

Referate.

Allgemeines. Kriminologie.

Pascher, Max: Zur Kenntnis der Altersveränderungen in den menschlichen Kehlkopfknorpeln, insbesondere der körnigen Entartung der Knorpelgrundsubstanz, der Vascularisations-, Resorptions- und Verknöcherungsbefunde. (*Oto-laryngol. Klin. u. pathol.-anat. Inst., Univ. Innsbruck.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 246, S. 198—238. 1923.

Pascher hat in 38 Fällen die Kehlkopfknorpel, und zwar vorwiegend den Ringknorpel, in manchen Fällen auch den Schild- und die Gießbeckenknorpel histologisch untersucht, und zwar bei Individuen von 9 Wochen bis zu 82 Jahren. Zunächst schildert er die degenerativen Veränderungen in den Kehlkopfknorpeln, wobei in erster Linie die Verfettung der Knorpelzellen, die schließlich zu einem fettigen Detritus werden können, vorkommt, ferner die Entartungen der intercellulären Knorpelgrundsubstanz in Form von Verkalkung, faseriger Veränderung und schließlich körniger albuminoider Entartung. Die Verfettung war bei 18—76 Jahre alten Individuen festzustellen; auch eine chondro-mucoide Umwandlung der Knorpelzellen wurde festgestellt; die Verkalkung der Knorpel findet sich regelmäßig nach Erreichung der Pubertätsaltersgrenze, am frühesten bei einem 17jährigen Mädchen in einzelnen Knorpelzelloberflächen beobachtet. Die faserige Veränderung mit ihrer „Demaskierung der kollagenen Knorpelfibrillen“ tritt mit großer Regelmäßigkeit in den Kehlkopfknorpeln auf, und war schon bei einem 7 Monate alten Kind in geringer Ausbildung festzustellen, während die chondromucoide Entartung der Knorpelgrundsubstanz schon bei einem 15jährigen Mädchen anzutreffen war. Eigenartig ist die körnige Entartung des Knorpelgewebes, die sich durch ihre chemischen Reaktionen von der Verkalkung vollkommen unterscheidet, indem diese Körner durch ihre Resistenz gegenüber Säuren und Alkalien und andererseits durch ihre Löslichkeit bei 24stündiger Trypsineinwirkung als Albumoidkörner angesprochen werden müssen. — Des weiteren findet sich in den Kehlkopfknorpeln durch Einsprossung von Gefäßen, die bereits im Beginn bei einem 7 Monate alten Kind vorgefunden wurde, nach dem Pubertätsalter aber einen ganz regelmäßigen Befund darstellt, eine Markraumbildung in den Knorpeln, wobei im Markgewebe zum Teil Schleimgewebe und zum Teil Fettgewebe festzustellen ist. Daneben finden sich Erscheinungen von Knorpelresorption, und zwar celluläre Resorption, analog der osteoklastischen Knochenresorption, und von einer vasculären, d. h. von Blutcapillaren vollzogenen Knorpelresorption; die celluläre Knorpelresorption findet sich häufiger bei mittlerem und höherem Alter, wo die Knorpelgrundsubstanz und das Zellgewebe mehrfach der Verkalkung anheimgefallen ist und wo in den Markräumen bereits Knochengewebe angebildet ist. — Diese Knochenbildungsbefunde endlich werden als dritte Umwandlungsart festgestellt; sie wurden frühestens bei einem 11jährigen Knaben gefunden, fehlten aber auch ganz wahl- und regellos bei 15—22jährigen, ja bei 52—76jährigen Frauen. Die verschiedenen Arten der Knochenanbildung werden eingehend beschrieben, ebenso auch die Resorptionsbefunde, wobei darauf hingewiesen wird, daß nirgends echte perforierende Kanäle entstehen. — Wie die erwähnten Befunde zeigen, sind die beschriebenen Veränderungen nicht so typisch, daß sie etwa in gerichtlich-medizinischer Hinsicht bei Leichenbefunden sichere Schlüsse auf das Alter der Individuen gestatteten. *H. Merkel.*

David, Leo von: Über abnormale Herzvenen und deren abnormale Mündungen in die Vena cava superior. Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 1: Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. 68, H. 2/3, S. 198—203. 1923.

In dem mitgeteilten Fall war der Sinus coronarius vollständig normal. Es fanden sich aber abnorme Coronarvenen, die in verschiedener Größe in die obere Hohlvene einmündeten.

Der Befund ist praktisch bedeutungslos, sicher kommen derartige Einmündungen von Herzvenen in die obere Hohlvene öfters vor. Kleine Herzvenen, die direkt in das Herz einmünden (rechter und linker Vorhof oder direkt in die Herzkammern — letzteres umstritten), sind mehrfach bekannt und beschrieben.
H. Merkel (München).

Bohnenkamp, Helmuth: Zur Pathologie des Herztodes. Klin. Wochenschr. Jg. 2, Nr. 40, S. 1829—1830. 1923.

Verf. hat bei einem sterbenden Nierenkranken Elektrokardiogramme mit drei Ableitungen aufgenommen und dabei gefunden, daß nur die rechte Kammer schlug, während die linke nur ganz vereinzelt einen Aktionsstrom lieferte und die Vorhöfe vollkommen stillestanden. Beim Absterben des Herzens geht das Reizleitungsbündel voran. Es leidet dadurch das Zusammenwirken der einzelnen Herzabschnitte. Die Ursache der Leitungshemmung ist wahrscheinlich toxisch. Wichtig ist die Ableitung des Elektrokardiogrammes von mehreren Stellen.
Meixner (Wien).

● **Dienstvorschriften für Leichenschauer unter Einbeziehung der Vorschriften für die Öffnung und Beförderung von Leichen sowie für die Leichenbestattung bzw. Feuerbestattung in Württemberg.** Stuttgart: W. Kohlhammer 1923. 54 S. G. Z. 0,60.

Die vorliegenden, in einem kleinen Bändchen zusammengefaßten Dienstvorschriften bilden einen Teil der „Württembergischen Gesetzsammlung“. Es sind die ursprünglichen königlichen Verordnungen und die verschiedenen älteren und neueren einschlägigen Ministerialverfügungen. Die Bekanntmachung des Ministeriums des Innern betreffend die Zulassung der freiwilligen Feuerbestattung in Württemberg datiert vom 24. Juni 1921 unter Aufhebung der früheren Bestimmungen. An dieser Stelle darf darauf hingewiesen werden, daß Württemberg (wie auch Bayern) an der Besichtigung der zur Feuerbestattung bestimmten Leichen durch einen beamteten Arzt prinzipiell festhält, während in anderen Staaten auch praktische Ärzte diese Besichtigungen und Bekundungen machen können, Anordnungen, die schon Puppe mit Recht als bedenklich beanstandet hat. In der Dienstanweisung für die Leichenschauer würde Ref. bei dem Hinweis auf den Scheintod auch den Tod durch elektrischen Strom aufnehmen, bei dem immer noch Wiederbelebungsversuche vorgenommen werden sollten. Bei den Angaben über die Feststellung gewaltsamer Todesarten (§ 12 Abs. 3) sind die auffallend hellroten Totenflecke bei Kohlenoxyd- und Cyankaliumvergiftung nicht mitgenannt, sie fehlen auch in der Bayerischen Dienstanweisung bis jetzt, ebenso wie ein Hinweis auf Todesfälle durch Abtreibung. Jedenfalls ist bei genauer Einhaltung der Instruktionen eine möglichst gute und gewissenhafte Leichenschau garantiert und insbesondere die Begrabung Scheintoter verhütet; falls nicht ein approbierter Arzt die Leichenschau ausführt, ist eine doppelte oder unter Umständen auch noch eine dritte Leichenschau angeordnet.
H. Merkel (München).

Hildebrandt, Kurt: Die Lehre von Norm und Entartung in der Kriminologie. Arch. f. Kriminol. Bd. 75, H. 2, S. 118—131. 1923.

Die Norm finden wir nur im Leben der Gemeinschaft. Die Ableitung des Rechtes aus der Norm ist einfach und natürlich, doch bestehen dabei prinzipielle Gegensätze der Auffassung, die gegeben sind durch die Legalität und Ethik des Handelns. Die erstere betrifft nach Ansicht des Verf. nur die äußere Handlung, die letztere die Gesinnung resp. die Handlung als Ausdruck dieser Gesinnung. Die Ethik ist die höhere Norm, die Legalität eine niedrigere und abgeleitet von der Norm des Staates. Den Richter geht als Bevollmächtigten des Staates unmittelbar nur die Legalität an, doch gibt ihm das Gesetz sehr viel Spielraum zur Berücksichtigung der Ethik. Das Strafrecht besitzt keine einheitliche Norm, sondern ist ein rein praktisches Kompromiß aus verschiedenen Normen, der Sühne- und Vergeltungstheorie, der Abschreckungstheorie, der Theorie der Unschädlichmachung und der Besserungstheorie. Die letzte ist die vollkommenste Norm des Strafrechtes; ihre Anwendung ist aber bei gereiften Charakteren eine äußerst beschränkte. Unbedingt voranzustellen ist sie aber bei Jugendlichen. Bei den vermindert Zurechnungsfähigen ergibt sich aus der Zweckmäßigkeit eine Veränderung der rechtlichen Behandlung, bei deren Ausübung der

Jurist und der Psychiater sich in die Hände arbeiten müssen; dabei zeigt es sich aber, daß der Standpunkt des Arztes vielfach in Gegensatz kommt zum juristischen Vergleichungsbedürfnis. *Schönberg* (Basel).

Vidoni, G., e L. Cabitto: Contributo allo studio della personalità in antropologia criminale. (Beitrag zum Studium der Persönlichkeit in der Kriminalanthropologie.) (*Laborat. antropol. crim., Genova.*) Giorn. di psichiatri. clin. e tecn. manicom. Jg. 50, H. 3/4, S. 101—105. 1923.

Die Verff. betonen die Bedeutung, welche die Konstitutionslehre neuerdings durch die Endokrinologie für die Kriminalanthropologie gewonnen hat, und berichten über die Ergebnisse von morphologischen Untersuchungen an 44 erwachsenen und 116 minderjährigen Delinquenten. Unter den letzteren fanden sie 21,9% Mikro- und 41% Megaloplanchnici, Veränderungen der Schilddrüse in 56%, Gynäkomastie in 0,8%, Milchhaare an der Stirne in 42%, dürrtige Augenbrauen im äußeren Drittel in 32,5%. Von den Erwachsenen (untersucht nach der anthropometrischen Methode von Viola) waren unter den nichtgewalttätigen Verbrechern 12% Megaloplanchnici, 44% von langem Typus; unter den Gewalttätigen 55% Makroplanchnici, 18% von langem Typus. *Albrecht* (Wien).

Hellwig, Albert: Telepathie und Kriminalistik. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. 14, H. 4/7, S. 200—202. 1923.

Die Mitteilung beschäftigt sich mit dem Telepathen und Hellseher Savari in Hannover und dessen kriminalistischer Tätigkeit. H. bemerkt mit Recht: die ganze Geschichte des Okkultismus ist ein einziges großartiges Prakticum der forensischen Psychologie, wie man es sich nicht besser wünschen kann. In der Literatur sind in den letzten Jahren mehrfach angebliche Erfahrungen über erfolgreiche Aufklärung von Straftaten durch Hellseher veröffentlicht worden. Es ist aber kein einziger Fall bekannt geworden, in dem bei diesen Untersuchungen der Hellseher eine brauchbare Probe seiner angeblichen Fähigkeit abgelegt hat. Von einer Verwendung der Telepathie zu kriminaltaktischen Zwecken muß unbedingt abgeraten werden. *Lochte*.

Mezger, Edmund: Die Behandlung der gefährlichen Gewohnheitsverbrecher. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. 14, H. 4/7, S. 135—175. 1923.

In eingehender Weise wird in der vorliegenden Arbeit die jetzt vielfach diskutierte Frage nach der rechtlichen Behandlung der gefährlichen Gewohnheitsverbrecher besprochen. Der Gegenstand ist in sehr übersichtlicher Weise in mehrere Einzelfragen zergliedert. Zunächst wird eine orientierende Übersicht über die neueren Gesetzgebungsarbeiten auf diesem Gebiete in den einzelnen europäischen Staaten und in Nordamerika gegeben und im zweiten und dritten Teile die in denselben zutage tretenden verschiedenen Anschauungen einer kritischen Besprechung unterzogen. Im zweiten Teile befaßt sich der Verf. zunächst mit der Umgrenzung des Begriffes des „gefährlichen Gewohnheitsverbrechers“, bespricht die formaljuridischen und psychologischen Merkmale eines solchen und definiert dann den Begriff der Gefährlichkeit. Er verweist darauf, daß es gesetzgeberisch ganz verfehlt ist, die „Sicherung“ gegen „normale“ Gewohnheitsverbrecher von derjenigen gegen unzurechnungsfähige und vermindert zurechnungsfähige Verbrecher loslösen zu wollen, da hinsichtlich der Gefährlichkeit für die allgemeine Rechtssicherheit beide einander vollkommen gleichkommen. Im dritten Teile wendet sich der Verf. der Besprechung der grundsätzlichen Behandlung der Gewohnheitsverbrecher zu und bespricht den monistischen und dualistischen Standpunkt, welche Einteilung er der allgemein üblichen in 3 Systeme (1. nur Strafverlängerung, 2. nur Sicherungsverfahren, 3. Häufung von Strafe- und Sicherungsmaßnahmen) vorzieht, und entscheidet sich grundsätzlich für das dualistische System, d. h. Sicherungsmaßnahmen nach verbüßter Strafe für die Tat. Im vierten Teile folgt schließlich ein Vorschlag für die gesetzgeberische Durchführung der vorgeschlagenen Maßregeln in Form einer Ergänzung des geltenden deutschen Reichsstrafgesetzbuches durch folgende Bestimmungen:

§ 51 a. Die Strafe kann nach den Vorschriften des § 57 gemildert werden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung wesentlich herabgesetzt war. Der Strafvollzug ist für diese Fälle besonders zu regeln. — § 39 a. Auf Sicherungsverfahren kann erkannt werden: 1. wenn der Täter auf Grund des § 51 freigesprochen oder außer Verfolgung gesetzt wird; 2. wenn gegen den Täter auf Grund des § 51 a auf gemilderte Strafe erkannt wird; 3. wenn der Täter, nachdem er nach Verbüßung von mindestens einem Jahr Zuchthaus wegen einer hierauf begangenen strafbaren Handlung wiederum mit Zuchthaus bestraft worden ist und hiervon mindestens ein Jahr im Zuchthaus verbüßt hat, wegen einer hierauf begangenen strafbaren Handlung wiederum mit Zuchthaus bestraft wird. Auf Sicherungsverfahren darf jedoch nur erkannt werden, wenn der Täter infolge seines Zustandes sich als ein für die allgemeine Rechtssicherheit oder für die Rechtssicherheit einzelner Personen außergewöhnlich gefährlicher Mensch darstellt. — § 39 b. Die Durchführung der vom Gericht angeordneten Sicherungsverwahrung obliegt der Staatsanwaltschaft. Der Vollzug erfolgt nach verbüßter Strafe. Er kann in den Fällen des § 39 a Abs. 1 Ziff. 3 in einer Strafanstalt stattfinden. Die Staatsanwaltschaft kann den Vollzug unter Anordnung einer Schutzaufsicht über den Entlassenen widerrufen auf Probe aussetzen oder unterbrechen. Zur Fortsetzung der Sicherungsverwahrung bedarf es nach Ablauf von je drei Jahren erneuter gerichtlicher Anordnung. Marx (Prag).

Roos, J. R. B. de, und G. L. Suermondt: Die Kriminalität in den Niederlanden während und nach dem Kriege. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. 14, H. 4/7, S. 113—135. 1923.

Wie in den kriegführenden Ländern, so hat auch in den neutralen Ländern die Kriminalität während des Krieges zugenommen, wie aus der vorliegenden, die Verhältnisse in den Niederlanden behandelnden Arbeit hervorgeht. Die Zunahme betraf nicht nur Delikte gegen Gesetze, welche während des Krieges entstanden und für diese abnormen Zustände geschaffen worden sind — direkte Kriegskriminalität —, sondern auch strafbare Handlungen, die auch in normalen Zeiten verübt werden, durch die Kriegszustände aber neue Formen angenommen haben — indirekte Kriegskriminalität. Während in dem ersten Kriegsjahre nach der Statistik eine normale, ja sogar etwas geringere Kriminalitätsziffer festzustellen und auch im Jahre 1915 die Steigerung nur eine unbedeutende war, ist im Jahre 1916 und 1917 bereits eine bedeutende Erhöhung der Kriminalität zu beobachten. Im Jahre 1917 erreichten die bei den Gerichten anhängig gemachten Strafsachen das 3fache und die Zahl der Verurteilten fast das $2\frac{1}{2}$ fache von jenen im Jahre 1913. Ebenso ist auch eine Zunahme der Kriminalität der Jugendlichen festzustellen. Die Steigerung der Kriminalität betrifft vornehmlich Übertretungen der Distributionsgesetze, Überschreitung der Höchstpreise, Schmuggelhandel, Rückkehr in verbotene Gebiete, Nichtablieferungen bestimmter Waren u. a. Auffallend ist, daß die indirekte Kriegskriminalität erst am Ende des Krieges zugenommen hat und daß in manchen Delikten, beispielsweise bei den Körperverletzungen, eine bedeutende Abnahme feststellbar ist. Diese Abnahme ist jedoch nur eine scheinbare und begründet in der Überbürdung der Gerichte, wodurch weniger wichtige Fälle zurückgestellt wurden und liegen blieben. Dagegen hat die Zahl der Verurteilungen wegen Diebstahls während des Krieges bedeutend zugenommen und betrug im Jahre 1918 das 3fache von jenen im Jahre 1913. Es spricht diese Erscheinung dafür, daß als Ursache der Kriminalität, wenn auch nicht ausschließlich, doch auch mit soziale Umstände in Frage kommen und daß durch Anhäufung von Strafbestimmungen die Kriminalität nicht bekämpft werden kann, sondern zunimmt. Hinsichtlich der Verhältnisse in der Nachkriegszeit zeigt die vorliegende Statistik, daß die gewöhnliche Kriminalität im Jahre 1919 noch anstieg, daß aber im Jahre 1920 und besonders im Jahre 1921 eine Abnahme derselben feststellbar ist. Die Zunahme im Jahre 1919 bzw. die geringe Abnahme im Jahre 1920 erklären sich dadurch, daß eine große Zahl der in den früheren Jahren verübten leichteren Delikte erst jetzt zur Aburteilung kamen. Ebenso ist auch eine Abnahme der Kriminalität Jugendlicher für das Jahr 1921 in analoger Weise festzustellen. Immerhin warnen die Autoren vor einer allzu optimistischen Beurteilung dieser Tatsache. Denn gerade die große Zunahme der schweren Kriminalität in der Nachkriegszeit (Mord, Totschlag,

Körperverletzung mit tödlichem Ausgang und sexuelle Verbrechen) lassen einen Optimismus noch keineswegs am Platze erscheinen. *Marx (Prag).*

Künzel und Kürbitz: Die Behandlung der Trunkenen und Trunksüchtigen im Entwurf 1919 zu einem deutschen Strafgesetzbuch. (*Forensisch-psychiatr. Vereinig., Dresden, 165. u. 166. Sitzg. v. 16. u. 30. XI. 1922.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psych.-gerichtl. Med. Bd. 79, H. 5/6, S. 445—447. 1923.

