beiden Kindern um L. hered. in der dritten Generation. Das Mädchen ist vorher mal an interstitieller Keratitis behandelt worden, hat unregelmäßige Zahnbildung und WaR. + + + +. Sie stürzte beim Spiel auf einen Zementfußboden, wurde komatös und bekam nach Wiederkehr des Bewußtseins in den nächsten Tagen eine Anzahl epileptischer Anfälle. Der Knabe brach den Oberschenkel, wobei wegen starker Dislokation und Verkürzung eine Knochenplastik nötig

wurde. Zwei Monate nach der Heilung verlor er die Sehkraft. Jetzt wurde festgestellt, daß er bei dem Unfall kurze Zeit bewußtlos gewesen war, Schädelverletzungen waren aber nicht zu finden. Nun ergaben sich bei genauerer Untersuchung außer der Opticus-atrophie eine ganze Anzahl Zeichen hereditärer Lues und Wa.R. war ++++, die langsame, erschwerte Heilung der Fraktur wurde erklärlich. Verf. kommt also zu dem Schluß, daß Trauma sowohl bei latenter erworbener Syphilis Manifestationen auslösen kann, als auch bei hereditärer Lues, selbst wenn sie bis dahin nicht einmal vermutet worden war. Es wird durch das Trauma ein *Locus minoris resistentiae* geschaffen und damit die Lokalisation syphilitischer Manifestationen begünstigt. *Brauns.* °°

Volkman, J.: Syphilis des Schädels und Unfall. (*Chirurg. Univ.-Klin., Halle a. S.*) Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 29, Nr. 5, S. 97—102. 1922.

Ein Kanonier mußte 1917 im Felde eine schwere Last auf Schultern und Kopf tragen. Dabei Schmerz an linker Kopfseite, wo die Last auflag. Einige Wochen später bildete sich dort eine markstückgroße Einsenkung, die beim Bücken anschwell. Schwindelgefühl beim Aufrichten. Wassermann mehrmals negativ. Allmählich Verschlimmerung der Beschwerden. Die November 1918 bei Entlassung aus dem Heeresdienst gestellten Rentenansprüche wurden abgelehnt. 1920 Begutachtung durch Volkman in Halle. Beschwerden: Kopfschmerzen, Schwindelanfälle. — Befund: Druckempfindliche Eindellung der knöchernen Schädelkapsel. Dellengrund 2—3 mm tiefer als Umgebung. Röntgenologisch entsprechender Befund, keine Knochenwucherungen am Rand. Wa.R. negativ. — Urteil: Einschmelzender Knochenprozeß, wahrscheinlichluetischer Natur; falls bald nach Unfall aufgetreten, dieser auslösende Ursache. Durch Zeugenvernehmung wurde dann festgestellt, daß die Beschwerden sich wenige Wochen nach dem Unfall eingestellt haben, und die Rente vom Militärversorgungsgericht auf 30% festgesetzt. Erörterung der Differentialdiagnose des Knochenschwunds am Schädel.

Max Jessner (Breslau).

Barkan, Hans: Industrial trauma in relation to the development of ocular tuberculosis, syphilis, and neoplasm. (Bedeutung der Industrieverletzungen für die Entwicklung der Tuberkulose, Syphilis und der Neubildungen des Auges.) *Arch. of ophth.* Bd. 51, Nr. 2, S. 103—113. 1922.

Acht Krankengeschichten aus den Erfahrungen beim Schiedsgericht der kalifornischen Arbeiterunfallversicherung. Verf. hält in seltenen Fällen das Trauma mit Sicherheit für das auslösende Moment bei Keratitis parenchymatosa. Hierzu sei nötig: Das Trauma muß einwandfrei sichergestellt sein und schwerer als die Schädigungen, welchen der betreffende Arbeiter im allgemeinen beständig ausgesetzt zu sein pflegt (Dämpfe, Luftzug). Das Trauma muß die Hornhaut selbst getroffen und eine merkliche „Reizung“ hervorgerufen haben. Durch sachverständiges Gutachten muß erwiesen sein, daß die Keratitis parenchymatosa zur Zeit der Verletzung noch nicht vorhanden war und daß andererseits nach dem Trauma eine wirkliche Keratitis parenchymatosa im engeren Sinne entstanden ist. Dagegen ist es nicht nötig, daß der anfänglich gesetzte Reizzustand ohne Unterbrechung bis zum Auftreten der Keratitis parenchymatosa fort dauern muß. „In den ersten 14 Tagen nach der Verletzung kann eine Iritis nur dann als tuberkulös angesehen werden, wenn die Iris Tuberkelknötchen zeigt.“ Einen solchen Fall (7 Tage nach der Verletzung) habe Verf. gesehen. Doch sei auch positive Tuberkulinreaktion (Herdreaktion) verwertbar. Für den Zusammenhang zwischen Trauma und Neubildung möchte Verf. wiederholten kleineren Traumen eine größere Rolle zuschreiben als einmaligem schwerem. Für diese letzteren gelten folgende Bedingungen zur Anerkennung des Rentenanspruches: Das Trauma muß einwandfrei nachgewiesen sein, es muß ein hinreichend schweres gewesen sein. Die Geschwulst muß an einer der verletzten Stelle entsprechenden Gegend auftreten, diese Stelle muß vor der Verletzung normal gewesen sein, die Zeit zwischen Trauma und nachweisbarer Geschwulstentwicklung muß den Erfahrungen über die Wachstumsgeschwindigkeit derartiger Geschwülste entsprechen (einige Wochen bis höchstens 2 Jahre).

Ascher (Prag).

Allport, Frank: Some remarks concerning compensation for ocular injuries. (Einige Bemerkungen über die Entschädigung für Augenverletzungen.) Med. record. Bd. 101, Nr. 11, S. 446—451. 1922.

Die staatlichen Industriekommissionen haben sich in den Vereinigten Staaten Amerikas bei der Entscheidung von Unfallsachen gut bewährt, sie sollten aber gleichmäßig aus Arbeitgebern und Arbeitnehmern zusammengesetzt sein. — Verf. hält es für unlogisch, daß, wenn ein auf einem Auge bereits blinder Arbeiter durch Unfall auf dem zweiten Auge erblindet, der Arbeitgeber für den Verlust beider Augen zu zahlen hat. Ebenso ist, wenn die Genossenschaft die Operation einer traumatischen Katarakt bezahlt, bei der Beurteilung der Entschädigung nicht die ohne, sondern mit Starglas vorhandene Sehschärfe zugrunde zu legen. — Wenn $\frac{20}{20}$ normale Sehschärfe bedeutet, so bedeutet Sehschärfe schlechter als $\frac{20}{20}$ Blindheit für die industrielle Erwerbsfähigkeit. Nach dem Gesetz in Illinois wird für den gänzlichen (100%) Verlust der Sehschärfe eines Auges der Lohn von 100 Wochen als Entschädigung gewährt. Für eine in diesem Sinne zu leistende Entschädigung hat Verf. eine Tabelle für die Abnahme der Sehschärfe eines Auges angefertigt, in welcher z. B. S = $\frac{20}{40}$ nicht den halben Verlust der Sehschärfe, sondern 10%, $\frac{20}{100}$ 90%, $\frac{20}{220}$ 100% Verlust bedeutet. G. *Abelsdorff*.

Wirtz, Robert und G. Liebermeister: Plötzliche einseitige Erblindung infolge akuten Ödems der Netzhaut; zugleich klinische Bilder zur Entstehung „metacystischer Lochbildung der Macula“. (Vogt.) Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 69, Juh., S. 45—51. 1922.

Ein sonst gesunder 19jähriger junger Mann, der starker Raucher war (40 Stück englischer Zigaretten täglich), erblindete plötzlich auf dem linken Auge, an dem schon 14 Tage vorher vorübergehende Sehstörungen aufgetreten waren. Die Pupille dieses Auges war mittelweit, starr bei direkter Belichtung. Die Netzhaut zeigte außerordentlich starkes Ödem besonders der Maculagegend bei zunächst anscheinend intakter Zirkulation. Nach einigen Tagen ging das Ödem zurück. Dabei sank die Netzhaut in der Maculagegend ein, faltete sich und riß schließlich. Der Endausgang war ein kreisrundes braunrotes Loch mit höckerigem Grunde. Die Entstehung einer spontanen metacystischen Lochbildung der Maculagegend konnte also in allen seinen Phasen beobachtet werden. Im übrigen erschienen schließlich die Papille weiß, die Arterien dünn, der Fundus braunrot. Das Sehvermögen blieb auf Erkennen von Hell und Dunkel herabgesetzt.

Die Autoren sind geneigt, das von ihnen beobachtete Oedema retinae acutum zu der Gruppe der verhältnismäßig seltenen, aber in allen möglichen Organen lokalisierten Quinckeschen akuten umschriebenen Ödeme zu rechnen. F. *Jendralski* (Gleiwitz.)

Glibert, D. J.: Influence of industrial noises. (Einfluß des gewerblichen Lärmes.) Journ. of industr. hyg. Bd. 3, Nr. 9, S. 264—275. 1922.

Verf. bemerkt einleitend, daß die Frage der gewerblichen Lärmerschädigungen bisher noch in mancher Hinsicht ungeklärt ist. Zunächst wird die vorliegende Literatur kritisch besprochen. Daraus geht hervor, daß Gehörschädigungen durch Unfall von den eigentlichen Lärmshäden bei dauernder Lärmarbeit (Gewerbkrankheit) zu trennen sind, daß fast alle Lärmarbeiter Gehörschädigungen bekommen, besonders bei Arbeiten in geschlossenen resonierenden Räumen (Kessel usw.); z. T. besteht ein Hörverlust für tiefe Töne und gesteigerte Empfindung für hohe Töne, z. T. auch umgekehrt. Vielfach sind damit Ohrensausen, Schwindel, Menière u. a. verbunden. Manche Lärmarbeiter hören im Lärm besser als außerhalb, wo sie unter Ohrensausen leiden (Willissches Phänomen). — In einem weiteren Abschnitt befaßt sich Verf. eingehend mit der physikalischen Analyse des Lärmes sowie mit den Theorien der Hörempfindung. Weiterhin weist Verf. darauf hin, daß nicht die Berufe im allgemeinen, sondern nur einzelne Arbeitsverrichtungen gehörschädigend sind, die allerdings den Ohrenärzten zu wenig bekannt sind. Es sollten daher durch die Gewerbeärzte Listen aufgestellt werden, die die einzelnen Möglichkeiten der direkten und indirekten Gehörschädigungen anführen, wie Lärm, Erschütterung, Staub, Hg, CS₂, CO, Säuredämpfe, Hitze, Feuchtigkeit, Ermüdung u. dgl. Letztere vermag an sich schon die Hörfähigkeit herabzusetzen. — Ein weiterer Abschnitt betrifft die anatomischen Veränderungen infolge Lärmshäden; dieselben sind in der Hauptsache in der Schnecke zu finden. Wesentlich ist dabei der Einfluß der Erschütterung, wie er in der Industrie durch Vibration des Bodens, besonders bei Arbeiten in Kesseln, durch Anpressen der pneumatischen Werkzeuge an den Körper usw. vorhanden ist. Allerdings ist nach Ansicht mehrerer Autoren immer eine persönliche Disposition erforderlich (bestehende Ohren-, Nasen-, Rachenkrankheiten); schlimm wirken ferner intermittierende Geräusche und hohe Töne. — Der letzte Abschnitt befaßt sich mit der Prophylaxe. Hier

steht an erster Stelle die Arbeiterauslese; es sollen für Lärmberufe nur junge Leute genommen werden; solche mit Krankheiten des Ohres und der Nachbarorgane sind auszuschließen. Natürlich können nicht alle Ohrleidenden ohne weiteres aus der Industrie ausgeschaltet werden, da deren Zahl sehr groß ist, 10—50% der von verschiedenen Autoren Untersuchten. Regelmäßige spätere Überwachungen sind notwendig. Zunächst müßten aber noch gewisse Normen hierfür aufgestellt werden. Bei Gerüstarbeitern muß Schwindelfreiheit bestehen. Geringe Schwerhörigkeit ist auch für Lärmberufe ohne Bedeutung. Als örtliche Schutzmaßnahmen kommen in Frage: Verstopfen des Gehörganges, gute Isolierung der Maschinen, Gummi- und Filzmatten, Gummisohlen; weiterhin regelmäßiger Wechsel des Arbeitsplatzes. Da zahlreiche Fragen noch ungeklärt sind, schlägt Verf. eine internationale Studienkommission vor, die sich zunächst mit den nachstehenden Untersuchungen zu beschäftigen hat: Einfluß der hohen und tiefen Töne, der Luft- und Knochenleitung bzw. der Erschütterungen, Berufswahl der Ohrleidenden, prophylaktische Maßnahmen u. a. m. *Koelsch (München).*

Thibaudet, Emile: Note sur l'examen de l'acuité auditive dans les expertises médico-légales. (Bemerkung über die Prüfung der Hörschärfe bei versorgungsärztlichen Untersuchungen.) *Rev. de laryngol., d'otol. et de rhinol.* Jg. 43, Nr. 17, S. 687—691. 1922.

Verf. bringt nichts Neues; alles steht in ohrenärztlichen Lehrbüchern. Er verschweigt aber jeden Namen deutscher Autoren und ersetzt sie möglichst durch die französischen. Es wäre nur zu erwähnen, daß Thibaudet bei der Lombardschen Methode der künstlichen Ertaubung in Ermangelung von Lärmapparaten in der Praxis empfiehlt, je ein Papierblättchen mit einer Bindentour vor die Ohrmuscheln zu binden und mit je einem Finger der an das Hinterhaupt gelegten Hände auf diese zu trommeln, und daß er die Flüstersprache als besseren Gradmesser gegenüber der Umgangssprache ansieht. *Walter Klestadt (Breslau).*

Gault: Considérations sur l'expertise du sourd traumatique et particulièrement du sourd de guerre. (Betrachtungen über die sachverständige Untersuchung der traumatischen, insbesondere der Kriegstaubheit.) *Arch. internat. de laryngol., otol-rhinol.* Bd. 1, Nr. 4, S. 400—411. 1922.

Skizzenhafte Betrachtung einiger Punkte in der Begutachtung Kriegsbeschädigter: Das französische Gesetz vom 31. III. 1919 gibt eine ungerechte Beurteilung der Ohrkriegsschäden. Die in der Front Beschädigten, die organische Defekte am Trommelfell haben, werden — sofern keine Eiterung oder Geräusche bestehen — schlechter bedacht als Leute mit alten Leiden, z. B. Otosklerosen, die sich im Dienste — womöglich auch nur während eines in der Etappe oder den sicheren Stationen des Hinterlandes versehenem Dienste — eine Verschlechterung des Hörvermögens allein geholt haben. Ja, diese Kantonisten werden geradezu durch das Gesetz aufgefordert, sich ihre Rente zu holen. Gault schlägt eine Sonderung in 2 Gruppen vor: 1. Zweifellose Kriegsschwerhörigkeiten. Maßstab: Hörvermögen und andere Störungen. 2. Gehörschäden ohne Waffeneinwirkungen. Maßstab: Verminderung des Gehörs unter Berücksichtigung sorgfältiger Anamnese. — Das Gesetz legt großen Wert auf die Befragung; G. bewertet sie gering. Die Entschädigung soll fast allein nach der Hörschärfe bemessen werden, was G. für zu einseitig hält. — G. beanstandet, daß nur in Ausnahmefällen Gelegenheit zu wiederholter bzw. klinischer Untersuchung gegeben ist, um so mehr als die Überzahl der Begutachteten keine Verwundeten sind. — Aufzählung einer Anzahl recht bekannter Hör- und Simulationsprüfungen. — Die Prüfung auf K.D.B. bringt nichts Neues, zeigt nur die hochgradige und auch angebrachte Skepsis des Autors hinsichtlich der Verschlechterung schon bestehender Leiden. *Klestadt (Breslau).*

Ponzo, Mario: Di un nuovo metodo psicofisiologico per svelare la simulazione della sordità. Contributo agli studi di medicina legale otolaringologica. (Über eine neue psychophysiologische Untersuchungsmethode zur Erkennung der Taubheits-simulation.) (*Istit. di psicol. sperim., univ., Torino.*) *Arch. ital. di otol., rinol. e laringol.* Bd. 32, H. 6, S. 321—332. 1921 u. Bd. 33, H. 1, S. 1—11. 1922.

Verf. untersuchte mittels besonderer Apparate 12 Patienten, die einseitige Taubheit simulierten. Diese sollten den lautlichen Reizungen eines H e m p e l s c h e n phonetischen Kontaktes mit dem Phonem „si“ (ja) antworten, während sie hingegen aufge-

fordert wurden, jedwede phonetische Reaktion gegenüber der mit dem Ohr, auf dem sie die Taubheit simulierten, wahrgenommenen Reize zu unterdrücken. Die Veränderungen der Atmungskurve gab den graphischen Beweis der freiwilligen Reaktionshemmung, wenn der auditive Reiz vom taubsimulierten Ohr wahrgenommen wurde. Bei bilateraler Taubheit benützt man abwechselnd auditive und leichte taktile Reize (leichter galvanischer Strom), welche letztere direkt im Ohrkanal angelegt waren. Der wirklich Taube reagiert nur auf die taktilen Reize, der Simulant unterdrückt die phonetische Reaktion, aber die Atmungskurve verzeichnet die gleichen Veränderungen, die man bei der einseitigen Taubheitssimulation antrifft. *Ayala (Rom).*

Singer, Kurt: Die sogenannte traumatische Spätapoplexie. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie* Bd. 75, H. 1/2, S. 127—137. 1922.