Künzel: Der Entwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch vom Jahre 1919 enthält neben der auch bisher bereits gültigen Bestimmung über die Straffreiheit für eine in der Volltrunkenheit begangene Tat als neue Bestimmung vor allem, daß eine Verminderung der Zurechnungsfähigkeit infolge nicht selbst verschuldeter Trunkenheit ein Strafmilderungsgrund ist, und weiter, daß jeder, der sich schuldhaft in Trunkenheit versetzt hat, wegen sinnloser Trunkenheit bestraft werden soll. Weiters sieht der Entwurf die Unterbringung Trunksüchtiger in Trinkerheilanstalten, öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten vor, evtl. die Stellung des Betreffenden unter Schutzaufsicht. Sobald der Zweck der Maßregeln erreicht ist, kann Entlassung erfolgen, spätestens nach 2 Jahren, wobei den Betreffenden die Enthaltung vom Alkoholgenuß, Verzicht auf den Besuch von Wirtshäusern als Pflicht auferlegt werden kann. — Kürbitz erhebt vom ärztlichen Standpunkte einige Einwände gegen den Vorentwurf, verlangt stets ärztliche Begutachtung für den einzelnen Fall, insbesondere auch bei der Frage der Aufhebung der Schutzmaßnahmen, und spricht sich dagegen aus, die Internierungszeit mit 2 Jahren zu begrenzen. Die Strafsätze wegen Trunksucht hält er für zu niedrig.

In der Aussprache wird empfohlen, nicht von „Bewußtseinsstörungen“ als Folge der Trunkenheit zu sprechen, sondern von „Zuständen, die auf selbstverschuldeter Trunkenheit beruhen“, da ja Sinnestäuschungen keine Bewußtseinsstörungen sind. Auch in Fällen, in welchen schon vom Staatsanwalt wegen fehlender Zurechnungsfähigkeit das Verfahren eingestellt wird, sollte das Gericht auf Internierung erkennen können. Sicherungsmaßregeln seien auch dann erforderlich, wenn der Betreffende auch nur bestimmten Personen gefährlich ist. Die Entlassung vor Ablauf der zweijährigen Frist solle erst nach Anhören eines Sachverständigen möglich sein. *Marx (Prag).*

Pauliuc-Burla, Vespasian: Le rôle du médecin-légiste pendant une épidémie de typhus exanthématique. (Die Aufgabe des Gerichtsarztes während einer Fleckfieber-epidemie.) Ann. de méd. lég. Jg. 3, Nr. 10, S. 605—609. 1923.

Der Verlauf des Fleckfiebers gleicht mitunter dem Bilde einer schweren Vergiftung. In Epidemiezeiten können so, ähnlich wie bei Cholera, Verbrechen verdeckt oder umgekehrt bei der unsicheren Leichendiagnose Fleckfiebertodesfälle für Vergiftungen gehalten werden. Verf. teilt einen Fall mit, bei dem er (nach Ansicht des Ref. nicht genügend begründet) Fleckfiebertod annimmt:

Während der polnischen Fleckfieber-epidemie 1916 stirbt ein 39-jähriger kräftiger Mann aus voller Gesundheit heraus nach mehrstündigem Unwohlsein, Erbrechen und starkem Durchfall. Die Sektion erfolgt 12 Stunden post mortem wegen Anschuldigung einer Frau auf Giftmord. Außer mäßiger Cyanose der Beine, punktförmigen Echyosen der Rückenhaut und braunschwarzer Erweichung des Nebennierenmarkes: negativer Befund. Histologische Untersuchungen fehlen, ebenso eine Angabe über das Ergebnis der zur chemischen Untersuchung zurückbehaltenen Leichenteile. *Besserer (Münster i. W.).*

Martin, Etienne: Les actes de l'état civil (naissance, mariage, décès) et l'exercice de la médecine en France. (Das Verzeichnis des Personenstandes [Geburt, Heirat, Tod] und die ärztliche Praxis in Frankreich.) Journ. de méd. de Lyon Jg. 4, Nr. 93, S. 671—683. 1923.

Verf. legt zunächst die Mängel der bestehenden französischen Verordnungen bei den Anzeigen von Geburt und Tod dar, wodurch eine strikte Kontrolle unmöglich gemacht werde, und schlägt eine neue Fassung der betreffenden Gesetze vor. Sowohl die Geburt eines Kindes als auch der Tod einer Person soll zweifach dem Standesamt angezeigt werden: von den Angehörigen und vom Arzte, resp. von der Hebamme. Die ärztlichen Meldungen sollten auf vorgedruckten Formularen geschehen, wobei dem ärztlichen Geheimnis nach Möglichkeit Rechnung getragen würde. Bei zweifelhaften Zuständen hat der Amtsarzt oder ein hierzu erwählter Experte die Untersuchung vorzunehmen. Zuletzt fordert der Verf. die Überwachung und Kontrolle der Ärzte durch besondere Disziplinarräte, die aus der Mitte der Ärzte durch diese selbst gewählt würden. *Schönberg (Basel).*

● **Nathan, Ernst:** Über den Ausschluß der Rechtswidrigkeit im Strafrecht unter besonderer Berücksichtigung des ärztlichen Wirkungskreises. (Strafrechtl. Abhandl., gegr. v. Hans Bennecke. Hrsg. v. Lilienthal. H. 206.) Breslau: Schlettersche Buchhandlung 1923. 57 S. G. Z. 1,60.

Die Arbeit bewegt sich auf rein theoretischem Gebiete. Die vorgetragenen Rechtsfragen haben nur einen losen Zusammenhang mit dem ärztlichen Wirkungskreise. Zum Referat in dieser Zeitschrift ist die Arbeit nicht geeignet. *Lochte* (Göttingen).

Haenel, Hans: Darf der Arzt töten? (*Forensisch-psychiatr. Vereinig., Dresden, 163, Sitzg. v. 22. VI. 1922.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psych.-gerichtl. Med. Bd. 79, H. 5/6, S. 438—442. 1923.

Rein juristisch betrachtet, begeht jeder Arzt, der einen unheilbar Kranken oder Sterbenden zum Tode statt zum Leben hilft, selbst wenn dies mit dessen Einwilligung geschieht, einen Mord. Haenel spricht sich für die Zuerkennung des Rechtes an den Arzt aus, unheilbare Kranke von ihren Qualen zu befreien und schließt sich dem Vorschlage Bindings und Hoches an, daß die Entscheidung einem Kollegium vorzubehalten sei, das aus einem Allgemein-Mediziner, einem Psychiater und einem Juristen unter Vorsitz eines Laien bestehen soll.

In der Aussprache nimmt Ganser-Dresden gegen die Ausführungen des Vortragenden Stellung und lehnt sie vom Standpunkte des Arztes ab, der sich nie zu einer solchen Handlung hergeben dürfe, durch welche dem Volke das Gefühl von dem Wert des Lebens genommen würde. Diesen Ausführungen schließt sich Krauer-Dresden an und will die Frage vom Standpunkte der Ethik betrachtet wissen. Weißwanger-Dresden tritt für die Sterbehilfe ein. Ilbig-Sonnenstein weist darauf hin, daß die Ärzte schon jetzt in weitgehendem Maße Schmerzen lindern, daß sie also keineswegs zu töten brauchen. Auch Hösel-Dresden und Schlegel-Arnsdorf sprechen sich gegen die Sterbehilfe aus, während Heyn für die Zulassung der Sterbehilfe bei einem unrettbar Verlorenen und schwer leidenden Kranken auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin eintritt. *Marx* (Prag).

Pelckmann, Fritz: Euthanasie. (Das Recht des Arztes zur Tötung.) Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jg. 14, H. 4/7, S. 178—199. 1923.

Verf. unterscheidet 3 Erscheinungsformen der Euthanasie: a) Euthanasie im weiteren Sinne: die Krankheit ist unheilbar und tödlich, der Zeitpunkt des Todes ist aber noch ungewiß. Der Arzt gibt dem Kranken auf dessen Verlangen eine Morphiuminjektion, die den Tod herbeiführt. b) Euthanasie im engeren Sinne: der alsbaldige Tod des Kranken steht bevor. Wird die Euthanasie auf Verlangen des Kranken gewährt, so ist der Fall wie unter a) zu beurteilen. Die Euthanasie kann aber auch ohne eine nach außen hin wirkende Willensbeteiligung des Kranken gewährt werden. c) Reine Euthanasie: Eine bewußt herbeigeführte Lebensverkürzung liegt nicht vor. Durch die Einspritzung des Narkoticums wird lediglich ein Erhalten des Lebens in schmerzlosem Dämmer Schlaf bis zum Tode, nicht aber eine raschere Auflösung bewirkt. Der juristische Kernpunkt der Euthanasiefrage ist die Feststellung, ob bei der Euthanasie im weiteren und engeren Sinne (a und b) überhaupt eine rechtswidrige Handlung vorliegt, auf die die §§ 211, 212, 216 StGB. Anwendung finden können. Die rechtliche Grundlage der Untersuchung ist folgende: Jede Tötung eines Menschen verletzt 2 Interessensphären: die Individualsphäre mit dem Lebenswillen und auf der anderen Seite den Anspruch des Individuums auf Schutz gegen Angriffe auf Leib und Leben und die Staatssphäre. Es gibt Fälle, in denen das Leben sowohl für den Lebensträger, wie für den Staat jeden Wert verloren hat (z. B. unheilbar körperlich Kranke). Das sind die Fälle der Euthanasie im weiteren Sinne. Die Tat fällt nach Pelckmann nicht unter die Norm des § 216, sie ist nicht rechtswidrig, nicht strafbar. Auf die juristische Begründung im einzelnen kann hier nicht eingegangen werden. Falls bei der Euthanasie im engeren Sinne dem Todesverlangen nicht Ausdruck gegeben werden kann, so greift hier, das ist nach P. die Lösung des Problems, eine durch die Wahrung berechtigter Interessen gerechtfertigte Präsuntion des Todesverlangens Platz. Damit ergibt sich auch hier die Straflosigkeit der Euthanasie, weil es an der Verletzung irgendeines Rechtsgutes mangelt. Die reine

Euthanasie ist ihrem ganzen Charakter nach rechtmäßige, straflose Handlung. Zum Schluß formuliert P. kurz die Kautelen, die sich bezüglich der Euthanasie im weiteren Sinne empfehlen, um „irreparable“ Irrtümer und unter Umständen auch verbrecherischen Mißbrauch zu vermeiden. Bezüglich dieser muß auf das Original verwiesen werden.

Lochte (Göttingen).

Reinbold, P.: Diagnostie chirurgical et médecine légale. (Chirurgische und gerichtlich-medizinische Diagnostik.) Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 43, Nr. 6, S. 337 bis 350. 1923.

Antrittsvorlesung bei Übernahme des Lehrstuhls der gerichtlichen Medizin an der Universität Lausanne, in der die Bedeutung der chirurgischen Diagnostik für die gerichtliche Medizin an der Hand mehrerer charakteristischer Beispiele beleuchtet wird.

Ziemke (Kiel).

Zur Verth, M.: Das Panaritium. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. Bd. 16, S. 653 bis 754. 1923.

Diese umfangreiche, dem modernsten wissenschaftlichen Standpunkte entsprechende, klar geschriebene Darstellung bietet eine Fülle von Wissenswertem, ist aber zu einem kurzen Referat weniger geeignet. Für den häufig sezierenden Gerichtsarzt ist das lehrreiche Kapitel über das Ärztepanaritium besonders zu empfehlen, auch der Unfallbegutachter dürfte aus dem Studium der Arbeit vielseitige Anregung schöpfen.

K. Reuter (Hamburg).

● **Grotjahn, Alfred: Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der Krankheiten als Grundlage der sozialen Hygiene. Mit Beiträgen von C. Hamburger, R. Lewinsohn, A. Peyser, W. Salomon und G. Wolff. 3. neubearb. Aufl.** Berlin: Julius Springer 1923. VIII, 536 S. G.-M. 18,50, \$ 4,50.

Nachdem 1915 die zweite Auflage erschienen war, ist jetzt bereits die dritte notwendig geworden. Auch dieser Auflage sind die Erfahrungen zustatten gekommen, die G. am hygienischen Institut der Universität Berlin an der dort errichteten Abteilung für soziale Hygiene sammeln konnte. Verf. hat kurze Bemerkungen über das Wesen der einzelnen Krankheiten eingestreut, weil er — mit Recht — sich von dem Gedanken leiten ließ, daß das Buch auch von Volkswirten und Verwaltungsbeamten gelesen werden dürfte. Die Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße, die Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie den Krebs hat R. Lewinsohn, die Säuglingskrankheiten und Kinderkrankheiten W. Salomon, die chirurg. Krankheiten G. Wolff, die Augenkrankheiten C. Hamburger, die Hals- und Ohrenkrankheiten A. Peyser bearbeitet. Aus der umfangreichen Literatur hat Gr. nur das Wichtigste gebracht. Er verweist im übrigen auf die von ihm und F. Kriegel, jetzt H. Hausteine, zusammengestellten „Jahresberichte über soziale Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik sowie alle Zweige des sozialen Versicherungswesens“, die früher bei G. Fischer in Jena, seit 1916 als Hefte der Veröffentlichungen aus dem Gebiete der preußischen Medizinalverwaltung im Verlage von R. Schoetz in Berlin erschienen sind. Das Buch ist flott und fesselnd geschrieben und interessiert durch den stark subjektiven Ton auch da, wo der kritische Leser den Anregungen des Verf. und seinen Schlußfolgerungen nicht zu folgen imstande ist. Möge der Verf. mit dem Urteil recht behalten, daß für Deutschland die Nachkriegsjahre keineswegs eine Zeit des Niederganges und des Verfalles bedeuten, sondern eine solche der Läuterung und Erneuerung! *Lochte*.

Verletzungen. Gewaltsamer Tod aus physikalischer Ursache.

Landois, Felix: Die Fettembolie. Ergebn. d. Chirurg. u. Orthop. Bd. 16, S. 99 bis 154. 1923.

Unter Beigabe eines umfangreichen Literaturverzeichnisses wird die Fettembolie von chirurgischem Standpunkte aus eingehend behandelt. Aus den Statistiken, erhoben am Sektionstisch und im klinischen Betriebe, ersieht man, daß die Fettembolie wohl bei jeder schweren Verletzung des Knochensystems vorkommt, aber nur in den selten-

sten Fällen zum Tode führt, und Verf. steht unter dem Eindruck, als wenn die tödliche Fettembolie infolge von Verbesserungen in der Frakturbehandlung seltener geworden sei. Das zusammenfassende Urteil über die Todesursache bei der Fettembolie lautet folgendermaßen:

Bei jeder Knochenverletzung und Erschütterung des Körpers wird flüssiges Fett in den kleinen, später in den großen Kreislauf eingeschwemmt. Die meisten Menschen überstehen diese Embolie anstandslos. Unter besonderen Umständen, bei Erkrankungen des Herzens, Gefäßanomalien, Veränderungen in den Lungen, werden die Lungencapillaren von den Fetttropfen nicht befreit, sie bleiben verstopft, der Gaswechsel unterbleibt und der Tod erfolgt unter Atemnot an Erstickung. Diese Todesursache, die pulmonale, ist die häufigste. Ferner tritt der Tod ein durch Versagen der Herztätigkeit. Das Herz, schlecht angelegt oder unterernährt, stellt überarbeitet die Schlagfolge ein, oder nachdem der Muskel vorher durch die Fettembolie seiner Coronararterien geschädigt ist. Hat das Fett den kleinen Kreislauf passiert, so kann schließlich der Mensch noch an den Schädigungen des Gehirns und der Medulla oblongata, der Nieren und Nebennieren zugrunde gehen.

Ein besonderer, ausführlicher Abschnitt behandelt die Fettembolie in ihrer Bedeutung für die forensische Medizin. Gibt es eine „Fettembolie nach dem Tode“? Welche Bedeutung kommt der Fettembolie als Ursache des Todes zu? Diese schwierigen Fragen sind in sehr gründlicher und lehrreicher Weise behandelt. *K. Reuter* (Hamburg).

Olbrycht, Jan: Fettembolien. Gerichtliche Medizin. Polska gazeta lekarska Bd. 1, Nr. 23, S. 468—473. 1922. (Polnisch.)

Den Zweck obiger Arbeit sieht Verf. in der praktischen Bedeutung, welche Fettembolien in der gerichtlichen Medizin spielen, ferner in der Stellungnahme zu einigen noch nicht entschiedenen und mit dieser Frage verknüpften Einzelheiten. Sein Material besteht aus 283 Fällen von Fettembolie, bei welchen er sich ausschließlich auf die Untersuchung der Lunge beschränkt. Er geht von der Voraussetzung aus, daß das Fett, nach Passierung des Herzens, in den meisten Fällen in den Capillargefäßen der Lunge stecken bleibt und nur in wenigen Fällen in den großen Kreislauf gelangt und dann Embolie im Gehirn, Nieren, Herz, Leber usw. hervorrufen kann. Für Schnittfärbungen verwendet er Sudan III. Die mikroskopische Untersuchung ist entscheidend, da makroskopisch die Lunge trotz Anwesenheit zahlreicher Embolien ein vollständig normales Aussehen haben kann und höchstens etwas Ödem und auf dem Durchschnitt Hyperämie gefunden wird. In einer ausführlichen Tabelle zeigt Verf., daß die häufigsten und ausgedehntesten Fettembolien nach Verletzung der langen Röhrenknochen stattfinden (in 19 von 22 Fällen). Bei flachen und kurzen Knochen finden sich die Fettembolien viel seltener; Ausnahmen bilden Fettembolien bei Bruch von Schädelbasis oder Schädelgewölbe oder Rippenbruch. In 50% der Fälle aber werden Fettembolien bei Verletzungen der Bauchdecken beobachtet, dagegen selten bei Verletzungen der inneren Organe. Neubildungen und Vergiftungen rufen keine Fettembolien hervor. Verf. beobachtete das regelmäßige Vorkommen von Fettembolie bei Todesfällen nach Verbrennung. In einer Anzahl von Experimenten beschäftigt er sich mit dieser Frage und gibt das Ergebnis dieser Untersuchungen ebenfalls in einer Tabelle bekannt, wobei er zu dem Schlusse kommt, daß der Grad der Verbrennung eine größere Bedeutung als die Ausdehnung der Verbrennung hat. In den Fällen, in welchen eine längere Zeit von der Verbrennung bis zum Tode abgelaufen ist, konnten keine Fettembolien festgestellt werden. In einer dritten tabellarischen Übersicht stellt Verf. klinisch beobachtete Todesfälle nach Verbrennung zusammen. *Jurasz* (Posen).

Werner, A. H.: Death by electricity. (Tod durch Elektrizität.) New York med. journ. a. med. record Bd. 118, Nr. 8, S. 498—500. 1923.

Werner berichtet in diesem kurzen Artikel über seine Beobachtungen anlässlich der Elektroktion (elektrischen Hinrichtung) eines Militär veteranen, dessen Leiche unmittelbar nach der Exekution obduziert wurde. Auf manche interessante Einzelheiten des Befundes kann hier nicht näher eingegangen werden, ebenso nicht auf mancherlei Einwendungen, welche sich bei der Lektüre des Artikels wohl jedem Gerichtsarzte aufdrängen würden. Am auffälligsten erscheint aber in W.s Artikel die Anführung der Wirkung des elektrischen Stromes auf Bakterien, namentlich deren Abtötung im lebenden Körper, Behauptungen für die keinerlei Beweise

beigebracht werden. Der von W. an dem Herzen eines Enthaupteten durchgeführte Versuch (Weiterschlagen des Herzens in warmer physiologischer Kochsalzlösung durch über 1 Stunde) beweist natürlich für die bekanntlich strittige Frage des Todes durch Herzkammerflimmern gar nichts. Es wären daher weitere gründlichere Untersuchungen in dieser Richtung sehr wünschenswert. *Kalmus (Prag).*

Ziemke, Ernst: Todesfälle durch den elektrischen Strom und ihre Beziehungen zum Unfall. (*Inst. f. gerichtl. Med., Univ. Kiel.*) Monatschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 20, Nr. 5, S. 107—119 u. Nr. 6, S. 121—136. 1923.