Von allen durch Kopftrauma bedingten Gehirnschädigungen ist die „traumatische Spätapoplexie“ die am wenigsten geklärte. Schuld daran trägt der Umstand, daß die bisherige Deutung der Sektionsbefunde nicht einheitlich war, daß sehr verschiedene Krankheitsbilder mit ähnlichem anatomischen Befunde unter denselben vielsagenden Namen zusammengefaßt wurden, daß Anatomen und Chirurgen um klinische Fassung oder Eingruppierung der bewiesenen Fälle viel, die Neurologen aber weniger sich gekümmert haben. Ebenso sind die Krankheitsschilderungen nicht immer sehr eindringlich, umfassend und eindeutig gewesen. Bollingers Lehre hatte 12 Jahre als Dogma gegolten und war kritiklos hingenommen worden, als sie 1903 von Langerhans einer sehr sachlichen Revision unterzogen wurde, die einer Ablehnung der gesamten Grundlagen der Bollingerschen Berichte gleichkam. In der Literatur sind die unsichersten und unklarsten, zum Teil auch absonderlichsten Fälle zur Spätapoplexie gerechnet worden. Ein Hauptteil der grundlegenden Beobachtungen über die Spätapoplexie stammt auch noch aus der Zeit, wo die Syphilisdiagnose serologisch noch nicht möglich war. Manche der kasuistischen Mitteilungen würden wir heute wahrscheinlich in das Kapitel Lues cerebri einreihen. Mindestens kommen Syphilis und Kopfunfall, wie auch arteriosklerotische Gefäßveränderung und Trauma als konkurrierende Todesursachen bei mancher Spätapoplexie zusammen. Nach kritischer Durchsicht der gesamten Literatur erscheint es Verf. mehr als fraglich, ob der Name „traumatische Apoplexie“ überhaupt zu recht besteht. Ob die Theorie Bollingers oder die Theorie Langerhans' richtig ist, das zu entscheiden, ist Fachangelegenheit der Anatomen. Klinisch-neurologisch aber müssen folgende Kriterien erfüllt sein, wenn wirklich ein Trauma für eine nicht sofort eintretende Apoplexie verantwortlich gemacht werden soll: 1. Das Trauma muß den Kopf getroffen haben und so schwer gewesen sein, daß eine Verschiebung, Verdrängung, Zertrümmerung des Schädelinhaltes erwartet werden konnte. 2. Der Patient muß bezüglich seines Gefäßsystems vor dem Unfall gesund gewesen sein; Arteriosklerose, Lues, Nephritis, Bleiintoxikation muß ausgeschlossen werden können. 3. Nach dem Unfall müssen Kompressionserscheinungen vorhanden gewesen sein, die bis zum Eintritt der Apoplexie anhalten und die sich in den sog. Brückenerscheinungen kundgeben: Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Übelkeit, Pulsverlangsamung, Ohnmachten, evtl. auch Seh- und Hörstörungen. Also: Trauma, primäre Hirnsymptome, Abklingen und Abheilen der äußeren Verletzung und trotzdem Fortbestehen der nervösen Störungen bis zum Eintritt der Apoplexie — dieser Zusammenhang erst berechtigt, die Apoplexie auf die traumatische Gehirnläsion und die daraus folgende Gefäßveränderung, Einschmelzung von Gewebe, rote oder gelbe Erweichung zurückzuführen. 4. Die klinisch objektivierbaren Hirnerscheinungen (Lähmung) müssen plötzlich, nicht schleichend eingetreten sein. 5. Das Intervall zwischen Trauma und Apoplexie darf nicht kleiner als 1 Tag, nicht größer als 8 Wochen sein. — Auch wenn die Voraussetzung dieser 5 Punkte erfüllt ist und wenn wirklich ein schlaganfallartiger Symptomenkomplex die Diagnose Spätapoplexie sichert, wird oft genug noch ein angeschuldigtes akutes Trauma als auslösende Ursache mit anderen chronischen Hirn- und Hirngefäßveränderungen in Konkurrenz treten können. *Arth. Schulz (Halle a. S.).*

Lewerenz: Hirngeschwulst nach Kopfverletzung. *Ärztl. Sachverst.-Zeit.* Jg. 28, Nr. 3, S. 25—28. 1922.

54-jähriger Mann hatte vor 17 Jahren durch einen Hufschlag einen komplizierten Schädelbruch rechts mit Hirnaustritt erlitten, war geheilt und mit 90% abgefunden worden, eine Rente, die allmählich auf 20% herabgesetzt worden war; es bestand bei ausgiebiger Arbeitsleistung nur noch nennenswerte nervöse Kopfschmerzen. 5 Monate vor dem Tode Auftreten von Schwindel, Unlust zur Arbeit, zunehmende Schwäche; dann plötzliche Bewußtlosigkeit mit Erbrechen. Nach der Trepanation Tod auf dem Operationstisch. Sektion ergab ein Neurofibrom vom Boden der linken Seitenhirnhöhle ausgehend, walnußgroß, Hydrocephalus int. Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß ein Zusammenhang mit dem fraglos sehr schweren, aber 17 Jahre zurückliegenden Trauma, das noch dazu die andere Schädelhälfte betraf, und fast völlig in seinen Schäden ausgeglichen war, nicht nachzuweisen war. *Scheuer (Berlin).*

Flater, Adolf: Unfall und Gliom. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungs-med. Jg. 29, Nr. 1, S. 9—11. 1922.

Unfall Ende August 1921: mehrere Briketts fielen auf den Kopf des Pat. Letzterer arbeitete weiter, klagte aber seit dieser Zeit über heftige Kopfschmerzen und starkes Schwindelgefühl. 6 Wochen nach dem Unfall Schwindelanfälle, Erbrechen und Krämpfe, am nächsten Vormittag Exitus. Sektion: Gliom im rechten Schläfenlappen. Gutachten: Der Umstand, daß die Gehirngeschwulst unmittelbar nach dem Unfall zum erstenmal in die Erscheinung trat, beweist, daß der Tumor schon vor dem Unfall latent bestanden haben muß. Hingegen konnte der Unfall sehr wohl eine Verschlimmerung des bereits bestehenden Gehirnleidens herbeigeführt haben (Blutungen innerhalb des Glioms oder Anreiz zu schnellerem Wachstum); es erscheint im vorliegenden Falle im höchsten Grade wahrscheinlich, daß das Trauma den bis zum Unfall langsamen und erscheinungslosen Verlauf der Hirngeschwulst zu einem rapide zum Tode führenden gemacht hat.

Kurt Mendel.

Caussade, L. et E. Abel: Dystrophie musculaire à type myopathique post-traumatique chez un adulte. (Muskeldystrophie nach Trauma bei einem Erwachsenen.) Rev. méd. de l'est Bd. 50, Nr. 3, S. 65—73. 1922.

39jähriger Mann. Sturz aus 3 m Höhe auf die rechte Schulter und Brustseite. Kontusion der Schulter. Später Dystrophia musculorum progressiva (scapulo-humeraler Typus), beginnend im rechten Arm, auf den linken später übergehend.

Verff. führen die Muskeldystrophie auf das Trauma zurück, zumal Heredität, Familiarität, Spondylitis, Halsrippe, Infektion, Vergiftung fehlen. Die Erschütterung kann das neuro-muskuläre System lädieren und so die Dystrophie herbeiführen bzw. bei latentem Bestehen derselben sie auslösen. Diese Dystrophien traumatischen Ursprungs sind nur selten progredient, sie beschränken sich zumeist auf die Schultergürtelmuskulatur und erfahren zuweilen sogar eine leichte Regression. *Kurt Mendel.*

Steinmann, Fr.: Unfallmedizinische Studie der Meniscusverletzung des Kniegelenks. Schweiz. Rundschau f. Med. Bd. 22, Nr. 12, S. 133—141. 1922.

Die Verletzungen der Menisken haben unfallmedizinisch eine große Bedeutung wegen ihrer Ätiologie, der Langwierigkeit ihrer Erscheinungen, ihres Einflusses auf die Arbeitsfähigkeit, und der Frage, durch welche Behandlung ihre Unfallfolgen am günstigsten beeinflußt werden. Verf.s eigene Erfahrungen stützen sich auf 112 wegen Verdachts auf Meniscusverletzung 1903—1921 operierte Fälle, welche 86 mal Meniscusverletzungen ohne stärkere sonstige Gelenkveränderungen, 12 mal Hoffasche Erkrankungen mit Einklemmung von Zotten des Lig. alare und 14 mal entweder Kombinationen von Meniscusverletzungen mit anderen schweren Kniegelenksaffektionen oder dann überhaupt andere Kniegelenksleiden betrafen, sodann auf Notizen von 54 Fällen nicht operierter Meniscusverletzungen. Für die Entstehung spielt das Trauma die Hauptrolle; die Verletzung ist häufiger in den jüngeren Jahren, von den 86 Operierten waren nur 14 über 40, 3 über 50, 2 über 60 Jahre alt, und nur 5 Fälle davon entfallen auf weibliche Personen. Die meisten Fälle weisen einen Unfallhergang als Ursache auf. Das direkt auf den Meniscus wirkende Trauma spielt keine oder nur eine verschwindende Rolle. Für die Verletzung des medialen Meniscus spielt die Auswärtsdrehung des Unterschenkels, für die des lateralen die Einwärtsdrehung die Hauptrolle. Diese Drehungen erfolgen nur in Beugstellung des Unterschenkels. Wahrscheinlich muß aber noch ein starker intraartikulärer Druck dazu kommen, sei es durch Belastung, sei es durch Kontraktion der Oberschenkelmuskeln. Daß die Verletzung in der Mehrzahl der Fälle durch eine Quetschung des Meniscus zustande kommt, wird auch aus der Häufigkeit der Meniscofissur (M. bipartitus Steinmann) geschlossen (50 Fälle). Die Meniscofissur ist offenbar identisch mit der von Konjetzny, Blecher beschriebenen Luxation des M. ins Gelenkinnere oder Abreißung des M. von der Gelenkkapsel. Die Entstehung der meist senkrechten Längsrisse läßt sich kaum anders erklären als durch eine Berstung infolge Zusammendrückens. Die von Christen angeschuldigte Schiebewirkung verleiht der Längsrißfläche eine zur Gelenkrichtung schräge bis parallele Richtung, welche Lappen aus dem Meniscus losreißen hilft (21 Fälle). Bis zu einem gewissen Grade mag die Zugrichtung mitwirken bei der Losreißung des vorderen oder hinteren Meniscusendes von seinem Kapselansatz (5 Fälle). Überwinden die Kräfte,

welche die Meniscusverletzung hervorrufen, die Kohäsion nicht, so kann doch eine Schädigung des M. in seinem Gewebe erfolgen (Quetschung). Diese Verletzungen sind nicht so selten, heilen aber meist ohne Operation. Eine gewisse Zahl von M.-Verletzungen verdankt ihre Entstehung keinem eigentlichen Unfallsmoment, bei anderen tritt ohne erinnerliche Inanspruchnahme des Kniegelenks plötzlich ein Schmerz im Knie auf, worauf eine richtige M.-Verletzung sich nachweisen läßt. Einer Anzahl von Verletzungen fehlt auch ein solches Entstehungsmoment, sie kommen ganz allmählich zustande; man erklärt sie durch Häufung kleiner Traumen. Das Mißverhältnis zwischen Trauma und Verletzung läßt auch an konstitutionelle Einflüsse denken (Meniscitis dissecans). Erneute Einklemmungen können die Erscheinungen der frischen Verletzung hervorrufen; sobald die Einklemmung sich löst, klingen die Erscheinungen ab. Bei Operationen wurde festgestellt, daß nur durch Auswärtsdrehen des im Knie gebeugten herabhängenden Unterschenkels sowohl der an seinem Platze liegende als der ultrakondylär gelagerte Binnenschenkel bogensehnenartig angespannt und gegen den Gipfel des Condylus femoris verschoben, also der Gefahr der Einklemmung ausgesetzt wird. Die frische Verletzung ist von der bloßen Gelenkverstauchung schwer zu unterscheiden; leicht wird die Diagnose, sobald nach freiem Intervall der Rückfall eintritt. Die positive Diagnose einer M.-Verletzung aus dem Röntgenbild, auch mit Sauerstoffeinblasung, ist illusorisch. Von der Gelenkmaus, der Zerreißen eines Seitenbandes ist die Unterscheidung leicht, schwer kann sie sein von der Kreuzbänderzerreißen (Verschieblichkeit des Unterschenkels von vorn nach hinten). Unter den 14 operierten Fällen, welche nicht M.-Verletzungen waren, sind 3 Kreuzbandzerreißen. Schwer kann auch die Unterscheidung vom Ganglion sein. Einmal hat ein Lipom eine M.-Verletzung vorgetäuscht. Beginnende Arthritis, besonders A. deformans, und Hoffasche Erkrankung können große differentialdiagnostische Schwierigkeiten machen. — Die durchschnittliche Dauer des Heilverfahrens bei 35 Privatversicherten, die konservativ behandelt waren, betrug 50 Tage (längste 177, kürzeste 3). Schwerere, insbesondere die zu Rückfällen führenden Verletzungen: ausgedehnte Abrisse von der Kapsel, die Risse im gefäßlosen Binnenteil, heilen nur durch Operation: Eröffnung des Gelenkes in der Mitte zwischen Seitenband und Lig. patellae durch 3 bis 5 cm langen Längsschnitt; Naht bzw. Annäherung des M. nur bei Losreißen seines vorderen Ansatzes, sonst Abtragen des losen Stückes (Resektion). Unter allen 95 Operationen am M. sind es 32 Excisionen, 60 Resektionen, 1 Resektion mit Naht, 2 Meniscopexien. In der Nachbehandlung wird das Kniegelenk nicht oder höchstens für 3—4 Tage festgestellt, Beginn mit aktiven Bewegungen und Massage unter Druckverband am 4. bis 6. Tage, Aufstehen, sobald der Erguß verschwunden ist. Die Dauer des Spitalaufenthaltes betrug im Durchschnitt 19,4 Tage, bei Nichtversicherten 14, bei Privatversicherten 14,4, bei öffentlich Versicherten 23,3 Tage. Wichtiger ist die Zeitdauer bis zum Eintritt völliger Arbeitsfähigkeit, die bei den gleichen Gruppen 4, 2, 6, 5 und 11 Wochen betrug. Auch hier ist deutlich der Einfluß der Versicherung zu erkennen. In den letzten Jahren hat sich aber durch persönlichen Einfluß die Heilungsdauer auch bei den öffentlich Versicherten erheblich, auf 4,6 Wochen, abgekürzt. Die 2 Fälle von Meniscopexie hatten eine Heilungsdauer von 31 Wochen. Bei den letzten 53 Operierten wurde keine Entschädigung für dauernden Nachteil mehr ausgerichtet. Von 76 Fällen ist der endgültige Zustand festgestellt; alle (100%) sind voll arbeitsfähig oder waren es bei ihrem unterdessen erfolgten Tode. Vollständig beschwerdefrei sind 63 (83%), leichte Beschwerden klagen 13 (17%); bei 7 von diesen 13 Fällen sind seit der Operation noch nicht 3 Jahre verflossen. Gümbel (Berlin).

Calot: Les nouvelles et importantes acquisitions sur le diagnostic de la coxalgie. (Neue und bedeutsame Fortschritte in der Diagnose des Hüftwehs.) Schweiz. Rundschau f. Med. Bd. 22, Nr. 21, S. 237—238. 1922.

Die Differentialdiagnose zwischen erworbener Coxalgie und angeborenen, geringfügigen Mißbildungen an der Hüfte ist schwer und wird oft falsch gestellt. Das kommt

daher, daß in den Lehrbüchern wenig über diese Mißbildungen zu finden ist. Dabei sind sie häufig, jedenfalls häufiger als die vollständigen Luxationen. Im Telegrammstil, der ein Referat nicht zuläßt, bespricht Verf. die Erscheinungen dieser geringfügigen Mißbildungen der Hüfte dann vom radiologischen, klinischen und anamnestischen Standpunkt aus.

Heinemann-Grüder (Berlin).

Proske, Ruprecht: Über die Behandlung der Beinfrakturen unter Berücksichtigung der Unfallfolgen und des erstmaligen Rentensatzes. (*Knappschafts-Laz., Ruda-Nord.*) Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 29, Nr. 3, S. 61 bis 70 u. Nr. 4, S. 73—78. 1922.

Vom Jahre 1920 ab wurden in dem oberschlesischen Knappschaftslazarett die Beinfrakturen mit Gehgipsverbänden behandelt. Die vorliegende Arbeit zielt darauf ab, die Vorteile dieser Behandlungsmethode dem in den vorhergehenden 10 Jahren geübten Ruhigstellungsverfahren gegenüber zu beleuchten. Der größte Nachteil des alten Heilverfahrens war die Notwendigkeit dauernder Beaufsichtigung der Verletzten, die außerdem gänzlich auf die Bedienung durch das Pflegepersonal angewiesen waren. Außerdem können die ambulatorisch behandelten Patienten nach Abnahme des Verbandes meist sofort gehen, was bei den anderen, liegend behandelten, infolge der geschwächten Körpermuskulatur erst nach allmählicher Stärkung der Fall ist. Bei der Gehbehandlung besteht ferner ein großer Vorteil in der Möglichkeit, sich durch das Röntgenbild jederzeit zu überzeugen über den richtigen Stand der Bruchstücke, die bei schlechter Stellung durch Erneuerung des Gipsverbandes reponiert werden können. Ein abschließendes Urteil über die Erfolge der Gehbehandlung kann aber erst auf Grund einer späteren Übersicht über die definitiven Heilresultate nach Wiederherstellung völliger Erwerbsfähigkeit oder Gewährung von Dauerrenten gewonnen werden.

Karl Reuter (Hamburg).

Finkelnburg, R.: Zur Frage der chronischen Leberentzündung (Hepatitis) nach Bauchtraumen. (*Krankenb. d. Barmherzigen Brüder, Bonn.*) Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 29, Nr. 8, S. 170—174. 1922.

Abgesehen von chirurgischen Folgezuständen einer Leberkontusion, Rupturen usw., hat man nach stumpfen Bauchtraumen oder heftiger Körpererschütterung einfache Vergrößerungen der Leber beobachtet, die nach kurzer Zeit sich wieder völlig zurückbildeten, manchmal unter Hinzutritt des klinischen Bildes eines Icterus catarrhalis. Über Fälle, in denen nach subcutanen Bauchtraumen eine chronische Hepatitis sich entwickelte, ist bisher in der Literatur nur ganz vereinzelt berichtet worden. Eine Beobachtung dieser Art an einem 17jährigen, früher stets gesunden Jungen teilt Verf. mit zur Klärung der Frage, ob unter gleichzeitiger Mitwirkung anderweiter exogener oder endogener und noch unbekannter Schädlichkeiten eine solche traumatische Hepatitis ihren Ausgang auch in echte Lebercirrhose nimmt.

Der Junge hatte dadurch einen Unfall erlitten, daß er von fallender Erde von hinten her umgeworfen und begraben wurde, so daß er von seinen Mitarbeitern aus seiner Lage befreit werden mußte. Bei dem Fall war er mit dem Leib auf die Deichsel eines Wagens gefallen. Nachdem die ersten 8 Tage heftige Schmerzen im Unterleib bestanden hatten, trat eine starke Schwellung der Leber, pralle Anfüllung der Gallenblase mit Gallenstauung auf. Die Gelbsucht schwand im Laufe des ersten Jahres allmählich, 2½ Jahre nach dem Unfall fing die stark vergrößerte Leber an abzuschwellen, 3 Jahre nach dem Unfall war die Leberschwellung nur noch gering.

Die Möglichkeit einer traumatischen Entstehung einer Leberentzündung ist nach dieser Beobachtung also zuzugeben. Ihr Ausgang in eine echte progressive Lebercirrhose ist bisher nicht erwiesen, wenn auch die Möglichkeit hierfür gegeben ist.

Arth. Schulz (Halle a. S.).

Oesterlen, O.: Krebse des Magen-Darmkanals und Dienstbeschädigung. Zeitschr. f. ärztl.-soz. Versorgungsw. Jg. 2, H. 4, S. 127—143. 1922.

Verf. weist auf die Schwierigkeit der Beurteilung der Dienstbeschädigungsfrage auf Grund unserer jetzigen Kenntnisse über die Krebsentstehung hin und betont, daß die engere Auffassung des Österreichischen Invalidenentschädigungsgesetzes, welches

die Bejahung der Dienstbeschädigungsfrage nur auf den Geschwürskrebs und gewisse traumatische Krebse einschränkt, nicht allen Möglichkeiten gerecht werde. Den Einfluß der allgemeinen Schwächung als Begünstigung der Krebsentwicklung (Kriegsminist. Verfgg. vom 5. II. 18, Nr. 67) lehnt er ab. *Giese (Jena).*

Heinsius, Fritz: Ist die Entstehung von Frauenkrankheiten durch Unfall möglich? (II. Verbandstag Deutscher Bahnärzte, Nürnberg, Sitzg. v. 8. IX. 1921.) Zeitschr. f. Bahn- u. Bahnkassenärzte Jg. 17, Nr. 2, S. 32—44. 1922.