Unter kritischer Würdigung der Theorien, die über das Wesen des Todes durch Elektrizität aufgestellt worden sind, werden die Todesfälle durch den elektrischen Strom und ihre Beziehungen zum Unfall besprochen. In der Hauptsache stehen sich 3 Anschauungen gegenüber: 1. Der Tod durch Elektrizität ist eine zentrale Atemlähmung, eine besondere Art der inneren Erstickung. 2. Veränderungen in den nervösen Zentralorganen spielen eine entscheidende Rolle. 3. Der elektrische Tod tritt fast immer durch Herzkammerflimmern ein, eine Anschauung, die gegenwärtig die meiste Anerkennung gefunden hat. Wahrscheinlich ist eine einheitliche Todesursache für alle Fälle von Tod durch Elektrizität überhaupt nicht vorhanden. Bei seinem Eintritt ist auch die individuelle Disposition von Wichtigkeit. Menschen mit dem sog. Status thymico-lymphaticus, jugendliche Personen, herabgekommene chronische Alkoholisten und Herzranke sind besonders empfindlich und in höherem Maße gefährdet. Je größer der disponierende Koeffizient ist, desto kleiner kann der auslösende Koeffizient sein; je ausgesprochener eine bestehende Krankheit ist, desto schwächer braucht der elektrische Strom zu sein, der den Tod verursacht. Unter den pathologischen Veränderungen sind einzig und allein die Hautveränderungen charakteristisch. Neben Verbrennungen aller Grade kommen spezifisch elektrische Hautveränderungen vor, die dadurch entstehen, daß am Orte der Stromeinwirkung Joulesche Wärme gebildet wird, und zwar in den Zellen selbst, die durch Gerinnungsvorgänge verändert werden. Es werden 4 Fälle eigener Beobachtung mitgeteilt. Bei allen handelte es sich um Unglücksfälle, bei dem einen gelegentlich eines Diebstahls von Leitungsdraht, in den 3 anderen bei Arbeiten in Betrieben. Bei 2 der Fälle kamen chronische Erkrankungen als disponierender Koeffizient für die Wirkung des Stromes in Betracht. Diagnostisch wichtig waren spezifische Hautveränderungen, die allein oder als Mischform mit Verbrennungen gesehen wurden. Auch die Bildung von Knochenperlen aus phosphorsaurem Kalk, wie sie bisher nur von Reuter beschrieben wurden, und Umwandlung des Blutes in Hämatin im Subcutangewebe, die auf eine beträchtliche Hitze Wirkung schließen ließen, konnten diagnostisch verwertet werden. Mikroskopische Veränderungen an den Ganglienzellen des Zentralnervensystems, wie sie von Jellinek bei Starkstromverletzten beschrieben worden sind, waren dagegen nicht vorhanden. Interessant ist noch die Tatsache, daß von den 4 mitgeteilten Fällen es 3 mal Lichtleitungen von 220 Volt Spannung waren, die das Unglück verursachten. *Ziemke.*

Luther, Hans: Über einen besonderen Fall einer Schädelverletzung durch elektrischen Starkstrom. (*Chirurg. Klin., Erlangen.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 181, H. 3/4, S. 220—237. 1923.

29jähr. Monteur kommt in einem Hochspannungsraum (Drehstrom von 5000 Volt, 9 Ampere, 50 Perioden) mit dem Kopf an die im Abstand von 8 cm laufenden Drähte, die den Strom zum Meßtransformator führen. Kurze Bewußtlosigkeit. Auf der linken Schädelhälfte lineare Verletzung von 6 cm Länge und 2 cm Breite, nach vorn davon gelblicher Strich von 10 cm Länge und 2 mm Breite. Dazwischen unversehrtes Gewebe. Erst nach 3 Tagen weiterer Arbeit Krankmeldung. Jauchiger Zerfall der Kopfschwarte, nekrotische Abstoßung zweier über 5 Markstück großer Knochenstücke binnen 8 Wochen. Dura unverletzt. Dauernd negativer Nervenstatus.

Die geringe Schädigung des Allgemeinbefindens erklärt sich dadurch, daß der Strom nur eine kurze Wegstrecke von 8 cm am Schädeldach zu durchlaufen hatte, und daß er nur einen Bruchteil einer Sekunde infolge sofortigen Einschmelzens der Sicherungen eingewirkt hatte. Das Besondere des Falles liegt weiter darin, daß es

schon nach 8 Wochen zu einer vollständigen Abstoßung des nekrotischen Schädels kam, während sonst der Prozeß $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ Jahr dauert. Offenbar kam es infolge der hohen Wärmeentwicklung zu einer vollständigen Abtötung des Knochens. *Giese.*

Schilling-Siengalewicz, S.: Erkennung des Verbrennungstodes. *Polska gazeta lekarska* Jg. 2, Nr. 37, S. 675—676. 1923. (Polnisch.)

Naturgemäß spielen bei der Feststellung des Todes infolge Verbrennung die Hautveränderungen die erste Rolle. Hat man sich versichert, daß die Brandwunden wirklich zu Lebzeiten entstanden sind, wird vor allem ihre Ausdehnung für die Todesursache ausschlaggebend sein. Man weiß, daß die Verbrennung der Hälfte der Hautoberfläche zum Tode führt, und daß gewöhnlich schon genügt, daß ein Drittel der Hautoberfläche verbrannt ist, um einen tödlichen Ausgang nach sich zu ziehen. In Einzelfällen tritt aber der Tod bei Verbrennung einer noch viel kleineren Hautoberfläche ein, und da ist es wichtig festzustellen, den Grad der Verbrennung und welcher Körperteil betroffen ist. In komplizierten Fällen können jedoch neben den Brandwunden noch andere pathologische Veränderungen in den Organen bei der Sektion festgestellt werden, und da muß auseinandergesetzt werden, in welchem Verhältnis diese Veränderungen zu den Brandwunden stehen, ob sie abhängig oder unabhängig von ihnen sind. Schwierigkeiten bieten solche Fälle, in denen nur ein geringer Teil der Hautoberfläche verbrannt ist und dazu an einer Stelle, deren Verbrennung keinen tödlichen Ausgang nach sich zieht. Die Sektion der inneren Organe sagt uns da wenig, mit Ausnahme eines Organs: der Nebennieren. Kolisko hat uns gelehrt, daß bei Verbrennungstod Veränderungen in den Nebennieren auftreten, und zwar in Gestalt von Hyperämie oder sogar von Hämatomen der Rinde. Verf. hat bei einem gerichtlichen Fall Gelegenheit gehabt, diese Beobachtung Koliskos von neuem festzustellen.

Es handelte sich um einen 5 Monate alten Säugling, weiblichen Geschlechts, der von seiner Pflegerin, angeblich wegen Hustens, auf die warme Ofenplatte um 10 Uhr abends gelegt und um 5 Uhr morgens tot aufgefunden worden ist. Neben unbedeutenden Hautverbrennungen im Gesicht und Nacken, war nur eine einzige Verbrennung dritten Grades und zwar eine 3×1 cm große Stelle unterhalb des linken Schulterblattes vorhanden. Dieses äußere Bild der Verbrennungen genügte nicht zur Erklärung der Todesursache. Die inneren Organe zeigten keine pathologischen Veränderungen bis auf die Nebennieren, die ein relativ großes Hämatom aufwiesen, das fast die ganze Marksubstanz in beiden Nebennieren zerstörte. Dieser Nebennierenbefund veranlaßte Verf., in der Verbrennung die Todesursache zu sehen und vor Gericht eine entsprechende Erklärung abzugeben. *W. Kowalski (Posen).*

Moncrieff, Alan: Traumatic asphyxia. (Druckstauung.) *Lancet* Bd. 204, Nr. 26, S. 1307. 1923.

3 Fälle: 2 junge Männer von Aufzügen eingeklemmt, ein 16 jähriges Mädchen von einem Omnibus überfahren. Alle kamen davon. Verf. neigt der Annahme von Beech und Colb zu, daß es sich nicht um Blutaustritte, sondern um durch die mächtige Stauung bedingte Erweiterung der Haargefäße handelt. Zur Behandlung empfiehlt er Sauerstoff, Heroin und Atropin. *Meixner (Wien).*

Minami, Seigo: Über Nierenveränderungen nach Verschüttung. (*Stadt. Krankenh. a. Friedrichshain, Berlin.*) *Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.* Bd. 245, S. 247 bis 267. 1923.

Den Fällen von Nierenveränderungen bei Verschüttungen, für welche Borst und Hackradt eine vasomotorische Genese angenommen haben, stehen andere Fälle gegenüber, auf welche diese Deutung nicht zutrifft. Auch hier finden sich bei der Sektion multiple Muskelnekrosen und parenchymatöse Degeneration der Nieren, doch fehlen mehrere der von Borst und Hackradt festgestellten makroskopischen und mikroskopischen Befunde an den Nieren: die durch starke Blutfüllung grau-violette Oberflächenfärbung der etwas vergrößerten Niere, die zahlreichen kleinen Blutungen auf der Nierenoberfläche, die Anwesenheit von roten Blutkörperchen im Kapselraum, der Glomeruli und von Blutzylindern in der Lichtung der Sammelröhren, schließlich die Ausstopfung der Vasa afferentia und der Glomeruluscapillaren mit roten Blutkörperchen (als Ausdruck einer Stase). Es finden sich vielmehr die Zeichen einer rein tubulären Schädigung (Nephrose), sowie mehr oder minder intensive Met-

hämoglobinfarkte in den Pyramiden, den Kanälchen der Markstrahlen und in der Rinde. Akute Parenchymdegeneration sowie Methämoglobinfärbung infolge eines akuten Blutzerfalls sind Folgen einer akuten Autointoxikation. Sie wird ausgelöst durch den Zerfall des Muskeleiweißes an der Stelle der multiplen Nekrose. Als Todesursache konkurrieren Autointoxikation, Blutzerfall und Degeneration des Nierenparenchyms.

Vorkastner (Greifswald).

Meylahn, Karl: Über spontane diffuse Meningealblutungen. (Städt. Krankenh., Stettin.) Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 78, H. 1/2, S. 78—99. 1923.

Schlußsätze des Verf.: Spontane Meningealblutungen sind fast immer Diapedesisblutungen. Die Ursache für das Zustandekommen solcher Blutungen sind Störungen in der Funktion des Gefäßnervenapparats. Diese Vasomotorenstörungen können die Folge irgendwelcher Gefäßwänderkrankungen sein. Unbedingte Voraussetzung ist aber in jedem Fall eine schon vorher dagewesene konstitutionelle Schwäche der Gefäßnerven. Wartenberg (Freiburg i. Br.).

Bonnet, Paul, Joseph-F. Martin et Vlastimir Nikodievitch: Notes sur deux observations de rupture spontanée des artères. (Bemerkungen zu 2 Fällen von Spontanruptur von Arterien.) Lyon chirurg. Bd. 20, Nr. 5, S. 566—582. 1923.

Mitteilung der beiden Fälle und ausführliche Beschreibung der gewonnenen Präparate. Der eine Fall, der an der rumänischen Front vorkam, wurde nur makroskopisch untersucht, der andere auch mikroskopisch. In beiden Fällen handelte es sich um ältere Männer, die an allgemeiner Atheromatose litten und deren Gefäßwände auch am Orte der Verletzung atheromatöse Veränderungen aufwiesen. Beide hatten kurz vorher eine Infektionskrankheit überstanden, der eine Flecktyphus, der andere Malaria. Die mikroskopische Untersuchung der Gefäßwand zeigte nun, daß der atheromatöse Prozeß nicht wie gewöhnlich in der Intima saß, sondern in der Media. Dort hatte er die Elastica zerstört und so eine schwache Stelle in der Wand geschaffen. Bei der Infektionskrankheit war offenbar der atheromatöse Herd infiziert worden und so ein atheromatöser Absceß geworden. Die Entzündung griff auch auf die benachbarten Gewebe (Intima und Adventitia) über und schließlich wurde die Gefäßwand durchbrochen. Es entsteht nun ein Hämatom, entweder mit einemal oder schubweise. Da der atheromatöse Herd infiziert war, ist auch das Hämatom primär infiziert, und macht die entsprechenden klinischen Erscheinungen. Zillmer (Berlin).

Mason, James Monroe: The influence of hemorrhage on the mortality in gunshot wounds and other injuries of the abdomen — with an analysis of 69 cases. (Der Einfluß der Blutung auf die Mortalität bei Schuß- und anderen Verletzungen des Abdomens, mit einer Zergliederung von 69 Fällen.) Ann. of surg. Bd. 78, Nr. 3, S. 364—369. 1923.

Von den 69 in 3 Spitälern in den Jahren 1920—22 eingelieferten Abdominalverletzungen, welche in 1 Bauchkontusion, 9 Stich- und 59 Schußverletzungen bestanden, starben im ganzen 41 = 59,4%. Die hohe Mortalität ist nach Mason nicht durch die Perforation oder Zerreißen der Baucheingeweide hervorgerufen, seitdem alle Verletzungstypen operativ angegangen werden, sondern durch die massige Blutung, welche oft mit der Eingeweideverletzung vergesellschaftet ist. Wenn man die Fälle in schwere und leichte Blutungen trenne, so treffen auf die 27 operierten Fälle mit schwerer Blutung 88,8% Todesfälle, auf die 19 operierten Fälle mit leichter Blutung nur 31,5% Todesfälle. 10 der schweren Fälle waren wegen Kollaps überhaupt nicht operabel und gingen alle zugrunde. Gebels (München).

Kempf, Friedrich: Milzruptur und Trauma. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 30, Nr. 9, S. 206—216. 1923.

Die von Kempf mitgeteilte Beobachtung einer Milzruptur nach verhältnismäßig unbedeutendem, anfänglich unbeachtetem und vom Verletzten nicht gemeldetem Trauma und die daran sich knüpfenden Folgerungen verdienen volle Beachtung und erscheinen dazu berufen, aufklärend zu wirken hinsichtlich der übermäßigen Einschätzung krankhafter Veränderungen der Milz bei Typhus und Malaria in ihrer Beziehung zur Entstehung sog. Spontanorganzerreißen. Ich stimme K. vollkommen bei, daß die spontanen Zerreißen der Milz zu den größten Seltenheiten gehören und daß in jedem Fall von Milzruptur nach etwaiger traumatischer Einwirkung mit Fleiß zu fahnden ist. K.s Fall liefert hierzu einen schlagenden Beweis:

Am 16. IX. 1919 wurde nachmittags der 25jährige Jäger W. K. wegen heftiger Leibes-schmerzen ins Krankenhaus in Braunschweig eingeliefert. Der sehr kleine Puls wies etwa 120 Schläge auf, die Temperatur 36,4, die etwas belegte Zunge war trocken. Es bestand auffällige Blässe der Haut, des Gesichtes und der sichtbaren Schleimhäute, die Bauchatmung infolge Bauchdeckenspannung stark eingeschränkt, die Bauchgegend insbesondere links vom Nabel

druckempfindlich, die untere Lebergrenze nicht verschoben, über dem linken Rippenbogen im mittleren oberen Bauchteil tympanitischer, in beiden Flanken und im unteren Bauchabschnitt gedämpfter Klopfeschall. Die Bauchhaut nirgends verfärbt, die heftigen Leibschermerzen sollen seit der vergangenen Nacht bestehen. Irgendeine Erklärung konnte der sehr intelligente Kranke (in früherem Beruf Schauspieler) auch auf eindringliches Befragen nicht geben. Wegen wahrscheinlich angenommener Peritonitis infolge Durchbruchs eines Magengeschwürs (obwohl der Kranke nie Magenbeschwerden gehabt hat) wurde ohne Verzug operiert. Dabei quoll aus der Gegend des linken Rippenbogens sofort eine große Menge flüssiges Blut. Nach Anlegung des linksseitigen Querschnittes auf den Längsschnitt fand sich die Milz in dickes Blutgerinnsel eingehüllt. Die Milz wurde operativ entfernt. Dieselbe wies in der unteren Hälfte über der konvexen Seite einen queren Riß der Milzkapsel auf, der um die vordere Kante sich auf die dem Magen anliegende Fläche bis zur Milzpforte fortsetzte. Unterhalb des Risses war die Kapsel in größerer Ausdehnung von dem blutenden Parenchym abgehoben. Die Milz maß nach ihrer Entfernung 15 : 7 cm. Der Befund des path.-anat. Institutes (Prof. W. H. Schultze) lautete: „Milz auf dem Schnitt von rostfarbener bis rotbrauner Farbe, Lymphfollikel weißlich, von Stecknadelkopfgroße, deutlich hervortretend. Mikroskopisch zeigt die Milz sehr starkes Hervortreten der Lymphknötchen mit reichlichen Keimzentren, im übrigen sind besondere Veränderungen, vor allem Pigmentierungen nicht festzustellen“. Verf. war auch ohne diese Mitteilung von path.-anat. Seite auf Grund des Operationsbefundes der Überzeugung, daß die Milzzerreißung nur durch eine äußere Gewalteinwirkung bedingt sein konnte. Bei neuerlich eingehender Befragung am Tage nach der Operation erinnerte sich der Kranke, daß er etwa 24 Stunden vor der Krankenhausaufnahme beim Ringen mit einem Kameraden und zwar nach der Mahlzeit einen Stoß gegen den Leib erhielt, dem er keine Bedeutung beilegte und der ihn auch nicht hinderte, am Abend auf Wache zu ziehen. Erst in der darauffolgenden Nacht, ungefähr 12 Stunden vor der Operation und ebenso lange Zeit nach dem Stoß, wurde er durch heftige Schmerzen aus dem Schlafe geweckt und mußte sich am folgenden Morgen krankmelden.

In eingehender Weise bespricht K. die Ursachen für die Entstehung von Rupturen, würdigt dabei die in der Literatur ganz vereinzelt Fälle von sog. Spontanrupturen bei Typhus- und Malariaveränderungen der Milz und gelangt zum Schluß, daß spontane Entstehung von Milzzerreißungen nach den Literaturausweisen der letzteren Zeit im allgemeinen doch zu den größten Seltenheiten gehören. C. Ipsen (Innsbruck).

Reichmann: Trauma und Wirbelsäule. Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 30, Nr. 7, S. 145—161. 1923.

Nach einer Einleitung über die verschiedene anatomische Veranlagung der einzelnen Gegenden der Wirbelsäule zu traumatischen Erkrankungen bespricht Reichmann die Wirbelsäulenverletzungen vom Standpunkt des Internen. Er unterscheidet: 1. Verletzungen der Wirbelsäule ohne eigentliche neurale Symptome. Solche mit Bluterguß fordern zu wiederholter genauer Untersuchung (Röntgen) auf und zeigen oft größeren Schaden als vermutet. Nicht selten wird ein beschwerdefreies Intervall beobachtet. Komplikation durch vorherige Erkrankung der Wirbelsäule (Tuberkulose, Geschwulst, andere chronische Prozesse) fordert kritische Bewertung für die Annahme einer Verschlimmerung; 2. werden die Verletzungen der Wirbelsäule mit Läsion des Rückenmarks und seiner Nerven besprochen. Die Krankheitsbilder werden, je nach dem anatomischen Sitz, in 4 Gruppen besprochen, und zwar als solche des Halsteiles, des Brustteiles, des Lendenteiles (vom 10. Brust- bis 2. Lendenwirbel) und des vom 2. Lendenwirbel abwärts gelegenen Teiles. Die Lokalisationsmöglichkeit, wie sie aus dem Bestehen radikulärer oder peripherer Lähmung, der segmentären Störung der Sensibilität, dem Verhalten der Reflexe und der einzelnen Rückenmarkszentren erschlossen werden kann, muß im Original nachgelesen werden. Weiterhin wird die Diagnostik der relativ seltenen Hämatomyelie und der traumatischen Entzündung der Rückenmarkshäute besprochen. Eine Übersichtstabelle über 280 vom Verf. beobachtete Fälle schließt die Arbeit. Über 60% der Verletzungen erfolgt durch Steinerschlag, nur 25% waren tödlich. Giese (Jena).