Heinsius hebt in der Einleitung hervor, wie wenig sich in bezug auf Entstehung von Frauenkrankheiten durch Unfall Laienvorstellung und ärztliche Kritik decken. Er bespricht zunächst die Möglichkeit eines traumatischen Zusammenhanges bei Lageveränderungen der Gebärmutter, Vorfal, Blutungen, Störungen der Schwangerschaft, Abort und Entzündungen der Beckenorgane. Er warnt eindringlich davor, im Einzelfalle aus der theoretischen Möglichkeit gleich den Schluß auf eine Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Unfall und Krankheit zu ziehen. Die Richtigkeit seiner Ausführungen, namentlich hinsichtlich der Seltenheit dieses Zusammenhanges, beweist er am Schlusse seines Vortrages: Aus dem Bereich der Eisenbahndirektion Berlin waren in 2 Jahren nur 4 Fälle, und bei der nordöstlichen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft Sektion I in 4 Jahren ebenfalls nur 4 Fälle vorgekommen, in denen ein Unfall als Ursache anerkannt werden konnte, trotz weitgehenden Entgegenkommens der maßgebenden Behörden. Daraus folgt, daß der Neigung der Laien, einen derartigen Zusammenhang anzunehmen, rechtzeitig entgegenzutreten ist, um Rentenbegehren mit ihren Folgen zu vermeiden. *Giese (Jena).*

Hein, Bruno: Zur Frage der Myositis ossificans. (*Chirurg. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.*) Arch. f. orthop. u. Unfall-Chirurg. Bd. 20, H. 3, S. 355—364. 1922.

Bei dem Krankheitsbilde der Myositis ossificans werden zwei Arten unterschieden. Der allgemeinen progressiven Myositis liegt, wie übereinstimmend angenommen wird, eine bestimmte individuelle Disposition zugrunde, während über die lokale Form in ätiologischer Hinsicht zwei verschiedene Anschauungen vorherrschen, von denen die eine die entzündliche Natur der Vorgänge betont und die Knochenneubildung aus einer Metaplasie der dabei in der Muskulatur entstehenden narbigen Bindegewebschwien ableitet. Nach der zweiten Ansicht ist die Entstehung eine rein traumatische, wobei das mitverletzte und verlagerte Periost als Knochenneubildner funktioniert. Daß aber Ablösung und Verlagerung des Periosts in die Muskulatur nicht die alleinige Ursache der Myositis ossificans sein können, scheint aus dem hier publizierten Fall hervorzugehen: Ein 30jähriger Werkhelfer, dessen Anamnese nichts Besonderes bot und bei dem sich nervöse Störungen nicht nachweisen ließen, erlitt nacheinander eine Luxation des linken und 1 Jahr später eine leichtere Quetschung des rechten Ellenbogengelenks. Links bildete sich nach erfolgter Reposition im Gebiet des M. brachialis internus eine umfangreiche Myositis ossificans aus. Rechts entstand im Verlaufe eines Jahres eine hochgradige Arthritis deformans mit erheblichen Gelenkzerstörungen, Bewegungseinschränkungen und Schmerzen. Die Traumen dürften daher in diesem Falle nur die Rolle einer veranlassenden Ursache bei vorhandener individueller Disposition gespielt haben. Für die lokale Myositis ossificans ist aber mit allergrößter Wahrscheinlichkeit die Disposition in einer ursprünglich fehlerhaften Keimanlage des Gesamtorganismus zu erblicken, wodurch die allgemeine, progressive sowohl als auch die lokale, traumatische Form ätiologisch auf eine gemeinsame Basis gestellt würden. *Karl Reuter (Hamburg).*

Kroner, Karl: Über Verschlimmerung innerer Krankheiten, besonders der Herz- und Lungenkrankheiten. Zeitschr. f. ärztl.-soz. Versorgungsw. Jg. 1, H. 10, S. 345—356. 1922.

Die schematische Anwendung des Begriffs der Verschlimmerung führt bei der Beurteilung innerer Krankheiten oft zu Fehlschlüssen. Die „Verschlimmerung einer Verschlimmerung“ darf im allgemeinen nicht bewertet werden. Der Staat ist nur für die Schäden haftbar, die nachweislich oder mit Wahrscheinlichkeit auch später als Folge des Kriegsdienstes zurück-

bleiben. Natürlich bedarf es einer weitherzigen Auslegung dieser Forderung, da meist der Gesundheitszustand des Untersuchten aus der Vorkriegszeit nicht aktenmäßig festgelegt ist. Eine Erwerbsminderung in Prozenten gar wird sich wohl kaum einmal in Krankengeschichten aus Anstalten oder Heilstätten finden lassen. Es darf bei Nachuntersuchungen nicht verkannt werden, daß auch Schädigungen nach dem Kriege bei Kriegsteilnehmern schlummernde Krankheiten zur Entwicklung gebracht haben. Dieser Umstand ist besonders bei Tuberkulose und bei Bronchialkatarrhen zu beachten. Zur Anerkennung einer Dienstbeschädigung für Entstehung oder Verschlimmerung eines Herzleidens ist der Nachweis einer ungewöhnlichen Beanspruchung und die Erkenntnis erforderlich, daß die eingetretene Schädigung nicht bereits durch eine ausgedehnte Lazarettbehandlung und Schonung behoben war. Bei älteren Kriegsteilnehmern muß man die mit den Jahren sich einstellenden durch Arteriosklerose bedingten Herzbeschwerden beachten, die als Verschlimmerung des Rentenleidens angesehen werden und deretwegen eine Heraufsetzung der Rente beansprucht wird. Eine wohlwollende aber objektive und kritische Beurteilung dient dem Interesse des Geschädigten und des Staates.

Külbs (Köln).

Gruber, Hans: Kommen leichte Unfälle als Ursache chirurgischer Tuberkulose in Frage? Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 29, Nr. 1, S. 3—8. 1922.

Verf. kommt auf Grund von kritischem Studium der neuesten Arbeiten von Brun, Orth, Liniger, sowie der Rechtsprechung zu der Ansicht, daß die Entstehung chirurgischer Tuberkulose durch Unfall recht selten, durch einen Unfall leichterer Natur nahezu ausgeschlossen ist. Interessant sind dabei die Zahlen, die er aus dem Studium von 100 Zusammenhangsgutachten von Liniger gewann. 78 mal war die Unfallmeldung erheblich verspätet, 73 mal war die Arbeitseinstellung nicht sofort erfolgt, ärztliche Hilfe in 64 Fällen erst längere Zeit nach dem angeblichen Unfall in Anspruch genommen worden, nur in 5 Fällen war von einem erheblichen Unfall die Rede, in 57 Fällen bestanden schon vorher irgendwelche tuberkulöse Erscheinungen. Die bekannten Grundsätze für die unbedingt nötige Klärung der tatsächlichen Verhältnisse erkennt Verf. auch an. (Feststellung des Gesundheitszustandes vor der Verletzung, einwandfreier Nachweis des Unfalles und der sofortigen Folgen [Schmerz, Arbeitseinstellung usw., Zeitpunkt der ersten ärztlichen Hilfe]). Auch die nicht immer korrekten Angaben und Schlüsse der begutachtenden Ärzte werden einer scharfen Kritik unterworfen.

Scheuer (Berlin).^{oo}

Deist, Hellmuth: Versicherungsrechtliches zur Bleivergiftung. Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 28, Nr. 11, S. 117—119. 1922.

Deist hat, angeregt durch die Ausführungen Weinbergs über die versicherungsrechtliche Stellung der Bleivergiftung, das Material der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Stuttgart, der inneren Abteilung der Universitätsklinik Tübingen, des städtischen Krankenhauses Reutlingen und der Landesversicherungsanstalt Württemberg auf die diesbezüglichen Fragen durchgesehen. Soweit das verhältnismäßig kleine Material Schlüsse erlaubt, kommt D. zu folgendem Ergebnis: „Bleikranke neigen zu frühzeitiger Zahncaries, die künstlichen Zahnersatz in jungen Jahren erfordert. Man kann die Annahme der Invalidität bei Bleikranken, auch wenn schon höhere Blutdrucksteigerungen vorhanden sind, länger als eigentlich angenommen werden könnte, hinauschieben. Heilverfahren erreichen in solchen Fällen noch oft Arbeitsfähigkeit. Von der Möglichkeit, einen Berufswechsel zu erzwingen, sollte öfter Gebrauch gemacht werden. Man neigt ganz naturgemäß dazu, bei Menschen, die man als sicher bleikrank kennt, alle Krankheitszeichen, über die sie klagen, mit der Bleikrankheit in Zusammenhang zu bringen. Dieser an sich richtige Standpunkt darf aber nicht zur Verkennung von Krankheitszeichen führen, die anderen Krankheitsgruppen zugehören und in keiner Beziehung zur Bleikrankheit stehen. Komplikationen mit anderen Krankheiten (z. B. Lungentuberkulose und nervöse Störungen) sind bei der Bleikrankheit nicht ganz selten.“

Lochte.

Sharpe, N. C.: Report on an investigation to determine the hazard to the health of operators using the spraying machine for painting: The risk of lead poisoning. (Untersuchung über die Gesundheitsgefährdung bei Arbeiten mit Farbenspritzmaschinen im Hinblick auf die Bleivergiftung.) (*Dep. of pharmacol., univ. Toronto.*) Journ. of industr. hyg. Bd. 3, Nr. 12, S. 378—386. 1922.