Hassin, G. B.: Concussion of the spinal cord. A case with the clinical picture of amyotrophic lateral sclerosis. (Erschütterung des Rückenmarks. Ein Fall mit dem klinischen Bilde der amyotrophischen Lateralsklerose.) [Div. of neurol. coll. of med., univ. of Illinois and pathol. laborat., Illinois State psychopath. Inst., Urbana

and Cook County hosp., Chicago.] Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 10, Nr. 2, S. 194—211. 1923.

Ein 60jähriger Landmann mit guter Vorgeschichte stürzte über einen Draht, schlug dabei mit der rechten Schulter auf, verlor aber nicht das Bewußtsein und arbeitete wieder trotz heftiger Schmerzen „im oberen Rückenmark“. Nach 4 Wochen Schwäche in der rechten, nach 5 Monaten in der linken Hand, nach 11 Monaten in den Beinen. Der Patient bot das ausgesprochene Bild einer amyotrophischen Lateralsklerose mit vasomotorischen Störungen (Rötung) in den Händen und beiderseits (rechts stärker) Muskelatrophie von den kleinen Handmuskeln bis zu denen des Schultergürtels. Alle Bewegungen stark eingeschränkt und schwach, Opposition des rechten Daumens unmöglich, nur Pronation und Supination gut erhalten. Die Diagnose schwankte zwischen amyotrophischer Lateralsklerose und Trauma der Wirbelsäule mit sekundärer Beteiligung des Rückenmarks. 2 Monate lange Suspension am Kopf, sowie spätere Laminektomie (negativer Befund) waren erfolglos. Der Patient wurde ungebessert entlassen und starb 2 Wochen später an Bronchopneumonie. Rückenmark makroskopisch normal. Mikroskopisch waren die Vorderhörner (das rechte stärker) geschrumpft und wiesen, ebenso wie die Seitenstränge, die gekreuzten Pyramidenbahnen, die seitlichen Grenzstränge und bis in die Gowerschen Bündel, in großer Ausdehnung Erweichungsherde auf; die übrige weiße Substanz, einschließlich der vorderen Pyramiden und der Randteile der Gowerschen Bündel, sowie die Hinterhörner nebst den Clarkeschen Säulen waren unversehrt. Von der amyotrophischen Lateralsklerose unterscheidet sich der Fall nach Ansicht des Verf. durch die fehlende Degeneration der vorderen Commissur und der vorderen Pyramidenbahnen, vor allem aber durch das Vorhandensein von Erweichungsherden. Die Hauptursache ist die Erschütterung selbst (heftiger Schlag, Sturz, plötzliches Halten eines rasch fahrenden Zuges, Granatexplosion); diese kann je nach der Lokalisation verschiedene klinische Bilder hervorrufen. Die Erkrankung setzt langsam ein (hier nach 4 Wochen) und schreitet weiter fort. 10 mikrophot. Querschnitts- und histologische Abbildungen. *Paul Hänel* (Bad Nauheim).

Turlais, C.: Plaie de la colonne vertébrale cervicale, de la moelle épinière et des racines. (Verletzung der Halswirbelsäule, des Rückenmarkes und der Wurzeln.) Ann. de méd. lég. Jg. 3, Nr. 8, S. 478—484. 1923.

Lähmung des linken Armes und Beines nach Stichverletzung des Rückenmarkes. Zwei verschiebliche Stichnarben, eine in der Gegend des linken Kieferwinkels, die andere hoch im Nacken, links von der Mittellinie. Mit letzterer bringt Verf. die Verletzung des Rückenmarkes in Beziehung. Nachdem schon verschiedene Erscheinungen auf eine Schädigung des unteren Halsmarkes hingewiesen hatten, ergab die Röntgenuntersuchung eine abgebrochene Messerspitze im 5. Halswirbel. Sie wurde durch einen Eingriff entfernt. In der zusammenfassenden Betrachtung trennt der Verf. die Hautwunden als harmlose Verletzungen von der Verletzung des Rückenmarkes.

Meizner (Wien).

Dervieux et Piédelièvre: Fracture de la colonne vertébrale cervicale par extension forcée. (Halswirbelsäulenbrüche durch Überstreckung.) Ann. de méd. lég. Jg. 3, Nr. 8, S. 475—476. 1923.

Eine 70jährige Frau wurde zwischen Bett und Zimmerwand eingeklemmt tot aufgefunden, den Kopf fast vertikal nach unten gerichtet, das Gesicht den Boden berührend, Kopf und Wirbelsäule im Kreisbogen stark nach hinten gebogen. Im Blut wurden $5\frac{1}{100}$ Alcohol absol. nachgewiesen. Die Verstorbene war als Trinkerin bekannt gewesen. Die Halswirbelsäule war zwischen dem 6. und 7. Halswirbel und 7. Halswirbel und 1. Brustwirbel derart getrennt, daß der 7. Halswirbel aus seinem Zusammenhang mit den Nachbarwirbeln gelöst war.

Verff. sind der Meinung, daß diese Zusammenhangstrennung während des Sterbens durch starke Extension und Dorsalflexion der oberen Brustwirbelsäule entstanden ist. An die Möglichkeit einer postmortalen Entstehung, etwa beim Leichentransport, ist anscheinend nicht gedacht worden.

Ziemke (Kiel).

Léri, André: Quelques cas de fractures et de luxations du rachis latentes ou presque latentes. (Fälle symptomlos oder beinahe symptomlos verlaufender Brüche und Luxationen der Wirbelsäule.) Ann. de méd. lég. Jg. 3, Nr. 8, S. 465—470. 1923.

Unter Mitteilung eigener Beobachtungen wird darauf hingewiesen, daß Wirbelsäulenfrakturen und Luxationen nicht immer schwere Erscheinungen zu machen brauchen. Nicht selten kommen Fälle zur Beobachtung mit ganz geringen Erscheinungen, oder solche, bei denen das Vorhandensein eines Wirbelsäulenbruches oder einer Luxation völlig unbekannt geblieben wäre, wenn nicht eine Röntgenuntersuchung stattgefunden hätte. Alle nervösen Symptome können fehlen, besonders Zeichen der Rückenmarkskompression. Eine besondere Disposition der Knochensubstanz in der Form einer stärkeren Brüchigkeit ist wahrscheinlich.

Ziemke (Kiel).

Léri, André: Les paraplégies traumatiques tardives. (Verspätet eintretende traumatische Lähmungen.) *Ann. de méd. lég. Jg. 3, Nr. 8, S. 470—474. 1923.*

Verf. macht darauf aufmerksam, daß es Fälle von Paraplegien gibt, die erst sehr allmählich nach einem Unfall auftreten. Er berichtet über eine 50jährige Frau, welche eine Treppe heruntergestürzt war. Erst nach 1 Jahr stellten sich die ersten Anzeichen der Lähmung ein, die sich innerhalb von 4 Jahren so verschlimmerte, daß sie sich nur mit großer Schwierigkeit fortbewegen konnte. Das Röntgenbild zeigte auf der rechten Seite des 4. und 5. Halswirbels neugebildeten Callus an einer offenbar alten, wenn vielleicht auch nur oberflächlichen Bruchstelle der Wirbelsäule.

Ziemke (Kiel).

Vulliet, H.: Kreuzbandverletzungen unter dem Bilde einer Kniegelenksdistorion. *Rev. Suisse des acc. du travail Jg. 17, Nr. 9/10, S. 230—235. 1923.*

An 3 Fällen von Kniegelenkstrauma wird gezeigt, daß Abrißfrakturen der Kreuzbänder durch möglichst sofortige Röntgenaufnahme sicherzustellen sind bei Anwendung der erforderlichen Sorgfalt und Herstellung entsprechender Vergleichsaufnahmen von der gesunden Seite.

K. Reuter (Hamburg).

Sorel, E.: Quelques considérations médico-légales à propos de la décapitation. (Einige gerichtlich-medizinische Betrachtungen zur Enthauptung.) *Ann. de méd. lég. Jg. 3, Nr. 8, S. 506—507. 1923.*

Bei 2 hintereinander durch das Fallbeil Hingerichteten erhob Verf. dieselben Befunde. Der Schnitt ging schräg von hinten oben nach vorne unten durch den 3. Halswirbelkörper und über den höchsten Punkt des Schildknorpels. In beiden Fällen sind in der Unterkiefergegend Hautlappen vom Kopfe abgekappt. Das Gesicht war blaß, ohne besonderen Ausdruck, Augen und Mund offen. Über die Totenstarre ist nur gesagt, daß sie in der Stunde nach der Hinrichtung begonnen hat, ohne nähere Angaben.

Mezner (Wien).

Zamora, Abel I., und José May: Die Lungen der Enthaupteten. *Anales de la fac. de med. Bd. 8, Nr. 3/4, S. 387—395. 1923. (Spanisch.)*

Der Befund der Lungen nach Durchschneidung der Halsgefäße und Trachea hat in der gerichtsarztlichen Literatur noch wenig Berücksichtigung gefunden, nur im Lehrbuch der gerichtlichen Medizin von Hoffmann-Vibert-Brouardel finden sich hierüber einige Bemerkungen gelegentlich der Besprechung von 4 Selbstmordfällen durch Halsabschneiden. Der eine der Verff. (May) hat nun im letzten Jahr in einem Falle von Selbstmord und in einem Falle von Mord gesehen, daß trotz Durchtrennung der Carotis und Trachea kein Blut in die Lungen gedrungen war, während er in einem 3. Falle, obgleich nur die Arteriae thyreoideae superiores verletzt waren, Blut in den Lungen fand. Des weiteren hatten die Verff. Gelegenheit, bei der Sektion von 3 Fällen, denen in verbrecherischer Absicht mit einem Rasiermesser Schnitte am Halse beigebracht worden waren, die Frage von neuem zu untersuchen. In 2 von den Fällen mit Verletzung der Carotis war Blut durch die Trachea in die Lungen gelangt, in dem einen Fall nur wenig, so daß kein Emphysem entstanden war. In beiden Fällen hatte der Schnitt der Trachea nur eine geringe Ausdehnung. Im 3. Falle war gar kein Blut in den Lungen nachzuweisen, trotzdem der Schnitt sehr tief ging. Aus diesen Beobachtungen ist zu entnehmen, daß in manchen Fällen trotz Durchschneidung der Carotis kein Blut durch die Trachealwunde in die Lungen gelangt. *Ganter.*

Nippe: Über Konkurrenz der Todesursachen. Erwürgt oder erschlagen? (*Inst. f. Gesch. u. soz. Med., Univ. Königsberg i. Pr.*) *Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 29, Nr. 20, S. 211—215. 1923.*

Eine 60jährige Frau wurde in ihrer Wohnung mit gefesselten Händen und Füßen in einer erheblichen Blutlache tot aufgefunden. Die Obduktion ergab Rißquetschungen oberhalb der linken Ohrmuschel, Blutaustritte auf dem Nasenrücken, in der rechten Backe, ferner prall gefüllte Gefäße und Blutaustritte in den Augenbindehäuten, am Halse hirsekor- bis linsengroße Blutaustritte rechts mehr wie links, Hautabschürfungen rechts unterhalb des Adamsapfels und weitere auf der linken Halsseite, die so angeordnet waren, daß sie zu den Fingerspitzen der rechten Hand eines würgenden Täters gut paßten. In der Kopfschwarte waren im Bereich des linken Stirn- und Seitenwandbeins massive Blutungen, im Knochen eine markstückgroße Einpressung. In den Halsmuskeln, im Gewebe des Kehlkopfes, in beiden seitlichen

Rachenabschnitten und im Kehldeckel ausgedehnte Blutungen. Entgegen der Darstellung des Täters wurde angenommen, daß der Tod der Frau durch Erwürgen verursacht sei, und zwar im unmittelbaren Anschluß oder noch während des würgenden Aktes; das Würgen sei nicht etwa nur zur Herbeiführung von Bewußtlosigkeit, sondern zur Tötung des Opfers erfolgt. Der Täter habe zunächst mit dem Totschläger auf die Frau eingeschlagen und, nachdem sie ohnmächtig geworden war und bereits auf dem Boden lag, ihr mit seiner rechten Hand den Hals zugedrückt, bis sie erstickt war. Diese Handlungsweise zeuge von einem bewußten Entschluß des Täters, sein Opfer nicht nur ohnmächtig zu machen, sondern zu töten. Das Schwurgericht trat der Auffassung des Sachverständigen bei.

Ziemke (Kiel).

Vergiftungen.

Rúzička, Stan.: Schleiehende Vergiftungen der Bevölkerung durch das während des Durchlaufens durch Bleiröhrenleitungen sich im Wasser auflösende Blei. *Časopis pro zdravotnictvo* Jg. 14, Nr. 8/9, S. 125—133. 1923. (Tschechisch.)

Rúzička geht von der Frage aus, unter welchen Bedingungen, d. h. bei welcher Zusammensetzung das Wasser bzw. bei welcher Zusammensetzung der Bleiröhren am wenigsten, womöglich verschwindende Mengen Blei ins Wasser übergehen. Die letztere Frage sei leicht zu lösen: Die Bleiröhren sollen aus möglichst reinem Blei bestehen, dann gehe am wenigsten Blei in Lösung. Viel schwieriger sei die erste Frage, das ist die Frage der Einwirkung der verschiedenen im Wasser gelösten Bestandteile des Wassers auf die Quantität der in Lösung gehenden Bleimengen. R. weist diesbezüglich auf seine früheren auf dem internationalen hygienischen Kongresse in Paris (1900) vorgetragenen und später im Arch. f. Hyg. 41 publizierten Arbeiten, auf seine vom preussischen Ministerium 1907 vorgeschriebene Untersuchungsmethode hin und führt dann eine Reihe von Tabellen vor, aus welchen hervorgeht, daß nicht die Base, sondern die Säure anorganischer Salze für die Löslichkeit des Bleies entscheidend ist, daß bei kombinierten anorganischen Salzen Carbonate, zu einer Lösung von Sulfaten, Chloriden, Nitraten zugesetzt eine Herabsetzung der Bleilöslichkeit, Sulfate in einer Chlorid- oder Nitratlösung eine Herabsetzung, dagegen in einer Carbonatlösung keine Änderung der Löslichkeit bedingen. Chloride bedingen in einer Lösung von Sulfaten oder Nitraten eine verminderte Löslichkeit des Bleis, wenn sie aber zu einer Lösung von Carbonaten zugesetzt werden bei schwacher Konzentration derselben eine erhöhte Bleilöslichkeit. Nitrate bedingen zu einer Lösung von Carbonaten, Sulfaten und Chloriden zugesetzt stets eine erhöhte Bleilöslichkeit. Sauerstoff (Luftzutritt) vergrößert unter allen Umständen die Bleizerstörung. Kohlensäure setze — entgegen der sehr verbreiteten Meinung — die Bleilöslichkeit oft sehr beträchtlich herab. Organische Substanzen (macerierte Grashalme, Rettichblätter, Fischfleisch) setzten die Bleilöslichkeit herab, während Moorerde die Bleiauflösung erhöhte. Bei Berührung mit stets neuen Quantitäten von Carbonatlösungen fällt gradatim die Menge des gelösten Bleies, da sich an der Oberfläche ein Überzug von Bleicarbonat bildet, welcher eine weitere Bleilösung unmöglich macht. Wird jedoch in diesem Momente eine Herabsetzung der Carbonatmengen bewirkt, so steigt die Menge des gelösten Bleies wieder. Auf die Frage, welche Bleiröhren also gewählt werden sollen, antwortet R. daß sich in praxi diese Frage nicht allgemein beantworten lasse, sondern daß in jedem Einzelfalle ein direkter Versuch mit dem vorliegenden Wasser und den zur Verwendung kommenden Bleiröhren gemacht werden müsse. Man dürfe sich nicht (wie Kruse meint) an ein noch zulässiges Minimum an Blei halten, das noch im Wasser enthalten sein dürfe, sondern der obige Versuch muß eine ständig fallende Bleiauflösung im Laufe einiger Wochen bis zu verschwindenden Werten ergeben. Tritt diese fallende Tendenz in dem Versuche nicht ein, dann sei die vorliegende Kombination zu verwerfen, eventuell eine andere Sorte Bleiröhren mit dem betreffenden Wasser auszuprobieren. Auf die Einzelheiten der Methodik kann hier aus Raummangel nicht näher eingegangen werden, doch stellt R. die Forderung auf, daß diese Untersuchungsmethode in allen Fällen, in welchen Bleiröhren bei Wasserleitungen in Verwendung kommen, angewandt, nach Fertigstellung der Leitungsanlage in jedem Hause die Bleiröhren mit einer 5proz. Sodatlösung mindestens für 1 Woche angefüllt werden, bevor die Leitung dem Gebrauche übergeben werden könne, da dadurch die Bleilöslichkeit auf ein Minimum herabgesetzt werde.

Kalmus (Prag).

Rathery, F., et R. Michel: Néphrite suraiguë. Anurie et mort consécutive à Pigestion répétée de petites doses de sous-acétate de plomb. (Subakute Nierenentzündung. Anurie und Tod als Folge einer wiederholten Einverleibung kleiner Mengen von Bleiacetat.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 39, Nr. 22, S. 962—973. 1923.

Eine 38jährige Frau nimmt zum Zweck der Fruchtabtreibung mehrere Tage hintereinander steigende Mengen eines bleihaltigen Extraktes (Bleiessig), die Urinmenge nimmt allmählich ab bis zur vollständigen Anurie, daneben treten Ikterus, Erbrechen und Durchfälle auf. 15 Tage nach der ersten Einnahme des Bleiextraktes erfolgt die Krankenhausaufnahme. Dort besteht 9 Tage völlige Anurie. Am 5. und 7. Tag werden mit Katheter einige ccm Urin entleert, der zahlreiche granulierten und epitheliale Zylinder, vereinzelte Erythrocyten enthält. Der

Ikterus verschwindet kurz vor dem am 6. Tag der Krankenhausbehandlung erfolgtem Tode. Es bestand im Leben eine starke Anämie (750 000 rote, 13 000 weiße Blutkörperchen). An den Nieren makroskopisch bis auf Schwellung und Weichheit nichts Auffallendes, mikroskopisch fanden sich herdförmige Veränderungen: Vereinzelte kleinzellige Infiltration des Zwischengewebes, in einzelnen Glomerusschlingen waren die Zellen der Bowman'schen Kapsel vermehrt, vergrößert, einzelne intraglomeruläre Blutungen waren erkennbar. Die Zellen der Sammelröhrchen und der Tubuli contorti waren vielfach mit Fetttropfen angefüllt und abgelöst, im Lumen der Kanälchen fanden sich Zylinder aus abgelösten homogenisierten Epithelzellen und Erythrocyten, andere Teile der Kanälchen waren intakt.

Als die Ursache der Vergiftung wird die öftere Zufuhr kleiner Mengen von Bleiacetat betrachtet; es wurden etwa 5—6 ccm des bleihaltigen Extraktes in 15 Tagen zugeführt; die Anurie beherrschte das Bild, ein Bleisaum fehlte, die Veränderungen an den Nieren waren frischen Ursprungs. *G. Strassmann* (Berlin).

Kazda, Franz: Gangrän an den unteren Extremitäten bei Bleiarbeitern. (*II. chirurg. Univ.-Klin., Wien.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 36, Nr. 39, S. 694—696. 1923.