Bei Anstreicherarbeiten können sowohl die Farbkörper (besonders Blei) als auch die Farblösungs- und Verdünnungsmittel gefährlich sein; auch der Arbeitsvorgang ist dabei von Belang (Anstreichen, Spray, Abbimsen usw.). Verf. untersuchte die

Bleigefährdung beim Spritzverfahren einerseits bei Fassadenmalern, andererseits in Fabriken, wo unter Abzügen kleine Gegenstände mit Farbe überzogen wurden.

Er analysierte Proben aus verschiedenen Stellen des Sprays, legte Porzellanplatten aus in verschiedener Entfernung von demselben. Dabei fand er beim Fassadenanstrich eine weitgehende Verstaubung der Bleifarbe, in 10 cbm Luft 135—417 mg Blei; im 8stündigen Arbeitstag kann ein Arbeiter 60—180 mg Blei mit der Atmungsluft sich einverleiben. Günstiger waren die Spritzarbeiten unter Abzug, wo wenig oder gar kein Blei nach außen kam.

Verf. prüfte auch die Durchlässigkeit verschiedener Respiratoren:

Watte-Gaze-Filter verminderten die Bleiaufnahme aus 10 cbm Luft von 90 mg auf 10 mg, Holzkohlenfilter auf 5 mg. Voraussetzung ist guter Abschluß vom Gesicht; allerdings wird dann die Atmung behindert. Zweckmäßig erwies sich ferner das Befeuchten des Respirators mit Schwefelsulfidlösung, was eine Verminderung der Bleiaufnahme von 232 mg auf 12,4 mg zur Folge hatte; allerdings entstehen dabei kleine Mengen von Schwefelwasserstoff. Immerhin sind die hier in Frage kommenden Bleimengen noch reichlich groß, da erfahrungsgemäß die tägliche Aufnahme von 1—2 mg Blei genügt, um eine chronische Vergiftung zu erzeugen. Es müssen daher noch die sonstigen üblichen Maßnahmen der Bleiprophylaxe streng durchgeführt werden.

Koelsch (München).

Engel, H.: Zur Methodik der mikroskopischen Blutuntersuchung bei Bleiarbeitern. Münch. med. Wochenschr. Jg. 69, Nr. 17, S. 626—627. 1922.

Eine von Seiffert angegebene Methode der Untersuchung des unfixierten Blutausstrichpräparats zur Erkennung der basophilen Erythrocyten bei Bleivergiftung läßt wahrscheinlich keine „basophilen“ Granula erkennen, sondern die bei dieser Methode bei Bleiarbeitern im mikroskopischen Bild sichtbaren Körnchen stellen die in Form basophiler Netzfiguren und Punktierungen darstellbare „Vitalstruktur“ der roten Blutkörperchen dar, deren vermehrtes Auftreten Zeichen einer vermehrten regenerativen Erythropoese ist. (S. dies. Zeitschr. 1, 124.) *G. Strassmann (Wien).*

Onorato, Raffaele: Sulle paralisi post-carbonchiose. (Über Lähmungen im Gefolge von Milzbrand.) Arch. ital. di scienze med. colon. Jg. 3, H. 1/2, S. 1—11. 1922.

Bericht über einen 1914 in Tripolis beobachteten Fall von Milzbrand (Infektion an der Hand) bei einem 30jährigen Araber, der mit erkrankten Schafen zu tun gehabt hatte. Der Kranke wurde mit Antimilzbrandserum behandelt; das Fieber ging herunter, und es schien Genesung einzutreten; statt dessen stellte sich eine Reihe von Tagen später sensible und motorische Lähmung der Unterextremitäten ein, der sich Sphincterenlähmung des Rectums und der Blase anschloß. Auf erneute energische Behandlung mit Milzbrandserum erfolgte langsame Genesung. — Verf. weist den Gedanken ab, daß es sich hier um anaphylaktische Erscheinungen gehandelt habe; er bringt die Beobachtung mit den Erfahrungen bei Diphtherie in Parallele und ist geneigt, Körper analog den Ehrlichschen Toxonen bei Diphtherie für die Lähmungen verantwortlich zu machen.

Carl Günther (Berlin).

Esau: Schweinerotlaufübertragung durch Kadaververwertung. (*Kreiskrankenh. Oschersleben-Bode.*) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 48, Nr. 15, S. 489. 1922.

Mitteilung einer der seltenen Schweinerotlaufinfektionen am Tierkadaver. Jugendlicher Abdeckereiarbeiter. Derbknötige Infiltration, erysipelatöse Rötete an zwei Fingern, dabei auffällig starke örtliche und Drüsenschmerzen am Arm. Am nächsten Tage unerträgliche örtliche Schmerzen und starke Störung des Allgemeinbefindens. Hochrote Färbung und Schwellung der Finger, wallartige Begrenzung der Rötung. Handrücken und Handteller waren frei. Keine Lymphangitis; kein Fieber. Glänzende sofortige Heilung durch 2 ccm Prenzlaues Serum subcutan in den Oberarm, während ohne Schutzimpfung die Heilung sehr langsam verläuft, oft 3—4 Wochen währt.

P. Fraenckel (Berlin).

Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie.

Kroemer, F.: Summarische Zusammenstellung über den gegenwärtigen Stand der folgenden Frage in der Psychiatrie: Reform des Strafgesetzes und Strafvollzug.

(*Prov.-Heilanst., Schleswig-Stadtfeld.*) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 24, Nr. 25/26, S. 165—168. 1922.

Verf. gibt einen kurzen historischen Überblick über das im Titel gekennzeichnete Thema und behandelt speziell die Stellungnahme der Psychiater zum Vorentwurf für ein deutsches Strafgesetzbuch. *Birnbaum* (Herzberge).

Herschmann, Heinrich: Psychiatrische Bemerkungen zum neuesten österreichischen Strafgesetzentwurf. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. 79, H. 1/3, S. 352—362. 1922.

Die Bestrebungen nach einer Reform des geltenden österreichischen Strafgesetzes reichen bis in das Jahr 1861 zurück. Zum letztenmal vor Kriegsbeginn beschäftigte sich der österreichische Reichsrat mit der Strafgesetzreform im Jahre 1912. Der damals zur Erörterung stehende Entwurf lehnte sich im wesentlichen an den Entwurf vom Jahre 1909 an. Die jetzige österreichische Reformarbeit entspricht der in dem Volkswillen zum Ausdruck kommenden Forderung einer Rechtsangleichung an das künftige deutsche Strafrecht. Der eben erschienene allgemeine Teil des neuesten österreichischen Strafgesetzentwurfes bezeichnet sich als „Gegenentwurf zu dem deutschen Strafgesetzentwurf vom Jahre 1919“. Es werden vom Verf. die vorteilhaftere Fassung und zutreffendere sprachliche Ausdrucksweise des österreichischen Gesetzentwurfes im Vergleich zum deutschen Strafgesetzentwurf besprochen. Im neuesten österreichischen Strafgesetzentwurf ist der nur schwer abgrenzbare Begriff der Zurechnungsfähigkeit in glücklicher Weise umgangen und der klare und eindeutige Grundsatz der „sozialen Verantwortlichkeit“ berücksichtigt. Beide Gesetzentwürfe sehen bei verminderter Zurechnungsfähigkeit Strafmilderung vor; jedoch mit dem Unterschied, daß der deutsche Entwurf den Standpunkt der Strafmilderungspflicht vertritt, während im österreichischen Gegenentwurf das Gericht die Strafe „nach freiem Ermessen“ mildern kann. Weiters stehen besondere Bestimmungen für Jugendliche und endlich Maßregeln zur Besserung und Sicherung der Straffälligen zur Erörterung. Auch hier werden die Unterschiede der beiden Gesetzentwürfe streng auseinandergehalten und eingehend gewürdigt. *C. Ipsen* (Innsbruck).

Zimmermann, Fritz: Die Psychologie im Zivilrecht und in der sozialen Versicherung. Ärtzl. Sachverst.-Zeit. Jg. 28, Nr. 22, S. 249—257. 1922.

Verf. beschäftigt sich mit der Rolle, welche die Psychologie im Zivilrecht und in der sozialen Versicherung spielt. Auch im Zivilprozeß handelt es sich vielfach um Tatfragen, zu deren Klärung reichlich Zeugen zu hören sind. Hier ist also die psychologische Wertung der Zeugenaussagen, daneben die der Sachverständigen, des Richters und der Parteien von Bedeutung. Es kann sich um erhebliche Fehlerquellen handeln, die durch die Psychologie und Psychopathologie des Alltagslebens, das Vergreifen, Versprechen, Versehen hervorgerufen werden, wobei schon leise Funktionsstörungen im seelischen Mechanismus des Vorstellens, Urteilens und Handelns eine Rolle spielen können. Auch die Ehescheidung hat ihre besondere Psychologie. Der Staat muß grundsätzlich aus Gründen der Ordnung, Hygiene, Pädagogik an der Ehe festhalten. Es ist eine Erörterung der Frage möglich, ob eine Änderung des geltenden Ehescheidungsrechtes aus psychologischen, juristischen, medizinischen Gründen angezeigt ist. Es liegen Anträge dem Reichsjustizamt auf Änderung des Ehescheidungsrechtes vor. Das heutige Scheidungsrecht ist zu bemängeln. Der Richter sieht nur den Ausschnitt aus dem Eheleben, den die Parteien ihm zeigen wollen. Der Nachweis des Verschuldens ist ungeheuer schwierig. Auch das Sexualleben ist in Betracht zu ziehen; die rein ethische Betrachtung des Eheproblems ohne naturwissenschaftliche Kenntnisse bringt uns nicht weiter. Auch der Eheprozeß dauert viel zu lange; er gibt oft zu richtigen „Eheprozeßneurosen“ Veranlassung. Die Scheidung bei Geisteskrankheit ist sehr schwierig; die Grenzzustände werden nicht berücksichtigt. Ebenso werden die rechtlichen und wirtschaftlichen Folgen der

Ehescheidung zu wenig beachtet. Die Psychologie im sozialen Versicherungsrecht ist nichts anderes als die Überwindung der Oppenheimschen Unfallneurosenlehre. Mit Recht hat man die Unfallneurose als psychopathische Reaktion bezeichnet. Der Trieb zur Selbstverantwortlichkeit und Sparsamkeit darf nicht durch die Sozialpolitik getötet werden. Nachgiebigkeit gegenüber dem Kranken ist noch lange nicht „sozial“.