Die aus der Klinik Hochenegg (Wien) stammende Arbeit berichtet über 3 Fälle von Gangrän der unteren Extremität bei Schriftsetzern, deren Krankengeschichten kurz mitgeteilt werden. Kazda glaubt — trotzdem er in der umfangreichen Literatur über Bleivergiftungen keinen Fall ähnlicher Art auffinden konnte, — daß es sich hier nicht um einen Zufall, sondern um einen ursächlichen Zusammenhang mit der Bleivergiftung handle. Es sei daher künftig in jedem Falle von Spontangangrän oder schon ihrer Prodrome, wenn sie als solche erkannt werden, nötig, einen etwaigen Verdacht auf Bleivergiftung durch Blut- und Harnuntersuchung zu entkräften oder als berechtigt zu erweisen. *Kalmus* (Prag).

Engelsmann, R.: Über Schädigungen der Brenner in Abwrackbetrieben durch Blei und Zink. Klin. Wochenschr. Jg. 2, Nr. 41, S. 1884—1887. 1923.

Auf Grund von Erfahrungen in den Abwrackbetrieben der Kieler Werften hat Engelsmann die Untersuchung der bei der Abbrennarbeit entstehenden Dämpfe veranlaßt und beträchtlichen Bleigehalt in den Dämpfen festgestellt. Bei den 39 Arbeitern wurden nur ganz unsichere objektive Symptome der Bleivergiftung festgestellt, dagegen zeigten von 39 Brennern 32 typische Erscheinungen des Zinkfiebers. Erst als die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit einer Bleivergiftung gelenkt war, ergab sich, daß die Hälfte der Arbeiter eine Bleivergiftung (insbesondere Koliken) durchgemacht hatte. Von den vier Kardinalsymptomen ließ sich das Bleikolorit bei den im Freien Arbeitenden, die ja den ganzen Tag an der frischen Luft blieben, nicht nachweisen. Die Hämatoporphyrinprobe kann von den praktischen Ärzten nicht verlangt werden, dagegen können regelmäßige Harnuntersuchungen wohl gefordert werden.

Als Forderungen, welche zur Verhütung von Bleivergiftungen führen sollen führe ich aus den 11 von Engelsmann aufgestellten Leitsätzen folgendes an: Ausschaltung jugendlicher Arbeiter vom direkten Abwrackbetriebe, ärztliche Untersuchung der Brenner vor der Einstellung, (Gesundheitsbogen) und monatliche Nachuntersuchung durch denselben Arzt, Belehrung der Arbeiter durch den Arzt (Bleimerkblatt), Lieferung eines Arbeitsanzuges, von Handschuhen, Brille und Schutzmaske (welche allerdings noch nicht in geeigneter Weise hergestellt wird, bzw. nach Versuchen Engelsmanns hergestellt werden soll). Betriebstechnisch verlangt er, daß die Schiffe von oben nach unten aufgearbeitet, bei Arbeiten im Innenraume vorher Luftöffnungen geschaffen werden, daß die Brenner nach Möglichkeit so stehen, daß die entstehenden Dämpfe abgetrieben werden und auch andere Arbeiter nicht belästigen können. Ein Umkleide- und Speiseraum ist in jedem Betriebe einzurichten, Wasser, Seife, Hand- und Zahnbürsten sind den Arbeitern zu liefern. *Kalmus* (Prag).

Fabre, R., et J. Josset: Contribution à l'étude de la toxicologie du cyanure de mercure. (Beitrag zum Studium der Toxikologie des Quecksilbercyanids.) Journ. de pharm. et de chim. Bd. 28, Nr. 3, S. 81—89. 1923.

Es ist oft beobachtet worden, daß Patienten nach einer Einspritzung von Quecksilbercyanid einen Geschmack von Cyanwasserstoff haben, und daß der Urin danach riecht, wenn er mit diesem Salz konserviert wird. Claude Bernard nahm hierfür die Wirkung der Blausäure an, und Marengo zeigte, daß das Blut bei Vergiftung mit Quecksilbercyanid flüssig bleibt wie bei der Cyankalivergiftung. Dieser Vorgang

wurde von den Verf. systematisch untersucht. Die erste Untersuchung galt dem Einfluß von Säuren auf das Quecksilbercyanid.

Im Apparat von Schloesing wurde die durch Destillation in Freiheit gesetzte Cyanwasserstoffsäure titriert. 200 ccm Flüssigkeit werden in einem Literkolben langsam destilliert, so daß in 15 Minuten 80—90 ccm in 100 ccm verdünntem Ammoniak aufgefangen werden. Die HCN wurde nach Dénigès bestimmt. Es ließ sich zeigen, daß auch in der Kälte HCN in Freiheit gesetzt werden kann, wenn man im Vakuum arbeitet. Als Säuren wurden geprüft Schwefelsäure, Phosphorsäure, Milchsäure, Weinsäure, Oxalsäure und Glykokoll in einer Verdünnung 1 : 1000.

Es wurden dabei Mengen von 1,25—3,7% freigemacht. Dieser Prozentsatz änderte sich auch innerhalb von 2 Tagen des Kontaktes nicht. Dagegen wurden 6—18% HCN entwickelt, wenn mit 10proz. Säuren gearbeitet wurde. Bei längerer Dauer des Versuchs wird die Blausäure in ameisen-saures Ammoniak umgesetzt. Durch Ameisensäurebestimmung kann man dann auch bei längerer Einwirkung auf die entstandene Blausäuremenge schließen. Andererseits kann man in der Mischung von Säure und Quecksilbercyanid das Ammoniak bestimmen, indem man mit calcinierter Magnesia neutralisiert, das Destillat in $\frac{n}{10}$ -H₂SO₄ auffängt und titriert. Schließlich kann man noch das unveränderte Hg(CN)₂ bestimmen. Es spielt also nicht die Art der Säure, sondern ihre Konzentration die entscheidende Rolle für die Zersetzung des Hg(CN)₂. Es wurde nun weiter geprüft, wie Eiweiß oder Pepton auf das Quecksilbercyanid wirken. Es zeigte sich, daß solche Stoffe bis etwa 30% HCN freimachen, und daß bei Zusatz von Weinsäure diese Zersetzung bis 80% steigt. Sehr stark wird ferner diese Zersetzung, wenn einer 1 promill. Lösung von Hg(CN)₂ Blut, Serum, Milch oder Fleisch zugesetzt werden. Man kann also eine erhebliche Zersetzung des Quecksilbercyanids im Organismus annehmen. Bei längerem Verweilen bilden sich dann ameisen-saures Ammoniak und Sulfocyanäure, die nachgewiesen werden könnten. Der Nachweis von Blausäure läßt demnach nicht zwingend auf KCN-Vergiftung schließen, da auch durch Hg(CN)₂ diese in Freiheit gesetzt werden kann. Gleichzeitiger Hg-Befund spricht für letzteres Salz. Untersuchung möglichst bald nach dem Tode ist wegen der Umsetzung der Blausäure notwendig. Bei tödlicher Quecksilbercyanidvergiftung findet sich also stets Blausäure im Organismus bei rechtzeitiger Untersuchung, und das Blut bleibt flüssig.

H. Strauss (Halle).

Tachau, Paul: Salvarsannebenwirkungen. Kritische Übersicht. Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Dermatol. u. Syphilidol. Neue Folge, H. 2, S. 1—66. 1923.

Sehr gründliche kritische Darstellung der Salvarsanschädigungen. Verf. behandelt nur die unvermeidbaren Nebenwirkungen, läßt die vermeidbaren (falsche Herstellung der Injektionslösung, Nichtbeachtung von Kontraindikationen usw.) mit Recht unbesprochen, da eine fehlerlose Behandlungstechnik Vorbedingung für das Arbeiten mit Salvarsan sein sollte. Den Stoff teilt er ein in: Nebenwirkungen im engeren Sinne, Leberschädigungen und indirekte Salvarsannebenwirkungen. Bei den Nebenwirkungen im engeren Sinne wird die Salvarsanidiosynkrasie erwähnt, auf die Unverträglichkeit einzelner Fabrikationsnummern hingewiesen, das Schicksal des Salvarsans im Körper sowie seine Wirkung auf einzelne Organsysteme, Blut und Stoffwechsel kurz erörtert, dann der angioneurotische Symptomenkomplex, die Salvarsanexantheme in ihren verschiedenen Arten, der Salvarsanhirntod eingehend besprochen. In der Frage des Zusammenhangs des Salvarsanfrüh- und -spätikerus mit dem Salvarsan ist augenblicklich ein definitives Urteil nicht zu fällen. Vieles spricht dafür, vieles dagegen. Bei den indirekten Salvarsannebenwirkungen wird nach Erwähnung der Jarisch-Herxheimerschen Reaktion an Haut, Gehirn, Leber und Hirnnerven (Neurorezidiven) der Wichtigkeit einer aus der Latenz geweckten Malaria und deren Folgen die Behauptung, daß die Nervensyphilis unter dem Einfluß der Salvarsanbehandlung häufiger geworden sei, ausführlicher erörtert. Verf. glaubt, daß diese Behauptung — genügende Behandlung vorausgesetzt — nicht bewiesen ist. Zum Schluß Besprechung der Prophylaxe und Therapie.

Max Jessner (Breslau).

Fühner, Hermann: Die Wirkungsstärke von Chloroform und Tetrachlorkohlenstoff. (*Pharmakol. Inst., Univ. Leipzig.*) Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 97, H. 1/6, S. 86—112. 1923.

Bei innerlicher Verabreichung von Chloroform an Kaninchen kommt es zur Narkose, jedoch nur bei tödlichen Gaben. Tetrachlorkohlenstoff macht selbst in der 10fach tödlichen Gabe keine Narkose. Auch bei subcutaner Einverleibung wirkt nur Chloroform narkotisch. An Mäusen und Fröschen wurde festgestellt, daß bei der Einatmung das Chloroform wirksamer ist als Tetrachlorkohlenstoff. Werden aber die Frösche in wässrige Lösungen der genannten Substanzen gebracht, so zeigt sich das umgekehrte Verhalten in der Wirkungsstärke. Durch quantitative Bestimmungen an Fröschen und Mäusen zeigt sich eine geringere Aufnahme des Tetrachlorkohlenstoffes gegenüber dem Chloroform, wodurch teilweise die schwächere Wirkung erklärt werden kann. Andererseits ist der Tetrachlorkohlenstoff sicher ein schwächeres Narkoticum als das Chloroform; denn aus Versuchen über die Verteilung beider Narkotica im Meerschweinchen ergibt sich, daß im Gehirn eine größere Menge Tetrachlorstoff als im Gehirn gespeichert wird (trotz schwächerer Wirkung). Kochmann (Halle).

Hedinger, E.: Über Thrombose bei Kohlenoxydvergiftung. (*Pathol.-anat. Inst., Univ. Zürich.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 246, S. 412—417. 1923.

Hedinger, der vor 2 Jahren bereits einen Fall von ausgedehnter Gerinnselbildung im Herzen mit direkter Fortsetzung in die Lungenarterien und -arteriolen mit multiplen hämorrhagischen Lungeninfarkten bei Kohlenoxydvergiftung beschrieben hat, berichtet über einen von ihm seziierten und begutachteten Fall, wo ein 30jähr., bis dahin gesunder Vorarbeiter gelegentlich der Arbeit vor einem Glühofen an Übelsein erkrankte, so daß er die Arbeit aufgeben mußte, ins Freie ging und sich niederlegte. Nach einiger Zeit kehrte er zurück in den Arbeitsraum, wurde aber wegen seines krankhaften Aussehens nach Hause geschickt, doch ereilte ihn der Tod im Vorraum des Arbeitszimmers. Die 42 Stunden später vorgenommene Sektion ergab eine fast vollkommen obturierende frische Thrombose des Ramus descendens sinister der Kranzarterie des Herzens auf Grund einer atherosklerotischen Usur. Obwohl Zangger in dem vorliegenden Fall keinen Kohlenoxydbefund des Blutes feststellen konnte und obwohl keiner der mitarbeitenden Kollegen Krankheitserscheinungen aufwies, glaubt Hedinger doch, daß eine Kohlenoxydvergiftung vorgelegen habe und daß als deren Folge die zum Tode führende Coronarthrombose zu erachten sei (? Ref.). Die letztere ist frisch, das bewies das vollkommene Fehlen von Myokardveränderungen im Ausbreitungsgebiet der fast völlig verschlossenen Kranzarterie. Keinesfalls war die hier eingeatmete Kohlenoxydmenge groß, sie genügte aber nach Hedingers Anschauung, um auf Grund der primären Intimaveränderung die Thrombose zu erzeugen. Nachdem der Tod so rasch auf die Thrombose folgte (nach Erfahrungen der Physiologen und Pathologen tritt erst viele Stunden nach dem Gefäßverschluß die Nekrose des Herzmuskels ein [Ref.]) vermutet H., daß er durch Herzflimmern zustande gekommen ist.

H. Merkel (München).

Henderson, Yandell, and Howard W. Haggard: Health hazard from automobile exhaust gas in city streets, garages and repair shops. The vertical exhaust as a practical measure of amelioration. (Gesundheitsschädigungen durch die Auspuffgase der Automobile auf der Straße, in den Garagen und Reparaturwerkstätten. Der vertikale Auspuff als praktisches Mittel zur Besserung.) (*Laborat. of applied physiol., Yale univ., New Haven.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 81, Nr. 5, S. 385 bis 391. 1923.

Ein stillstehender Motorwagen mit laufender Maschine läßt die Auspuffgase in einem Kegel entweichen, so daß ein Mann, der 1—2 m hinter dem Wagen steht, Luft mit einem Kohlenoxydgehalt von 4—6 auf 10 000 einatmet; bei fahrendem Wagen ist der Führer eines in 10 m Entfernung nachfolgenden Wagen von Luft mit einem Gehalt von 1—2 Teilen Kohlenoxyd umgeben. Luftuntersuchungen in belebten Straßen von New York und New Haven ergaben je nach Witterung und Verkehr einen Kohlenoxydgehalt von 0,1—4,6 auf 10 000; ein höherer Gehalt wurde nur hinter Omnibussen und Lastwagen, sowie, wenn eine Stockung der Wagen sich ergab, gefunden. Auf der Londoner Untergrundbahn wird ein Kohlenoxydgehalt von 1 Teil, in den Tunnels von New York und New Jersey von 4 Teilen für die kurze Zeit des Aufenthalts in diesen Tunnels als zulässig angesehen. Von den amerikanischen Behör-

den wird angenommen, daß die physiologische Wirkung sich aus dem Produkt von Zeit (in Stunden) mal Kohlenoxydgehalt (in Teilen auf 10 000), ergibt; ist dieses = 3, so tritt keine merkliche Wirkung ein, bei 6 eben merkbare, bei 9 Kopfschmerz und Aufstoßen, wobei sich Unterschiede nach der durch die Arbeit bedingten Tiefe der Atmung ergeben. Danach erreicht der Kohlenoxydgehalt in den belebten Straßen amerikanischer Städte die obere zulässige Grenze und überschreitet diese sogar für kurze Zeit. Natürlich werden die Verhältnisse wesentlich durch die Art des verwendeten Brennmaterials bestimmt. Schlimm sind die Verhältnisse in den Garagen, in denen in jedem Winter Dutzende, vielleicht auch Hunderte (genaue Zahlen fehlen) von Todesfällen vorkommen, vor allem in Privatgaragen, wo bei geschlossenen Türen und Leerlauf der Maschine es in fünf Minuten zu einem Gehalt an Kohlenoxyd von 25 auf 10 000, in 10 Minuten zu tödlichen Mengen kommen kann. Geringer ist die Gefahr in großen öffentlichen Garagen, in denen leichte Vergiftungserscheinungen (Kopfschmerz) vorkommen. Häufig sind Vergiftungserscheinungen in Reparaturwerkstätten. Durch Kohlenoxyd bedingte leichte Betäubung der Chauffeure kann auch zu Straßenunfällen führen. Verf. empfehlen vertikal bis zur Höhe des Wagendaches reichende Auspuffrohre zur Behebung aller dieser Übelstände. *Teleky* (Düsseldorf).

Glaß, E.: Zur Tintenstift-Gewebsnekrose. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 48, Nr. 41, S. 1383. 1922.

Erdheim teilte 1912 19 Fälle von Tintenstiftgewebsnekrosen mit. Mitteilung zweier selbstbeobachteter Fälle. Fall 1. Vor 4 Wochen Fall auf den Unterarm. Zunächst Schwellung, die aber nicht mehr zurückging. Vom behandelnden Arzt wurde ein Einschnitt gemacht, aus dem sich violette Flüssigkeit entleerte. Die Incisionswunde verklebte. 4 Wochen später aber bildete sich eine halbwalnußgroße Vorwölbung am Unterarm aus mit erheblicher Schwellung der Umgebung. Auffallenderweise war das Allgemeinbefinden stark beeinträchtigt. In den violetten Verbandstoffen konnte einwandfrei Methylviolett nachgewiesen werden. Patient selbst wußte nichts von einer Tintenstiftverletzung. Bei der Wundrevision wurde aber in der nekrotischen Höhle ein abgebrochenes Stück eines Tintenstiftes gefunden. Gründliche Excision und Excochleation der gesamten Wundhöhle. Nunmehr war die Heilung völlig ungestört. Fall 2. 17-jähriger Patient, der das abgebrochene Stück des Tintenstiftes sofort entfernt hatte. Auch hier Nekrose des Gewebes und Lymphangitis und Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Heilung nach Spaltung und Excochleation, außerdem Pinselung der Wunde mit 1 proz. alkoholischer Trypaflavinlösung. Das schädigende Agens ist in dem Methylviolett zu sehen. Die Gewebsnekrose hat die Tendenz zur Ausbreitung. Auffallend ist die schwere Schädigung des Allgemeinbefindens. Der Heilungsprozeß ist sehr langsam. Verf. betont die Notwendigkeit einer gründlichen Excochleation. *Schubert* (Königsberg i. Pr.).

Sugata, H., and A. L. Tatum: The effect of quinine intoxication on the respiratory center of the rabbit. (Die Wirkung der Chininvergiftung auf das Atemzentrum von Kaninchen.) (*Laborat. of pharmacol., univ., Chicago.*) Journ. of pharmacol. a. exp. therapeut. Bd. 21, Nr. 5, S. 293—299. 1923.

Bei Chininvergiftung ist die Atmung von Kaninchen zwar beschleunigt, aber so flach, daß es trotzdem zu einer Verkleinerung des respiratorischen Volumens kommt. Die Anreicherung an CO₂ ohne O₂-Mangel führt zu einer erhöhten Alkalireservekapazität. Während die doppelte Vagotomie bei sonst normalen Tieren das respiratorische Volumen unverändert läßt, wird dieses bei gleichzeitiger Chininvergiftung so stark erhöht, daß die Tiere sterben. Durch Morphium läßt sich diese abnorme Erregung des Atemzentrums beseitigen. *Wachholder*.

Kroner, Karl: Zum Thema: Veronalvergiftungen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. 20, Nr. 15, S. 461. 1923.

Kurze Mitteilung über einen trotz rechtzeitiger Therapie tödlich verlaufenen Fall von Veronalvergiftung bei einer organisch gesunden, psychopathischen 58-jährigen Frau. Die letale Dosis betrug zwischen 4 und 5 g. Verlauf anfangs nicht besonders bedrohlich; nach 48 Stunden aber Eintritt von Herzkollaps. *Besserer* (Münster i. W.).

Leake, Chauncey D.: The action of morphine on the vomiting center in the dog. (Die Wirkung von Morphin auf das Brechzentrum des Hundes.) (*Physiol. laborat., univ. of Wisconsin, Madison.*) Journ. of pharmacol. a. exp. therapeut. Bd. 20, Nr. 5, S. 359—364. 1922.

Morphin reizt zuerst das Brechzentrum, um seine Erregbarkeit sodann herabzusetzen. Der Autor erklärt diese Wirkung ebenso wie die Wirkung des Morphins

auf Atmung und vegetatives Nervensystem sowie die Herabsetzung der Oxydationen durch Annahme einer Wirkung auf die vegetativen Zentren. *O. Wuth* (München).^o

Courtois-Suffit, et René Giroux: Extension du trafic de la cocaïne et de la cocaïnomanie (son danger social). (Die Verbreitung des Cocainverkaufs und des Cocainismus [seine soziale Gefahr].) *Rev. de méd.* Jg. 40, Nr. 8, S. 482—497. 1923.

Der Cocainismus ist in Frankreich, ebenso wie in anderen Ländern, stark verbreitet, nicht nur in Paris, sondern auch in größeren Provinzstädten. Das Gift wird fast immer geschnupft. Der Verkauf erfolgt häufig in Nachtlokalen u. dgl. Nach einem Bericht über zwei akute Todesfälle nach Schnupfen von Cocain bei an das Gift nicht gewöhnten jugendlichen weiblichen Personen bringt der Artikel eine recht gute ausführliche Schilderung des Bildes der chronischen Cocainvergiftung, wobei auch auf die Gefährdung der Nachkommen hingewiesen wird. Die Cocainhändler verdienen durch den Verkauf sehr erhebliche Summen. Der Transport wird in der raffiniertesten Weise vorgenommen (in Amerika z. B. mittels Brieftauben). Da die gesetzlichen Bestimmungen zur Unterdrückung des Handels nicht ausreichen, schlagen Verff. eine Reihe von Bekämpfungsmaßnahmen vor. Unter anderen Maßnahmen, die sich speziell auf französische Verhältnisse beziehen, empfehlen sie hohe Geld- und Gefängnisstrafen, von denen die ersteren den Verdienst am Handel mindestens erreichen müssen, scharfe Grenzbeaufsichtigung bei internationaler Regelung, Belehrung der Ärzte und Pädagogen über die Gefahren des Giftes. *Richter* (Breslau).^o

Schübel, Konrad: Über das Botulinustoxin. (*Pharmakol. Inst., Univ. Würzburg.*) *Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol.* Bd. 96, H. 3/5, S. 193—259. 1923.

Verf. konnte ein äußerst giftiges Botulinustoxin gewinnen, so daß es zum ersten Male gelang, die Giftempfindlichkeit von Kaltblütern: Fröschen, Fischen und Regenwürmern nachzuweisen. Es handelt sich um ein reines Nervengift. Nach Applikation von $\frac{1}{2}$ ccm keimfreien Ultrafiltrats treten am Frosche nach einer Inkubation von 20—30 Stunden motorische Lähmungserscheinungen auf. Die Lähmung schreitet rasch vorwärts: Augenmuskeln, Harnblase und Atmung werden gelähmt. Das Körpergewicht steigt um 80—100% (Wasserretention). Die motorisch völlig gelähmten Frösche bleiben monatelang (bis zu 115 Tagen) am Leben, wenn täglich für Entleerung der Harnblase gesorgt wird. Die Resorptionsgeschwindigkeit ist groß. Schon nach 1—2 Minuten werden letale Dosen resorbiert. Die elektrische Erregbarkeit der motorischen Nerven nimmt von Tag zu Tag ab. Nach 6—7 Tagen ist der Ischiadicus unerregbar. Der Skelettmuskel zeigt nach $3\frac{1}{2}$ Monaten keine Entartungsreaktion. Zunächst tritt also eine zentrale, dann eine periphere Lähmung ein. Paramäcien sind gegen das Botulinustoxin unempfindlich. Mit der Entwicklung und Differenzierung des Zentralnervensystems nimmt scheinbar die Giftempfindlichkeit der Tiere zu. Daphnien und Copepoden sind schon wesentlich empfindlicher. Spritzt man das Gift bei Regenwürmern oder Fischen in den Hautmuskelschlauch oder in die Muskulatur, so tritt bei der ersteren Sekretionsvermehrung und Lähmung, bei letzteren Respirationsstillstand ein. $\frac{1}{10000}$ ccm Ultrafiltrat tötete ein Meerschweinchen durch Respirationslähmung. Auch andere Warmblüter zeigen Augenmuskellähmungen, Hypo- und Hypersekretion gewisser Drüsen, Absinken der Körperwärme. Sie sterben an Atmungslähmung. Die Sensibilität ist nicht verändert. Die Ausscheidung des Toxins erfolgt beim Frosch wochenlang durch die Niere. Sie nimmt allmählich ab. Nervensubstanz adsorbiert, wie es scheint, das Toxin besser als alle anderen Gewebe. Kolloidales Eisen adsorbiert das Toxin vollkommen. Es scheint sich also um ein negativ geladenes Kolloid zu handeln. Ebenso vermag Tierkohle das Toxin zu adsorbieren. Durch Ultrafiltration wird das Toxin schon wesentlich von kolloidalen Beimengungen gereinigt. Bei Verwendung sehr dichter Ultrafilter bekommt man ein Filtrat, das frei von fällbarem Eiweiß ist. Die Inkubation wird nun aber auf 25 Tage und mehr erhöht. In Alkohol, Äther, Aceton und Chloroform ist das Toxin unlöslich, ist also keine Lipoids substanz. Schwermetalle, Alkaloid- und

Eiweißfällungsreagenzien fällen das Toxin. Von Verdauungsfermenten wird es nicht zerstört. Es ist durch Kollodiummembranen dialysierbar. Die histologischen Veränderungen am Froschrückenmark sind im großen und ganzen die gleichen wie am Warmblüter. Das Botulinustoxin muß offenbar eine große Affinität zu den Nervenzellen besitzen; es muß äußerst leicht in dieselben eindringen. Vielleicht findet eine fermentartige Wirkung auf die normalen Bestandteile der Nervenzelle statt, und zwar so, daß durch Abbau giftige Substanzen gebildet werden, die in den Neuronen zentrifugal weiter wandern und sekundär eine curareähnliche Vergiftung setzen. Die in den Bakteriennährlösungen enthaltene Glucose wird quantitativ abgebaut. In den Kulturen konnte Schwefelwasserstoff, Kohlensäure, Wasserstoff, in kleinen Mengen niedere Fettsäuren, Aldehyde, ferner Buttersäure, normaler und Isobutylalkohol, Ammoniak und Trimethylamin mit Sicherheit nachgewiesen werden. Autreferat.

Macaulay, H. M. Cameron: Cheese poisoning: With special reference to the Dover outbreak. (Käsevergiftung [mit besonderer Berücksichtigung der Massenvergiftung in Dover].) *Lancet* Bd. 203, Nr. 20, S. 1012—1015. 1922.

Im Juli 1922 erkrankten in Dover 126 Individuen aus 43, meist dem Arbeiterstande angehörigen Familien an kolikartigen Bauchschmerzen, die mit Durchfall, oft mit Erbrechen kombiniert waren und mit ausgesprochenen Schwächezuständen einhergingen. Die Kolikanfälle wiederholten sich öfters, doch trat bald Heilung ein. Die Nachforschungen ergaben, daß nur Personen erkrankten, welche von einem bestimmten, in einem einzigen Geschäft verkäuflichen Käse genossen hatten; diese Käsekonsumenten aber erkrankten bis auf 9 alle. Einige verzehrten nach Wiederherstellung neuerlich den Käse und erlitten so einen Rückfall. Der Käse war ein kanadischer Käse („red Canadian Cheddar“) und unterschied sich von dem sonstigen Aussehen dieser Sorte nur durch das Bestehen von Löchern. Die Erkrankung machte namentlich infolge der kurzen, wenige Stunden währenden Inkubationszeit den Eindruck einer Intoxikation, nicht einer Infektion; die verschiedene Intensität der Symptome sprach für ungleiche Verteilung des Toxins im Käse. Gefütterte Mäuse erkrankten zum Teil unter Lähmung der hinteren Extremitäten, 2 starben und zeigten als Obduktionsbefund Hämorrhagien der gastrointestinalen Schleimhäute sowie Milztumor. Die chemische und bakteriologische Untersuchung ergab keinen sicheren Anhaltspunkt für das schädliche Agens.

Ernst Brezina (Wien).

Ribemont-Dessaignes: A propos des poliomyélites toxiques produites par les champignons vénéneux. (Zur Frage der toxischen Poliomyelitiden, hervorgerufen durch giftige Pilze.) *Bull. de l'acad. de méd.* Bd. 89, Nr. 19, S. 506—507. 1923.

2 Fälle von Poliomyelitis nach Pilzgenuß waren auf Vergiftung mit dem in einigen Gegenden weit verbreiteten Pilz *Eutoloma lividum* zurückzuführen, nicht auf den Genuß des *Tricholoma Georgii*, wie von anderer Seite angenommen worden war, der mit *Eutoloma* verwechselt werden kann, aber ungiftig ist. Ein eßbarer Pilz bleibt jederzeit und überall eßbar, ein Giftpilz überall giftig. Eine Umwandlung der Arten kommt nicht vor, daher auch nicht die Umwandlung eines weißsporigen *Tricholoma* in einen rotsporigen *Eutoloma*.

Georg Strassmann (Berlin).

● **Treadwell, F. P.: Tabellen zur qualitativen Analyse. Unter Mitwirkung von Viktor Meyer. 11. u. 12. unveränd. Aufl. Hrsg. v. W. D. Treadwell. Leipzig u. Wien: Franz Deuticke 1923. 58 S. G.Z. 4.**

Das Heftchen enthält den Gang der qualitativ-analytischen Untersuchungsmethode, wie er beim praktischen Unterricht im Bunsenschen Laboratorium geübt wurde. Nach dem Tod der ersten Herausgeber, F. P. Treadwell und Viktor Meyer, wird vom Sohne des ersteren, W. D. Treadwell, seit der 9. Auflage im Jahre 1919 die Herausgabe besorgt. Die übersichtliche und zweckmäßige Anordnung der Reaktionen der Metalle (Kationen) auf nassem Wege, der Reaktionen der Säuren (Anionen) auf nassem Wege, der Reaktionen der Metalle auf trockenem Wege, und endlich der Gang der Analyse selbst haben sich voll bewährt. Die Tabellen sind für den Anfänger ein begehrtes Hilfsmittel, das beim praktischen analytischen Arbeiten unschätzbare Dienste leistet. Weitere empfehlende Worte sind angesichts des in 12. Auflage vorliegenden Werkes überflüssig.

C. Ipsen (Innsbruck).

● **Autenrieth, Wilh.:** Die Auffindung der Gifte und stark wirkender Arzneistoffe. Zum Gebrauche in chemischen Laboratorien. 5. vollst. umgearb. u. stark verm. Aufl. Tübingen: I. C. B. Mohr (Paul Siebeck) 1923. XX, 628 S. G.Z. 15.

Das in 5. Auflage vorliegende bekannte Werk von Autenrieth hat gegenüber der 4. Auflage vom Jahre 1909 eine wesentliche Erweiterung sowohl im Hinblick auf die Seitenzahl (628 gegen 282), als auch hinsichtlich der Abbildungen (54 gegen 20) erfahren. Die Methoden sind bis auf die jüngste Zeit ergänzt. Vor allem sind in neu hinzugekommenen Abschnitten die arsenhaltigen organischen Verbindungen Kakodylsäure, Methylarsinsäure, Atoxyl, Salvarsan, Neosalvarsan, weiter die künstlichen Schlaf- und Beruhigungsmittel Proponal, Medial, Dial und eine Anzahl von Alkaloiden, z. B. der Granatapfelbaumrinde und der Brechwurzel, Yohimbin, Suprarenin u. a., sowie die Abkömmlinge des Morphins, Dionin, Heroin, Oxydimorphin usw. in einer ihrer Bedeutung entsprechenden Weise erörtert. Auch die neueren Methoden zur Bestimmung kleinerer Arsenmengen wie z. B. die Bettendorfsche Arsenprobe, der Nachweis kleinster Mengen weißen Phosphors auf elektroskopischem Wege u. a. haben verdiente Aufnahme gefunden. Bei einer neuen Bearbeitung des Buches wäre die eingehendere Berücksichtigung des gerichtlichen Giftnachweises, wie er — um nur einiges aufzuführen — unter anderen in den Arbeiten Kratters über Arsen und verschiedene Alkaloide, z. B. Morphin, Atropin, Strychnin usw. und in den Mitteilungen Kockels und Molitoris' über Nitrosegase und Nitritvergiftungen zur Darstellung gelangt, im Interesse einer allgemeineren Verwendbarkeit des Buches zu empfehlen.

C. Ipsen (Innsbruck).

Sumner, James B.: Concerning the detection of pentose, formaldehyde and methyl alcohol. (Über den Nachweis von Pentose, Formaldehyd und Methylalkohol.) (*Dep. of physiol. a. biochem., med. coll., Cornell univ., Ithaca.*) Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. 20, Nr. 8, S. 449. 1923.

5 Tropfen der Zuckerlösung und 15 Tropfen des Reagens (6 g Orcinol, 40 gtt. Eisenchlorid in 200 cem Alkohol) und eine gleiche Menge von rauchender HCl werden zusammen erhitzt. Bei Gegenwart von Pentose tritt Blaufärbung ein, bei Gegenwart von Formaldehyd dagegen ein weißer Niederschlag, welcher nach dem Erhitzen sich bräunt. Damit kann auch Methylalkohol nach seiner Oxydation zu Formaldehyd mittels Bichromat und Schwefelsäure nachgewiesen werden. Bei größerer Konzentration bildet sich eine weiße Fällung, bei geringerer tritt Fluorescenz, nach Alkalisieren der orcinolhaltigen Mischung auf. Ameisensäure, Aceton, Furfurol, Acetaldehyd stören nicht den Verlauf der Reaktion. Malowan (Berlin).

Rupp, E., und E. Muschiol: Über den Ersatz von Bettendorfs Reagens durch salzsaure Calciumhypophosphit-Lösung. (*Pharmazeut. Univ.-Inst., Breslau.*) Ber. d. Dtsch. pharmazeut. Ges. Jg. 33, H. 2, S. 62—64. 1923.

Statt Bettendorfs Reagens ist zum As-Nachweis das sparsamere officinelle Calciumhypophosphit, gelöst in 10 Teilen officineller HCl (1,126) geeignet. $As_2O_3 + 3 H_3PO_2 = 3 H_3PO_3 + 2 As$; $As_2O_5 + 5 H_3PO_2 = 5 H_3PO_3 + 2 As$. Gegen Sb ist Hypophosphit nicht unempfindlich; die Braunfärbung durch As tritt zwar vor dem Sb-Grau auf, jedoch ist eine Probe mit H_2S vorzuziehen; man gibt z. B. zu 0,5 g Brechweinstein, kalt in 10 cem HCl gelöst, ein Körnchen Na_2S oder K_2S und schüttelt kräftig durch; nach einigen Stunden Stehens dürfen sich keine eigelben Flöckchen von Schwefelarsen abgeschieden haben. Im übrigen ersetzt die Probe mit Hyposulfit die Bettendorf-Probe bei allen Präparaten des Arzneibuchs. Die im Original jeweils genau angegebene Mischung von Substanz und Reagens wird im Reagierrohr in das Infundorium eingesetzt; sie darf innerhalb 15 Minuten keine dunklere Färbung annehmen. Für Rohsäuren ist eine schwache Dunklerfärbung zuzulassen. P. Wolff (Berlin).

● **Rosenthaler, L.:** Grundzüge der chemischen Pflanzenuntersuchung. 2. verb. u. verm. Aufl. Berlin: Julius Springer 1923. 115 S. G.-M. 4,—, \$ 0,95.

Das Büchlein bringt in übersichtlicher Zusammenstellung die bewährten Methoden zur chemischen Pflanzenuntersuchung. Dabei wird auf die Bedeutung des Mikroskopes zwecks Erkennung der Einheitlichkeit der zu prüfenden Substanz und auf die Notwendigkeit der peinlichsten Reinigung derselben hingewiesen und endlich mit Nachdruck gefordert, daß kein Körper analysiert werde, ehe er nicht qualitativ geprüft worden ist. Mit Recht legt Verf. bei allen diesen Untersuchungen einen großen

Wert auf die Vornahme der sog. Vorprüfungen. Im allgemeinen Teil werden die üblichen Methoden erörtert und insbesondere das Verfahren von Stas-Otto zur Darstellung der Alkaloide und Glykoside besprochen, weiter das Verfahren nach Bourquelot, zum Nachweis von Rohrzucker und Glykosiden, die Bleimethode zur Prüfung der Gerbstoffe, Eiweißstoffe, Pflanzenschleime, vieler Säuren und mancher Pflanzenfarbstoffe aufgeführt. Den Abschluß des allgemeinen Teiles bildet der Hinweis auf die praktischen Richtlinien für den Untersuchungsgang bei einschlägigen Arbeiten. Der spezielle Teil behandelt im besonderen die Erkennung und Identifizierung der Alkaloide, Glykoside, Farbstoffe, Fette und fetten Öle, Wachse, Lecithine, ätherischen Öle, Harze, Gerbstoffe, Phlobaphene, organischen Säuren, Kohlenhydrate und verwandten Körper, Eiweißstoffe und deren Spaltungsprodukte, proteinogenen Amine und Enzyme (beide letzteren Kapitel neu), Toxalbumine und in gedrängter Kürze der anorganischen Bestandteile. Angesichts der großen Mannigfaltigkeit der in Pflanzen vorkommenden Stoffe ist es begreiflich, daß eine systematische Behandlung der Materie, wie sie z. B. in der anorganischen und zum Teil auch in der organischen Analyse erfolgreich geübt wird, mit der gleichen Vollendung für die Pflanzenchemie noch nicht möglich ist. Jedenfalls wird man an der Hand der vorliegenden Grundzüge mit Erfolg in die höchst bedeutungsvolle Arbeitsmethodik der Pflanzenchemie eingeführt werden können.

C. Ipsen (Innsbruck).

Plötzlicher Tod aus innerer Ursache.

Lefebvre: La mort subite dans la première enfance. (Der plötzliche Tod im frühen Kindesalter.) Arch. méd. belges Jg. 76, Nr. 8, S. 609—617. 1923.

Verf. erörtert die Rolle der Briesel beim plötzlichen Tod der Kinder und gelangt zu folgenden Schlüssen: bei der Mehrzahl der Fälle von plötzlichem Tod in frühem Alter läßt sich eine besonders große Brieseldrüse feststellen. Vereinzelt verursacht sie durch ihre mechanische Wirkung den Tod, sei es, daß sie die Luftröhre verengt oder durch Druck auf die Nerven der Nachbarschaft eine Herzlähmung auslöst. In der Überzahl der Fälle aber ist sie nur Ausdruck einer allgemeinen Schädigung der Blutdrüsen. Diese Schädigung äußert sich durch eine Störung des Kalkstoffwechsels und durch die Neigung zu Spasmen. Auf einen solchen Spasmus ist auch der Tod zu beziehen. Die Schädigung der Blutdrüsen ist höchstwahrscheinlich auf Erbsyphilis zurückzuführen.

Meixner (Wien).

Kauf, Emil: Plötzlicher Herztod durch Verschuß des Mitralostiums. (Herzst., Wien.) Zentralbl. f. Herz- u. Gefäßkrankh. Jg. 15, Nr. 14, S. 197—200. 1923.

Beschreibung eines Falles von plötzlichem Herztod infolge thrombotisch-embolischen Verschlusses des venösen Mitralostiums bei stenosierter und insuffizienter Klappe. Das postmortal aufgenommene Elektrokardiogramm zeigte noch einige Zeit Vorhofflimmern und regelmäßige Kammerautomatie.

Küllbs (Köln).