Ziemke (Kiel).

Mönkemöller: Psychiatrie und Jugendgerichtsgesetz. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 78, H. 3/4, S. 240—256. 1922.

Bei der Wichtigkeit des Gegenstandes sei der wesentliche Inhalt des Aufsatzes kurz wiedergegeben: Nach § 3 des Gesetzentwurfes ist ein Jugendlicher, der eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht, nicht strafbar, wenn er zur Zeit der Tat wegen zurückgebliebener Entwicklung oder mangels geistiger oder sittlicher Reife unfähig war, das Ungesetzliche der Tat einzusehen oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen. Dem Richter und dem Arzte erwächst auf Grund dieses Paragraphen die Aufgabe, sich gründlicher als bisher mit dem spröden Stoffe der Psychologie und Psychopathologie der Jugendlichen vertraut zu machen; auch der psychiatrisch geschulte Arzt ist dieser Aufgabe nicht ohne weiteres gewachsen. Der wichtigste Paragraph des neuen Gesetzentwurfes bestimmt: „Wer eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht, ehe er das 14. Lebensjahr vollendet hat, ist nicht strafbar.“ Daß Kinder im Alter von 12—14 Jahren nicht in das Gefängnis gehören, ist eine Selbstverständlichkeit. Die Bedenken, die gegen die Zurechnungs- und Strafvollzugsfähigkeit der Jugendlichen zur Zeit der Pubertät sprechen, sind so groß, daß ihnen unter allen Umständen das Gefängnis verschlossen bleiben sollte. Wenn man versuchen will, diesen Zeitraum, in dem die Strafmündigkeit noch ruhen muß, abzugrenzen, so ist vom psychiatrischen Standpunkte aus das 16. Lebensjahr das Mindeste, was verlangt werden muß. Bleibt die Gefängnisstrafe trotz aller Bedenken, die sie immer gegen sich hat, bestehen, dann muß man verlangen, daß sie, ebenso wie die körperliche Züchtigung, nur die Ausnahme darstellen darf. Soll an Stelle der Strafe die Erziehung treten, dann muß sie auch rücksichtslos in ihrer straffsten Form zur Anwendung kommen. Die Fürsorgeerziehung muß noch weit mehr als bisher durchgeführt werden. Mit großer Sicherheit ist zu erwarten, daß die Erziehungsanstalten, sobald sie einmal den psychopathischen Kern ihrer Gäste erfaßt haben, sich nach Kräften bemühen werden, sie an die Irrenanstalten weiter zu geben. Alsdann wird sich als unvermeidliche Folge die Notwendigkeit herausstellen, Anstalten zu schaffen, in denen Psychiatrie und Pädagogik bemüht sind, die Auswüchse auf dem Grenzgebiete geistiger Gesundheit und Krankheit zu beseitigen. Auch in den Psychopathenanstalten wird man dann nicht darum herumkommen, die ganze Behandlung und Erziehung noch straffer und nach strengen Grundsätzen zu gestalten. Es wird sich nicht vermeiden lassen, daß diese Anstalten in mancher Beziehung den alten Detentionsanstalten äußerlich wieder ähnlich werden. Von diesen trennt sie indessen der grundsätzliche Unterschied, daß im Vordergrund der ganzen Behandlung erzieherische Grundsätze stehen und daß dabei die psychiatrischen Forderungen nach Möglichkeit Berücksichtigung finden. Die Psychopathenanstalten sind dann auch dazu berufen, Vorläufer der Verwahranstalten zu werden, die schon so lange angestrebt werden, deren Errichtung allerdings bei der Ungunst der Zeiten in absehbarer Zeit wohl nicht erwartet werden kann. Die Stellung der Altersperiode von 16—18 Jahren zur Strafe bleibt noch immer sehr schwer zu beurteilen. Alles das, was dafür spricht, daß man für diese Zeit die Strafe ganz ausschalten soll, ist nicht so durchschlagend, daß die Gegner sich davon völlig überzeugen lassen werden. Man muß sich wohl damit abfinden, für diese Zeit die Strafe nach Möglichkeit auszuschalten und, wenn sie sich nicht umgehen läßt, sie so zu gestalten, daß der Jugendliche dadurch nicht geschädigt und in seiner Erziehung beeinträchtigt wird.

Lochte (Göttingen).

Phillips, J. G. Porter: Insanity in its relation to criminal law. (Geisteskrankheiten in ihren Beziehungen zum Strafrecht.) *St. Bartholomew's hosp. journ.* Bd. 29, Nr. 12, S. 187—189. 1922.

Kurze allgemeine Besprechung einiger Unzulänglichkeiten der gegenwärtigen englischen Strafgesetzgebung vom psychiatrischen Standpunkt aus. Insbesondere wird auf einen Fall der jüngsten Vergangenheit Bezug genommen, wo bei einem zum Tode verurteilten Mörder der Urteilsspruch vom Appellationsgericht im Gegensatz zur öffentlichen Meinung aufgehoben werden mußte, da entsprechend der englischen Gesetzgebung nach der Bestrafung der Geisteszustand des Verurteilten einer Prüfung unterzogen werden mußte. Aus den Ausführungen des Verf.s geht hervor, daß die gegenwärtige Rechtsauffassung der Zurechnungsfähigkeitsfrage in England entsprechend dem sog. Mac-Naughton-Gesetz von 1843 allein von dem Verständnis des Täters für die Strafbarkeit seiner Handlung ausgeht; Unzurechnungsfähigkeit wird also angenommen, wenn der Angeklagte zur Zeit der Begehung der Tat unter einem so erheblichen Urteilsdefekt infolge geistiger Störung litt, daß er kein Verständnis für die Natur und Art seiner Handlung hatte bzw. nicht verstand, daß das, was er tat, Unrecht war.

F. Stern (Göttingen).

Ottolenghi, S.: Condizioni personali determinanti la abitudine e la pericolosità del delinquente. (Persönliche Bedingungen, die das Gewohnheitsmäßige und die Gefährlichkeit des Verbrechers bestimmen.) *Zacchia* Jg. 1, Nr. 5/6, S. 130 bis 136. 1922.

Das Gewohnheitsverbrechertum hängt von einer Reihe von Faktoren ab, von denen eine Rolle spielen: Natur und Eigenschaften des Individuums unabhängig vom Verbrechen, die äußeren Umstände, in denen sich der Betreffende nach dem ersten Vergehen befunden hat, die Art und Verschiedenheit der begangenen Straftaten, die Stärke der Gewohnheit und schließlich noch persönliche Beziehungen des Verbrechers zur Rechtspflege. Infolge der Verschiedenartigkeit der Faktoren, die das gewohnheitsmäßige Verbrechertum bedingen, ist auch die Gefährlichkeit der Gewohnheitsverbrecher ganz verschieden.

G. Strassmann (Berlin)

Schultze, Ernst und Kahl: Schaffung eines neuen Irrengesetzes. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. u. psych.-gerichtl. Med.* Bd. 77, H. 6, S. 367—407. 1922.

In ihrem erschöpfenden Referat auf der vorjährigen Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie begründen die Verff. ihre Forderung, daß die Bestimmungen über Aufnahme, Verwahrung und Entlassung von Geisteskranken gesetzlich vom Reich geregelt werden, ein Reichsfürsorgegesetz für Geisteskranke darstellen müßten, soweit es sich um die normative Regelung der Grundlagen des Irrenrechts handelt, während die Einzelgestaltung und Exekutive der Vorschriften den einzelnen Ländern oder Provinzen zu überlassen ist. Die Anschauungen der Ref. stimmen in den grundlegenden Fragen überein. Schultze lehnt im speziellen die Verquickung des Gesetzes mit anderen für Geisteskranke wesentlichen Rechtsbestimmungen ab und hält mit Rücksicht auf die besondere Bewertung der persönlichen Freiheit ein Gesetz für besser als ministerielle oder andere Verordnungen. Die Aufnahmebedingungen haben in vier Arten zu zerfallen: 1. die regelrechte, mit dem Gutachten eines praktischen Arztes und evtl. dem Antrag eines Antragberechtigten, sowie der Mitwirkung einer Sicherungs- oder Fürsorgebehörde, dem Amtsgericht, dessen Bereich die Anstalt angehört; dieser hat die Anzeige von der Aufnahme stattzufinden; 2. die dringliche Aufnahme, bei der genaue Untersuchung und Attestierung des aufnehmenden Anstaltsarztes zunächst genügen, bevor das regelrechte Aufnahmeverfahren eingeleitet werden kann; 3. die freiwillige Aufnahme; 4. die Aufnahme zum Zwecke der Beobachtung, die dadurch zu erweitern ist, daß auch evtl. die Polizeibehörde in bestimmten Fällen unter Zuziehung eines beamteten Arztes die Aufnahme anregt, während im übrigen die Polizeibehörde im Irrengesetz keine Rolle zu spielen hat. Besondere Wichtigkeit hat der Rechtsschutz gegen unberechtigte Anstaltsverwahrung. Das Recht des Einspruchs steht jedem Anstaltsinsassen zu, als erste Instanz kommt wieder das Amtsgericht in Betracht, in dessen Bereich die Anstalt liegt. Das Sicherungsverfahren wird rein formal dem Entmündigungsverfahren angepaßt. Die Verbindung des Anstalts-