Coste, F.: Rupture du cœur. (Herzruptur.) Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 93, Nr. 6, S. 487—488. 1923.

Ruptur der Vorderwand des linken Ventrikels an der gewöhnlichen Stelle bei einer 62jähr. Frau, die wegen rheumatischer Schmerzen ins Krankenhaus aufgenommen worden war und klinisch außer geringer Glykosurie und Albuminurie sowie geringer Blutdruckerhöhung keine krankhaften Veränderungen darbot. Das Besondere des Falles liegt darin, daß die Atheromatose auf die vordere Kranzader beschränkt war, während alle übrigen Gefäße davon frei waren.

Giese (Jena).

Kindesmord.

Parisot, Pierre, et E. Morin: Mort du nouveau-né par hémorragie méningée ou par suffocation. (Kurzer Bericht über drei Fälle von gewaltsamer Erstickung durch Bedecken mit Kissen.) Ann. de méd. lég. Jg. 3, Nr. 9, S. 551—554. 1923.

Im 1. Falle Geburt im Stehen, Sturz des Kindes auf den Boden, Befund: Meningeale Blutung über der linken Hirnhälfte, blutreiche Lungen, Ekchymosen, Schaum in den Luftwegen. In den beiden anderen Fällen der gleiche Lungenbefund, in einem davon außerdem interstitielles und subpleurales Emphysem. Die Hirnhautblutung

kann durch den Sturz entstanden sein (keine Schädelverletzung), als deren Folgen die gleichen Lungenzeichen beobachtet werden können wie bei Erstickung. Da diese aber durch das Geständnis der Mutter sichergestellt ist, so nehmen die Verff. an, daß die Erstickung die Hirnhautblutung hätte hervorrufen (?) bzw. verstärken können. In bezug auf das Emphysem schließen sie sich der Meinung derer an, die darin kein sicheres Zeichen der gewaltsamen Erstickung sehen. *Giese (Jena).*

Schwarzacher, W.: Ein interessanter Fall von Mord an einem fünf Wochen alten Säugling. (*Inst. f. gerichtl. Med., Univ. Graz.*) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 36, Nr. 32, S. 573—575. 1923.

Zunächst werden die Tatumstände und der Sektionsbefund kurz mitgeteilt. Es handelt sich um ein plötzlich gestorbenes Kind; die Obduktion deckte das Vorhandensein eines mit einem Wattebausch versehenen, 8 cm langen Stäbchens auf, das in der Speiseröhre und im Magen lag. Außerdem fanden sich in den weichen Schädeldecken auf der Scheitelhöhe unbedeutende blutige Unterlaufungen und eine wenig ausgedehnte subdurale Blutung. Eine kritische Analyse des erhobenen Befundes führt zu dem Ergebnis, daß fürs erste der Fremdkörper nur gewaltsam eingebracht worden sein konnte, daß aber das Einbringen des Fremdkörpers in Speiseröhre und Magen nicht den Tod des Kindes bedingte, sondern daß die Einwirkung einer stumpfen Gewalt auf den Schädel des Kindes dessen Tod bewirkt haben mußte. Die des Mordes beschuldigten Eltern legten nach Vorhalt des Sachverständigenutachtens ein dahingehendes Geständnis ab, daß das Kind von ihnen wiederholt durch Schläge auf den Kopf mißhandelt worden sei und daß der Kindesvater, unterstützt durch die Mutter, das watteumwickelte Stäbchen gewaltsam in den Rachen des Kindes eingestoßen habe, um es zu ersticken. Der Straffall endete mit einer Verurteilung des Kindesvaters wegen Mordes und der Kindesmutter wegen Beihilfe zum Morde. *W. Schwarzacher (Graz).*

Saenger: Über die Entstehung der intrakraniellen Blutungen beim Neugeborenen. (*18. Vers. d. dtsh. Ges. f. Gynäkol., Heidelberg, Sitzg. v. 23.—26. V. 1923.*) Arch. f. Gynäkol. Bd. 120, S. 284—287. 1923.

Die Vena magna Galeni, welche das Sammelgebiet für die Venen des Großhirnstammes und weiterer cerebraler und cerebellarer Venen darstellt, geht ziemlich plötzlich in das kaum dehnbare Rohr des Sinus rectus über. Seine Lage und freiere Ausspannung machen ihn bei Stauung zu einem Spannungsmittelpunkt, zumal er gewissermaßen eine enge Stelle im Flußbett darstellt. So erklären sich die häufig zu findenden kleinsten Gefäßscheidenblutungen und Capillarzerreißen im Gebiet der Venae terminales. Es kommt auch durch Übergreifen der Stauungsspannung auf die Vena falcis et tentoris zu einer starken Anspannung der Tentoriumblätter von innen her. Am häufigsten finden sich Hämatome in der Nachbarschaft des Sinus rectus und zwar als Ausdruck übermäßiger Stauung bei leichter Zerrung der Duraduplikaturen. Bei weiterer Steigerung der Falxanspannung kommt es zur Tentoriumzerreißen. Asphyxie und Schädeltraumen sind meistens zusammen die Ursache der intrakraniellen Blutung; Asphyxie allein kann es kaum, ebenso wie nur ein ganz gewaltiges Trauma ohne Asphyxie Gefäßzerreißen zur Folge haben kann. Unter 100 Sektionen war 73 mal Blutung nachzuweisen, die 46 mal als hochgradig zu bezeichnen war. Unter diesen 46 Fällen bestand bei 43 Tentoriumzerreißen. *Walter Hannes (Breslau).*

Gerichtliche Geburtshilfe.

Waltherd, Karl Max: Über die histologischen Veränderungen des Ovariums während der Gravidität. (*Pathol. Inst., Univ. Bern.*) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 86, H. 1, S. 74—123. 1923.

In einer überaus flüssigen und ausführlichen Arbeit berichtet der Verf. über die Ergebnisse seiner histologischen Studien an menschlichen Ovarien aus verschiedenen Stadien der Gravidität und aus dem Wochenbett. Die ersten Zeichen von Rückbildung des Corpus luteum grav. fand er vom 2. Schwangerschaftsmonate an, stärkere nach dem 5., sehr ausgesprochene im Puerperium. In den ersten 2 Monaten der Schwangerschaft wurde feintropfige Verfettung der Granulosaluteinzellen gefunden, die in späteren Monaten immer mehr abnimmt. Doppeltbrechende Cholesterintropfen finden sich in den sich zurückbildenden Corpora lutea des Wochenbettes häufig. Ein zu den

Lipochromen gehöriger Farbstoff konnte während der Schwangerschaft nicht festgestellt werden, wohl aber in den feinkörnig verfetteten Thecazellen ein mit dem Escherschen Karottin vermutlich identischer Stoff. Für die von Miller als Kolloidtropfen beschriebenen Körper in den Granulosaluteinzellen schlägt er den Namen „Tropfiges Hyalin“ vor, der dem Wesen dieser Körper besser entspreche. Für die von Seitz eingeführte Nomenklatur „obliterierende und cystische Form der Atresie“ werden die Ausdrücke Follikelatresie und Thecalutiencyste vorgeschlagen. Schließlich konnte der Autor morphologisch keine Anhaltspunkte, daß während der Schwangerschaft außer den Granulosaluteinzellen irgendwelche andere Zellen innersekretorische Fähigkeiten besitzen, finden, und lehnt daher den Ausdruck interstitielle Eierstockdrüse für die Gesamtheit der Thecaluteinzellen der atretischen Follikel für das menschliche Ovarium ab.

Werner (Wien).^o

Vitauza, Carlo: La rigidità cadaverica endouterina. (Nota clinica.) (Die Totenstarre im Mutterleibe.) Riv. d'ostetr. e ginecol. prat. Jg. 5, Nr. 9, S. 423—424. 1923.

Verf. hat 2 Fälle beobachtet, in welchen die Totenstarre der während der Geburt abgestorbenen Frucht — beide Male handelte es sich um Früchte des 7. Monats — der Wendung Schwierigkeiten bereitete. Das eine Mal mußte die Frucht zerstückelt werden, das andere Mal löste sich die Starre unter den Händen des Beobachters. Meixner.

Salomon, Rudolf: Zahlreiche Blasen- und Mastdarmverletzungen durch Abtreibungsversuch einer Nichtgraviden. Med. Klinik Jg. 19, Nr. 42, S. 1395. 1923.

Ein 28-jähriges Mädchen machte in der irrigen Meinung, gravid zu sein, einen Frucht-abtreibungsversuch, indem sie in stehender Haltung eine Stricknadel in die Scheide einführte, die sie wiederholt nach oben stieß, bis sie blutete. Erst am 4. Tage kam sie auf die Klinik, da der Urin blutig war und Urin, Stuhl und Blähungen durch die Scheide abgingen. Dort wurden multiple Zerreißen der Schleimhaut im Scheidengewölbe rechts und rechts vorn festgestellt, weitere Stichverletzungen in der Blase und im Rectum mit Blasen-, Scheiden- und Mastdarm-Scheidelfisteln, sowie ein cystischer Tumor im rechten Parametrium (Hämatom oder paracystische Urininfiltration). Da keine peritonitischen Erscheinungen, konservative Behandlung (Verweilkatheter, Ruhigstellung des Darmes und Entleerung des Rectums, Instillationen mit Clauden, später leichte 3proz. Borwasserspülungen und Verabreichung von Myrmalyd). Heilung 14 Tage nach der Einlieferung. Infolge des psychischen Schocks wurden therapeutische Eingriffe ohne Narkose nicht zugelassen und die Absicht, zu heiraten, aufgegeben, wegen unüberwindlicher Angst vor Schmerzen in der Genitalregion.

Marx (Frag).

Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

Dalla Volta, Amedeo: Di un particolare dello sviluppo dell'imene come contributo alla sua morfogenesi. (Ein Beitrag zur Morphogenese des Hymens.) (Istit. di med. leg., univ., Padova.) Arch. di antropol. crim. psychiatr. e med. leg. Bd. 43, H. 4, S. 340—361. 1923.

Verf. ergänzt die in dieser Zeitschrift (Bd. 2, H. 1) gebrachten Beobachtungen über die kindlichen Hymenformen (H. carinatus und labiatus) durch die mikroskopische Untersuchung einer großen Anzahl von Präparaten aus den verschiedenen Altersstufen. Dabei kann er feststellen, daß diese beiden Formen ihre spezifische Gestaltung dem Befunde eines in der Mittellinie oben und unten oder nur unten gelegenen Bindegewebspornes (Calcar hym.) verdanken, welcher — als Spur und Rest der doppelten Anlage der Müllerschen Gänge erachtet — sich schon in der pränatalen Entwicklung durch die Bildung je eines oben und unten in der Mittellinie gelegenen Hymenanhangs (Appendix vaginalis und vestibularis) angedeutet findet. Die Entwicklung der definitiven Hymenformen aus dem kindlichen Hymen carinatus und labiatus wird durch die sukzessive Rückbildung dieses Hymenspornes bedingt. Neureiter.

Weil, Arthur: Körperbau und psychosexueller Charakter. (Inst. f. Sexualwiss., Berlin.) Fortschr. d. Med. Jg. 40, Nr. 24/25, S. 423—425. 1922.

Auch bei sexuell Abnormen findet Verf. einen teilweise Parallelismus zwischen Körperbau und seelischer Anlage. Unter den psychosexuell Infantilen mit zurückgebliebener Intelligenz zeigt sich ein beträchtlicher Bruchteil kleiner, grazil gebauter Menschen mit kindlichen Körperbaustigmen. Unter 300 Homosexuellen haben 70% den lang aufgeschossenen asthenischen Körperbautyp, vielfach mit eunuchoiden Einschlägen. Unter den Metatropen zeigt der passive, weichliche, der Frau sich unter-

ordnende Mann vielfach grazile, weiche, abgerundete Formen mit Behaarungsschwäche, die energische, virile Frau ist oft derbknochig, groß, von tiefer Stimme und kräftiger Muskulatur. Die virilen homosexuellen Frauen zeigen häufig schlanke, hagere Gestalt mit flachen Brüsten, schmalen Hüften und energischen, scharf herausgearbeiteten Gesichtszügen.

Kretschmer (Tübingen).

Hirsch, Ludwig: Geschlechtliche Verkehren bei Entarteten. (*Forensisch-med. Verein., Berlin, Sitzg. v. 20. VI. 1923.*) *Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 29, Nr. 21, S. 225 bis 229. 1923.*

1. Fall: Sohn einer epileptischen Mutter. Erster Geschlechtsverkehr mit 12 Jahren mit seiner um 2 Jahre älteren Schwester. Später homosexuelles Verhältnis mit seinem Arbeitschef und einem Arbeitskollegen. Stets geschlechtlich sehr erregt gewesen. Beging schließlich an einem früheren Dienstmädchen, mit welchem er im Konkubinat lebte und widernatürlichen Verkehr pflegte, aus Eifersucht und im Rausch einen Totschlag. Nach durchschlafener Nacht zerstückelte er die Leiche, wobei er Erektion und Samenerguß bekam. Schließlich gebrauchte er die Leiche noch geschlechtlich, konnte aber keinen Samenerguß erzielen. Einen Teil des Fleisches briet er mit Butter und verzehrte ihn. Während der psychiatrischen Beobachtung läuft er stets ohne Hemd herum. Für minderwertig, aber verantwortlich erklärt, wurde er zu 5 Jahren Gefängnis verurteilt. — 2. Fall: Sohn eines Trinkers. Besuchte Gymnasium und absolvierte die Oberprima, studierte Nationalökonomie und Philosophie, ohne jedoch die Vorlesungen zu besuchen, hörte dagegen Kollegs in Automobilmaschinenbau. Trotzdem er verlobt war, trieb er mit anderen Frauen Perversitäten (Cunnilingus). In seinem Geschlechtsleben wechselten Perioden masochistischer und sadistischer Neigungen. Er sei Geruchsfetischist. Es sei für ihn der schönste Genuß, eine Frau, deren Geschlechtsteile intensiv nach Weib riechen, mit der Zunge zu befriedigen. Mit der Ehefrau hat er zwei gesunde Kinder. Kam zur Begutachtung in einem Zivilrechtsstreit. — 3. Fall: Erblich schwer belastete homosexuelle Masochistin. Bereits im 15. Lebensjahr homosexuelle und sadistische Handlungen mit einer Freundin. Bis zum 24. Jahr nur homosexuellen Verkehr mit verschiedenen Freundinnen, welche sie küssen, schlagen und kratzen mußten. Auch mit Männern nur 5 mal normalen Verkehr, wobei sie immer schwanger wurde, sonst auch mit diesen nur Perversitäten getrieben; ließ sich schlagen, anbinden, quälen u. dgl. und blutende Wunde mit brennenden Essenzen und Parfüms einreiben. Bisweilen auch andere Perversitäten: Koprophanie u. ä. Wiederholte Diebstähle; verschenkte aber die gestohlenen Sachen meistens. Die psychiatrische Untersuchung ergibt Hysterie, manische Erregungszustände, Verfahren eingestellt.

Marx (Prag).

Ganther, Rudolf, und Erich Rominger: Über die Bedeutung des Handleistenbildes für die Zwillingforschung. (*Kinderklin., Univ. Freiburg.*) *Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 36, H. 4/5, S. 212—220. 1923.*

Um die Ähnlichkeit von eineiigen Zwillingen festzustellen, prüften die Verf. das Handleistenbild (die Abdrücke der Handflächen) von 5 eineiigen und 42 zweieiigen Zwillingen nach einer Methode, die sie eingehend beschreiben. Der Vergleich des Papillarleistensystems der Greifflächen der Hände, nicht der sog. Handlinien, die durch die Faltung der Haut bedingt sind, ergab bei eineiigen Zwillingen stets eine große Ähnlichkeit des ganzen Aufbaues der Handflächen und ihrer Liniensysteme, eine besonders große im Aufbau der gleichseitigen Handflächen und der gleichseitigen Liniensysteme. Bei zweieiigen Zwillingen fand sich eine gewisse, niemals aber so auffallende Ähnlichkeit des Handleistenbildes, so daß aus großer Ähnlichkeit auf die Eineiigkeit von Zwillingen geschlossen werden kann. Eine vollkommene Übereinstimmung des Handleistenbildes findet sich auch bei eineiigen Zwillingen nicht.

G. Strassmann (Berlin).

Kunstfehler, Ärztrecht.

Duvoir: Hémorragies cérébrales traumatiques. (Hirnblutungen aus äußerer Ursache.) *Ann. de méd. lég. Jg. 3, Nr. 8, S. 477—478. 1923.*

Eine 50jährige Frau nieste nach einer Politzerschen Luftpfeife, stürzte zusammen und starb einige Stunden später. Die Leichenöffnung ergab eine Hirnblutung mit Durchbruch in die Kammern bei beträchtlicher Vergrößerung des linken Herzens und Schlagaderverkalkung der Nieren. Verf. denkt an die Möglichkeit, daß die Luftpfeife entweder auf dem Wege der Aufregung, durch das Niesen oder auf andere Weise jene Blutdrucksteigerung verursacht hatte, durch welche die Hirnblutung entstand. Den Arzt trifft kein Verschulden.

Meixner (Wien).

Hedrén, G.: Quelques notes sur les traumatismes cranio-cérébraux et la commotion cérébrale. (Einige Bemerkungen über die Schädel-Hirnverletzungen und die Gehirnerschütterung.) *Acta med. scandinav.* Bd. 59, H. 1/6, S. 134—142. 1923.

Ein 30jähr. Mann erhielt in trunkenem Zustand einen Schlag, der ihn hinstreckte. Er verlor das Bewußtsein und wurde noch benommen in ein Spital gebracht. In der Nacht war er kurze Zeit unruhig. Morgens aber waren keinerlei krankhafte Veränderungen festzustellen und auf sein Verlangen wurde er mittels Kraftwagens nach Hause gebracht. Dort verschlechterte sich sein Zustand sofort wieder, er wurde schlaftrunken, war nach 2 Tagen wieder tief bewußtlos, wurde 4 Tage nach der Entlassung aus dem Spital wieder dahin gebracht. Bei der wegen der Erscheinungen des Hirndruckes vorgenommenen Trepanation fanden sich mäßige Blutergüsse zwischen die Hirnhäute, jedoch keine Bedrängung des Gehirnes. 2 Tage später, 1 Woche nach der Verletzung, trat der Tod ein. Bei der Leichenöffnung fand sich ein Bruch des Hinterhauptes, ausgedehnte Rindenerweichungen an Stirn und Schläfelappen infolge von Quetschung und starke Schwellung der benachbarten Hirnteile.

Von der Verteidigung des der Tötung Beschuldigten wurde nun gegen die Spitalsärzte der Vorwurf erhoben, sie trügen dadurch, daß sie in Verkennung der schweren Beschädigung den Mann entlassen hätten, an dem tödlichen Ausgang Schuld. Als Gutachter erklärte Verf. diesen Vorwurf für unbegründet, da der Tod nicht durch eine Spätblutung, sondern durch die gleichzeitig mit der Gewalteinwirkung entstandenen ausgedehnten Hirnquetschungen und die von ihnen ausgegangene entzündliche Veränderung des Gehirnes herbeigeführt worden sei. *Meizner* (Wien).

Bingel, Adolf: Todesfälle nach Gaseinblasungen in den Lumbalkanal beziehungsweise in die Gehirnventrikel. (*Landeskrankenh., Braunschweig.*) *Med. Klinik* Jg. 19, Nr. 19, S. 637—640. 1923.

Auf etwa 1000 Fälle von Lufteinblasung kommen 9 Todesfälle, von denen 3 nicht dem Verfahren selbst zur Last gelegt werden konnten. Bei Verdacht auf Tumor der hinteren Schädelgrube soll die lumbale Luftfüllung stets durch die allerdings auch nicht ganz gefahrlose cerebrale Einblasung ersetzt werden. *A. Schüller* (Wien).