insassen mit der Außenwelt wird am besten durch Berufsfürsorger hergestellt. Die Entlassung hat stattzufinden, wenn keine Anstaltspflegebedürftigkeit besteht, wenn zu Unrecht eine Geisteskrankheit angenommen war und wenn sich die Sicherungsbehörde rechtskräftig für die Entlassung ausspricht. Kranke außerhalb der Anstalt sind am besten durch einen Anstaltsarzt, den Fürsorgearzt, zu überwachen. Beide Referenten begründen eingehend die Forderung, die Begriffe der Anstaltspflegebedürftigkeit und Geschäftsunfähigkeit zu trennen; ebenso darf die Pflegebedürftigkeit nicht von der Gemeingefährlichkeit abhängig gemacht werden. Ebenso befürworten beide Referenten die Schaffung einer Zentralbehörde für das Irrenwesen, an deren Spitze ein Psychiater zu stehen hat, die nach Kahl vor allem für Gesetzgebung und Verwaltung Anregungen zu schöpfen und geben und dem Reichstag gegenüber das Irrenwesen parlamentarisch zu vertreten hat. In der näheren juristischen Begründung der Pläne für das Irrengesetz, die Kahl gibt, ist bemerkenswert der Vorschlag einer Sonderstellung der Universitätskliniken, die ohnehin einer öffentlichen Aufsicht unterstehen und als wissenschaftliche Unterrichtsanstalten tunlichst von reichsgesetzlicher Bevormundung freizuhalten sind, und daß bei etwaigen Besuchskommissionen Laien nur als Mitglieder von Sachverständigenkommissionen aus Präsentation einer fachmännischen Berufsorganisation, etwa der Ärztekammer, teilnehmen sollten. Die Fürsorge für kriminelle Geisteskranke wird von den Referenten mit Rücksicht auf die zu erwartenden besonderen Gesetze nicht behandelt.

F. Stern (Göttingen).

Veillet, L.: A propos de la responsabilité atténuée. (Zur Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit.) *Arch. de méd. et pharm. nav.* Bd. 112, Nr. 4, S. 274—286. 1922.

Veillet will drei Kategorien von Nichtgeisteskranken unterschieden wissen: 1. Die Geistesschwachen; 2. die Perversen; 3. die mit krankhafter Konstitution Behafteten. Für die ersteren fordert er verminderte Verantwortlichkeit entsprechend ihrer geistigen Schwäche, für die zweiten volle Verantwortlichkeit ohne Milderung, für die letzten relative Verantwortlichkeit. Bei militärischen Delikten spricht er sich für größere Milde aus und wünscht Unverantwortlichkeit da, wo sonst verminderte in Frage kommen würde.

Birnbaum (Herzberge).

Kalmus, Ernst: Geschlechtliche Hörigkeit des Weibes als Verbrechensursache. Ein forensisch-psychiatrischer Beitrag. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie* Bd. 76, H. 1/2, S. 191—205. 1922.

Anführung von 3 Fällen, in denen junge Mädchen Delikte begingen, um den Geliebten nicht zu verlieren. In dem einen Fall war dabei der Einfluß der Romanlektüre nachweisbar, im zweiten spielte suggestive Beeinflussung durch eine Kartenlegerin eine Rolle, während im dritten in erster Linie richtige geschlechtliche Hörigkeit vorlag. Verf. weist unter Heranziehung sonstiger Kasuistik auf die Notwendigkeit des Schutzes weiblicher Personen gegenüber solchen Beeinflussungen durch kriminell geartete Individuen hin.

Birnbaum (Herzberge).

Laignel-Lavastine: Instinct sexuel et érotomanie. (Geschlechtstrieb und Liebeswahn.) *Progr. méd.* Jg. 49, Nr. 2, S. 15—18. 1922.

Es gibt kindliche Sexualität. Freud unterschätzt lediglich die Ichtriebe, die Selbsterhaltung. Die Sexualität kann psychotische Erscheinungen inhaltlich färben, kann selber durch ihre Stärke pathologisch sein, kann originär pervers sein. Letzterer Fall beruht tatsächlich auf infantilen Präformationen. Verf. unterscheidet 4 Arten krankhafter sexueller Triebgestaltung: mangelnde Differenzierung der sexuellen Polarität (Onanismus, Homosexualität usw.), mangelnde Differenzierung des spezifisch Sexuellen von der übrigen Affektivität (Sadismus, Masochismus, Hörigkeit, mystisch-erotisches Erleben), ferner Triebverschiebungen (Fetischismus, Zoophilie) im Sinne der „bedingten Reflexe“ Pawlows, und endlich Intellektualisierungen des Triebes: platonische Liebe, Liebeswahn. Vom letzteren gibt er 2 Fälle, darunter einen ausführlich — es handelt sich um eine nicht etwa psychisch empfindbare paranoide Demenz mit sexuell-persekutorischen Inhalten. Verf. erkennt selber die Zufälligkeit dieser

Inhalte gerade im vorliegenden Falle an und bringt die erotischen Paranoien in eine psychologische Beziehung zum Stolz; man sollte eher von „Phonematomanie“ als von „Erotomanie“ sprechen.

Kronfeld (Berlin).

Schwarz, Oswald: Das psychophysische Problem in der Sexualpathologie.

Wien. klin. Wochenschr. Jg. 35, Nr. 11, S. 243—246. 1922.

Eine Übersicht der Meinungen zeigt am besten den Unterschied zwischen den rein biologisch orientierten Forschern und der psychischen Determinierung der verschiedenen Triebrichtungen, wie sie von Freud und seinen Nachfolgern behauptet wird. Sichergestellt ist wohl der Einfluß der Keimdrüsen auf den somatischen Habitus, aber unsere Einsicht in ihre Einwirkung auf die Sexualpsyche ist spärlich, niemals sah man eine Umstimmung der Psyche auf einen intermediären Speziescharakter oder in ein konträres Sexualempfinden. Bedenkt man, daß reinste Homosexualität mit männlicher Körper- und Charakterbildung vereinbar ist, dann gewinnt die Ansicht Freuds eine Stütze, daß die körperlichen und geistigen Ausdrucksformen eines Individuums sich nicht decken müssen und eine Triebrichtung rein durch seelische Motive bedingt sein kann. Nach Freud empfindet jedes Kind polymorph pervers und in seinem Affektleben sind alle jene Triebrichtungen physiologisch vorgebildet, die wir im späteren Leben als Perversionen bezeichnen. Während sie im weiteren Leben sich zur normalen Geschlechtsempfindung entwickeln, kann entweder ein Partialtrieb infolge stärkerer Entwicklung bestehen bleiben oder es kann ein Erlebnis in der Kindheit einen stärkeren Akzent erhalten. Es kommt entweder zur manifesten Perversion oder zur Neurose, deren Symptome sexuelle Ersatzbefriedigungen sind. Freuds System der Sexualität ist ein durchaus psychophysisches, für ihn ist das Leben Lustgewinn, nach Adler ist das Streben des Menschen in erster Linie nach Macht gerichtet, wodurch ein fortwährender Zusammenstoß mit der Alltäglichkeit gegeben ist. Adler findet in den Homosexuellen besonderen Ehrgeiz und Feigheit, die Sexualstörungen sind ihm Produkte der Phantasie im Sinne einer Defensive. Nach Freud ist die somatische Grundlage der Sexualstörung irgendeine Varietät der Sexualkonstitution selbst, nach Adler kann jede somatische Minderwertigkeit zur Prestigeneurose und Sexualstörung führen. Die Behandlung kann nach Adler nur eine psychische sein, nach Freud ist neben einer analytischen Behandlung auch eine hormonale Beeinflussung zulässig, doch ist die Beeinflussbarkeit der menschlichen Sexualpsyche durch spezifische Hormone nicht als sicher hinzustellen.

Haberda (Wien).

Petersen, I.: Ein Zopfabschneider. Münch. med. Wochenschr. Jg. 69, Nr. 14, S. 512—513. 1922.

30jähriger Kaufmann aus Psychopathenfamilie, seit dem 8. Lebensjahre Orgasmus beim Anblick eines blonden Mädchens, das sich frisierte. Seit der Pubertät Masturbation nach Anblick von Blondinen und starke sexuelle Erregung. Den immer stärkeren Trieb, sich blonde Haare zu beschaffen, bekämpfte er, bis er eines Tages nach Genuß von einer halben Flasche Wein beim Anblick eines Mädchens impulsiv zum Zopfabschneiden gedrängt wurde. Schnitt mit einer Taschenschere einen Teil des Zopfes ab, wurde sofort verhaftet. Bestrafung mit Geldstrafe bei Annahme geistiger Minderwertigkeit. Durch Hypnosen gelang es später den perversen Trieb zu beseitigen. Heirat mit normalem Sexualverkehr und Befriedigung durch denselben. Diese Punkte sprechen, wie Verf. ausführt, gegen die angeborene Natur der Perversion.

F. Stern (Göttingen).

Im Jahre 1922 sind aus dem Institut für gerichtliche Medizin in Berlin (Direktor: Geh. Rat F. Strassmann) folgende Inauguraldissertationen hervorgegangen:

1. **Garwe, Kurt:** Über 40 in den Jahren 1914—1920 in Berlin unter dem Verdacht krimineller Fruchtabtreibung gerichtlich sezierte Fälle.
2. **Hermann, Alexander:** Über Kindesmord aus den Jahren 1914—1920.
3. **Domedden, Hans:** Beiträge zur Lehre von der subakuten Quecksilbervergiftung.
4. **Särecke, Conrad:** Über Selbstmord durch Vergiftung.
5. **Domdorf, Georg:** Der Exhibitionismus vor dem gerichtlichen Forum.
6. **Gemsjäger, Karl:** Über partielle Zurechnungsfähigkeit.
7. **Abrahamsohn:** Über Status thymico-lymphaticus.