Greve, Karl: Beitrag zu den Röntgeschädigungen in der zahnärztlichen Praxis. (*Zahnärztl. Inst., Univ. Breslau.*) *Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk.* Jg. 39, H. 2, S. 261 bis 266. 1923.

Im Anschluß an einen Fall von Schädigung des Haarwuchses, (vorübergehenden Bartausfall) nach wiederholter diagnostischer Röntgenbestrahlung, wird darauf hingewiesen, daß es unstatthaft sei, eine nicht geglückte Röntgenaufnahme ohne weiteres beliebig oft zu wiederholen, und daß mit der selbständigen Anfertigung von Röntgenaufnahmen nur Personal betraut werden dürfe, welches alle Einzelheiten des Instrumentariums und seine Wirkungen kennt sowie die möglichen Fehlerquellen (Überexposition usw.) aus den Mißerfolgen einer Aufnahme richtig zu deuten vermag. Eventuelle Schädigungen der beschriebenen Art können unter Umständen als fahrlässige Körperverletzungen beurteilt werden und zu Schadenersatzansprüchen führen. Zivilrechtlich haftet in solchen Fällen neben der Laborantin der Klinikleiter resp. die Universitäts- oder Krankenhausbehörde. *K. Reuter* (Hamburg).

Dufour: Secret professionnel et déclaration de décès. (Berufsgeheimnis und Totenschein.) *Marseille-méd.* Jg. 60, Nr. 9, S. 485—488. 1923.

Der behandelnde Arzt kann in eine schwierige Lage kommen bei Ausstellung des Totenscheins, wenn ihm vom Verstorbenen ausdrücklich Schweigepflicht auferlegt worden ist. Ein Mann hatte bei einem Streit von einem seiner Freunde einen Bauchschoß erhalten und war in eine Privatklinik gebracht worden. Er hatte *mehrfache* Darmperforationen, die genäht wurden. Nach 3 Tagen ging er an einer akuten Peritonitis zugrunde. Vor der Operation hatte der Verstorbene dem Arzt *absolutes* Stillschweigen auferlegt, wie auch die Operation verlaufen würde. Der Arzt schrieb als Todesursache „Peritonitis“ hin, was vom Standesbeamten als natürlicher Tod ausgelegt und die Leiche daher zur Beerdigung freigegeben wurde. Später kam der wahre Sachverhalt zur Kenntnis des Gerichts. Der Arzt wurde als Zeuge vernommen. Er erklärte vor Gericht, daß seine Weigerung, den Totenschein auszustellen, einer Preisgebung seines Berufsgeheimnisses gleichgekommen wäre. Es hätte ein anderer Arzt mit der Ausstellung des Totenscheines beauftragt werden müssen, und dieser hätte zweifellos herausgefunden, daß

es sich um einen verdächtigen Todesfall handle, und hätte der Behörde Anzeige erstattet. Auch die Bescheinigung „Peritonitis nach Schußverletzung des Bauches“ würde die Aufmerksamkeit der Behörden erregt und die Anordnung einer gerichtlichen Obduktion veranlaßt haben. Der behandelnde Arzt muß die Richtlinien kennen, nach denen er in solchen Fällen zu handeln hat.
Ziemke (Kiel).

Spurennachweis. Leichenerscheinungen.

● Die Vorschriften für das Verfahren der Ärzte bei den gerichtlichen Untersuchungen menschlicher Leichen. (Bekanntmachung d. Minister. d. Innern v. 9. VII. 1906.) Abänderung. Dresden: C. Heinrich 1923. 8 S. G. Z. —, 15.

Die für den Freistaat Sachsen geltenden Vorschriften liegen hier im Neudruck vor, sie stammen aus dem Jahre 1906 und sind jetzt entsprechend den gerichtsärztlichen und pathologisch-anatomischen Erfahrungen sowie den neueren Untersuchungsmethoden durch Verfügung des sächsischen Staatsministeriums des Inneren vom 22. Juli 1923 durch eine ganze Reihe von Abänderungen, Ergänzungen und Neueinfügungen zweckentsprechend umgestaltet worden. Die vorliegenden Vorschriften samt ihren Ergänzungen haben vielfach schon Mängel ausgemerzt, die sich uns in dem neuen preußischen Regulativ vom 15. Juni 1922 fühlbar gemacht haben. In mancher Beziehung sind diese neuen sächsischen Vorschriften kürzer und klarer als die preußischen. Es ist auf die möglichst beschleunigte Vornahme der Sektionen im allgemeinen hingewiesen. Hinsichtlich der Instrumente ist auch von der Mitnahme eines Mikroskops Abstand genommen; das Raspatorium vermisste ich ebenso wie die Aufführung eines Taschenspektroskops (ersteres fehlt auch im preußischen Regulativ!). Sehr zu begrüßen ist der Hinweis darauf, daß schwierigere Untersuchungen von den Amtsärzten nicht zuerst probiert werden sollen, sondern dem gerichtsarztlichen oder einem pathologisch-anatomischen Institut zugewiesen werden müssen. Bei der äußeren Besichtigung vermisste ich — wie im preußischen Regulativ — die Feststellung der Pupillen, die Befunde der Bindehaut und Lederhaut (Blutungen, Verfärbungen); die Asservierung von Haaren der Leiche bei Tötung durch zunächst unbekannte Täter (siehe preuß. Regul.) wäre einzufügen. Bei Schußverletzungen empfiehlt sich in schwierigen und zweifelhaften Fällen die Ausschneidung und Asservierung der Schußwunde (Einschuß, Ausschuß, Nahschuß?). Der Hinweis auf mikroskopische Untersuchungen bei Starkstromverletzungen im preußischen Regulativ wurde als entbehrlich erachtet, leider fehlt aber hier wie dort eine technische Anweisung über Maßnahmen für die wichtige Spermauntersuchung bei weiblichen Leichen. Die Luftembolie und deren sektionstechnischer Nachweis hat mit Recht wie im preußischen Regulativ Aufnahme gefunden; daß der Befund nur bei noch nicht eingetretener Fäulnis beweiskräftig ist, dürfte noch anzufügen sein. Bei der Kopfhöhlektion fehlt der Hinweis auf die Besichtigung des Balkens (Wölbung!) und auf die meines Erachtens am besten in situ vorzunehmende Eröffnung der Gehirnkammern (Hydrocephalus, Blut in den Gehirnkammern . . .). Die für den Gerichtsarzt technisch schwierige Herausnahme der Hypophyse würde ich für entbehrlich halten, dafür aber die Ausmeißelung des ganzen Türkensattels samt Hypophyse und baldigste Einlegung in Formalin empfehlen. Bei der Rückenmarkssektion möchte ich bemerken, daß die Wirbelkanaleröffnung technisch am leichtesten vor der Sektion der Brusthöhle oder wenigstens vor der Herausnahme des Brustbeins vorzunehmen ist. Beim Situs der Bauchhöhle empfiehlt sich erfahrungsgemäß ein Hinweis auf den Befund des Wurmfortsatzes. — Was die Brusthöhlektion betrifft, so ist der Hinweis auf die Vermeidung einer Sektionsverletzung der Anonyma usw. wichtig, aber leichter als deren Vermeidung; ich empfehle die Prüfung der Brustfellräume der Sicherheit halber stets vor der Auslösung des Brustbeins im Sternoclaviculargelenk, wie im preußischen Regulativ angegeben. Daß auch die Zenkersche Sektionsmethode mit aufgenommen ist, sowohl hinsichtlich des Herzens, wie bei der Herausnahme der Gesamtblutorgane, begrüße ich; sie ist bei Brustkorbverletzungen jeder Art die einzig empfehlenswerte Methode. Ein Hinweis auf bakteriologische Herzblutuntersuchung und deren technische Vorbereitung wäre begrüßenswert. — Bei der Bauchhöhlektion ist gerade für den Gerichtsarzt die sofortige Feststellung des Befundes der inneren weiblichen Geschlechtsorgane (Abtreibung!) recht wichtig und wird vermißt, ebenso halte ich die Eröffnung des Magens in der Mitte der Vorderwand zwischen großer und kleiner Krümmung entgegen den andersartigen Vorschriften immer für zweckmäßiger, da bei dieser Methode der Inhalt viel leichter zu überblicken und zu erhalten ist als wie bei der Eröffnung an der großen Krümmung. Hinsichtlich der Sektion der weiblichen Geschlechtsorgane zumal bei Abtreibungsverdacht und bei Tod im Wochenbett enthält das vorliegende Regulativ im Gegensatz zu dem preußischen technische Angaben, die mir aber zur Vermeidung von Sektionsverletzungen nicht zweckmäßig genug scheinen. Die von mir als zuverlässigste gefundene Methode der senkrechten Durchspaltung der Schamfuge und der Lösung der beiden Kreuzbein-Darmbeinverbindungen, d. h. einer gewaltsamen Sprengung des Beckens durch Spreizung der Oberschenkel, erlaubt eine sehr bequeme Auslösung der inneren Genitalien im Zusammenhang mit den äußeren Geschlechtsteilen ohne jede Gefahr einer Verletzung bei der Sektion durch Stich oder Schnitt. — Die Angaben über das Verhalten bei

Vergiftungen oder Vergiftungsverdacht sind zweckmäßig ergänzt; die Eröffnung des Magens an der großen Krümmung hat hier besondere Bedenken (siehe oben). Unter den Verdacht erregenden Befunden im Mageninhalt: Bestandteile von Blättern oder sonstiger Pflanzenteile oder Reste von tierischer Nahrung wäre unbedingt beizufügen: „sowie krystallinische oder pulverartige Substanzen (Arsenik, Baryum, oxalsaurer Kalk usw.)“; alle derartigen Objekte besser asservieren, als sie durch den Gerichtsarzt einer mikroskopischen Untersuchung unterziehen lassen! Der Hinweis, daß auch in Vergiftungsfällen wieder das gerichtlich-medizinische Institut in Leipzig neben der Landesstelle für öffentliche Gesundheitspflege in Dresden zuständig ist, ist sehr begrüßenswert. Die Anordnung einer Entnahme von Haut, Haaren und Knochen bei subakuter, chronischer oder früher überstandener Arsenvergiftung zur Ergänzung der übrigen Leichenasservate dürfte sich empfehlen; auch über die Entnahme von Leichenblut dem Verdacht auf Kohlenoxydvergiftung und dessen spektroskopische Untersuchung vermisse ich eine Anordnung. — Was endlich die Sektion von Neugeborenen betrifft, so ist der Nachtrag über den technischen Nachweis von Falx- und Tentoriumrissen nach der Methode von Puppe und Bernh. Fischer sehr zu begrüßen; er fehlt bedauerlicherweise im preußischen Regulativ. Kleine Ausstände bei der Brustsektion wären das Fehlen eines Hinweises auf die innere Brustdrüse sowie die kurze Skizzierung des normalen entfalteten Lungengewebes gegenüber dem interstitiellen Emphysem und den subpleuralen Fäulnisblasen, Bemängelungen, die ich auch gegenüber dem preußischen Regulativ äußerte. Auch ein Hinweis auf die Wichtigkeit der mikroskopischen Untersuchung des Inhaltes der Luftwege und des Lungenabstreifsaftes im Hinblick auf intrauterine und post partum erfolgte Einatmung von Fruchtwasser usw. wäre zweckmäßig anzufügen, da diese Untersuchungen erfahrungsgemäß viel zu selten vorgenommen werden. Daß die Magendarm-Schwimmprobe vorgenommen werden muß, ist mit Befriedigung festzustellen; die von Ungar empfohlenen Unterbindungen zur Fixierung des Luftgehaltes könnten gleichfalls empfohlen werden. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß das Erscheinen des sächsischen Regulativs mit den Ergänzungen sehr zu begrüßen ist; ein baldiger Neudruck unter Einfügung der in der neuen Minist. Verfügung enthaltenen unzweifelhaften Verbesserungen würde sich sehr lohnen und würde den Vorschriften auch außerhalb Sachsens zweifellos einen großen Interessentenkreis sichern.

H. Merkel (München).

Todd, T. Wingate: Age changes in the pubic symphysis. VII. The anthropoid strain in human pubic symphyses of the third decade. (Altersverschiedenheiten der Schamfuge. Der anthropoide Grundzug der menschlichen Schamfugen der dritten Dekade.) *Journ. of anat.* Bd. 57, Nr. 3, S. 274—294. 1923.

Die Arbeit erstreckt sich auf Untersuchungen des Hamann-Museums für vergleichende Anthropologie und Anatomie der Western Reserve Universität, das über 900 menschliche Skelette verfügt mit sorgfältigen Angaben über das Leben der betreffenden Individuen. Unter den Schamfugen der weißen und schwarzen Rasse gibt es zwei wohl markierte Typen, bei der einen sind die Epiphysen Überbleibsel wohl entwickelt, bei der anderen nicht, der erste weist auf Verhältnisse bei den Anthropoiden hin, der zweite ist typisch menschlich. Zwischen diesen beiden Formen gibt es vermittelnde Glieder. Bei Altersschätzungen muß man vorsichtig in der Auswertung der einzelnen Merkmale sein, das Schambein selber kann für die Beurteilung sehr wesentlich sein. W. Brandt (Würzburg).^{oo}

Beccadelli, Giuseppe: L'influenza del sangue sulle reazioni chimiche. (Con applicazioni alla medicina legale ed alla clinica.) Nota III. (Der Einfluß des Blutes auf die chemischen Reaktionen. Anwendung für die gerichtliche Medizin und die Klinik.) (*Istit. di med. leg., univ., Palermo.*) *Arch. di farmacol. sperim. e scienze aff.* Bd. 36, H. 9, S. 137—144. 1923.

Beccadelli will mit einer physikalisch-chemischen Farbreaktion Menschen- und Tierblut unterscheiden können. Die Methode ist folgende: 1 qcm blutgetränkter Stoff wird in $\frac{1}{2}$ cem dest. Wasser ausgelaugt, bei frischem Blut genügt dazu kurze Zeit, bei 3 Monate altem Blut dauert das Auslaugen 16—24 St. Temperatur von 37° ist am geeignetsten. Zu dieser Lösung wird das Reagens hinzugesetzt, das aus je $\frac{1}{2}$ cem 40proz. Formaldehyd, 0,75% Silbernitrat und Ammoniak von 0,92 Dichte besteht, und das Röhrchen einigemal kräftig umgeschüttelt. Nach wechselnd langer Zeit (einige Minuten bis zu 16 St.) nimmt das Gemisch bei Vorhandensein von Menschenblut eine bernsteingelbe Farbe an, Tierblut färbt sich je nach der Art in anderem Gelb bis Rot. Bei frischem Blut ist die Lösung meist trübe. Eine Kontrolle nur mit dem Reagens und destilliertem Wasser wird grau. Verf. behauptet, daß diese Farbreaktion für Menschenblut und jedes Tierblut spezifisch sei.

G. Strassmann (Berlin).

Zeynek, R. v.: Untersuchungen zur Frage der Zeitfolge bei Kreuzungen von Tintenstiftschrift mit Stempelungen. (*Med.-chem. Inst., dtsh. Univ. Prag.*) Arch. f. Kriminol. Bd. 75, H. 3, S. 209—219. 1923.

Die immer häufiger werdende Verwendung von Tintenstiften an Stelle von Tinte, namentlich im Bankgeschäft und im Post- und Verkehrswesen bringt es mit sich, daß Untersuchungen zur Frage der Zeitfolge bei Kreuzungen von Tintenstiftschrift mit Stempelungen im Dienste der Rechtspflege öfter vorzunehmen sind. Eine einschlägige Gerichtssache, bei der die von dem Gericht geführten Sachverständigen aus der Untersuchung einer einzigen Kreuzungsstelle von Tintenstiftzug und von einem nicht sehr starken Kautschukstempelaufdruck „mit apodiktischer Sicherheit“ erklärten, daß die Schriftzüge über die Stempelung geschrieben seien, gibt Zeynek die nähere Veranlassung, an eine eingehende Prüfung dieser Fragen heranzutreten. Insbesondere untersucht Z. die gebräuchlichsten Hardtmuthschen Tintenstifte „Koh-I-Noor“, „Mephisto“ und „Koh-I-Noor“-Kopierminen für Drehstifte. Die Schreibmasse dieser Tintenstifte ist entgegen der verbreiteten Meinung neben etwa 40% Farbstoff (Methylviolett BB und B) Graphit bzw. ein Graphitgemisch von 2,5 Teilen Graphit und 1 Teil Kaolin. Gleich dem Bleistiftstrich ist der Strich der Tintenstifte auf trockenem Papier durch seinen besonderen Glanz gekennzeichnet. Ein Unterschied besteht nur hinsichtlich der Farbe des Glanzes, der beim Tintenstiftstrich dem „metallischen“ Glanz nahe kommt. Zudem sind beim Bleistiftstrich die „Gleitlinien“ viel deutlicher ausgeprägt als beim Tintenstift. Die dem praktischen Bedürfnis angepaßten mannigfachen Versuche Z.s ergeben, daß die Überstempelung der Tintenstiftschrift in allen Fällen, in denen der Farbstoff des Stempels von dem des Tintenstiftes sich optisch nicht unterscheiden läßt, an einer deckfarbenartigen Stempelfarbe oder einer brückenartigen Überlagerung des Schriftzuges durch haftende Schmutzteilchen des Stempels nur ausnahmsweise erkennbar ist. Hingegen kann bei verschiedenen Farben des Tintenstiftes und des Stempelabdruckes der Nachweis der Überstempelung gelingen.

C. Ipsen (Innsbruck).

Heinz, R.: Schnellhärtungsverfahren mit Äthyl- bzw. Methylalkohol. Münch. med. Wochenschr. Jg. 70, Nr. 28, S. 912—913. 1923.

Die Gewebstücke kommen aus absolutem Alkohol 12 Stunden in Alkoholäther, dann 24 Stunden in eine Celloidinlösung von 1 g Celloidin in Alkohol 25, Äther 25 und Wintergrünöl 50; hierauf in Chloroformparaffin und Paraffin. Das Wintergrünöl verwendet Heinz statt des sonst vorgeschlagenen teureren, leicht nachdunkelnden Nelkenöls; es dringt leicht ins Gewebe ein.

Spielmeier (München).

Versicherungsrechtliche Medizin.

Weber, Walter: Die sportlichen Anstrengungsveränderungen des Herzens. Veröff. a. d. Geb. d. Heeres-Sanitätswesens H. 77, S. 167—191. 1923.

Der Arzt beurteilt die Leistungsfähigkeit gesunder Menschen oft noch zu einseitig vom Pathologischen aus. Nach einmaliger starker Beanspruchung kann ein gesundes Herz gegenüber dem Ruhezustand verkleinert, aber auch vergrößert erscheinen. Letzterer Befund wird fälschlich als Schädigung der Elastizität des Herzmuskels angesehen, er ist vielmehr durch eine als zweckmäßig anzusprechende Herabsetzung des Muskeltonus bedingt, die mit einer geringeren Ermüdbarkeit des Muskels verknüpft ist gegenüber einer Dauerleistung, wie sie z. B. der Langstreckenlauf darstellt. In gleicher Weise sind die bleibenden Herzveränderungen bei dauernden Arbeitsleistungen zu bewerten. Die Art der Arbeit bestimmt die Form der Anpassung: Kraftleistung führt zur Tonussteigerung der Muskeln. Boxer und Kurzstreckenläufer haben muskelstarke Herzen mit relativ geringer Größe im Vergleich zu den Langstreckenläufern, die zu ihren Dauerleistungen weicher Muskeln und weiter Herzen mit schwachem Tonus bedürfen. Bis zu einem gewissen Grade können beide Formen im Muskel und auch im Herzmuskel sich vereinen, doch nicht in extremen Fällen. Der Hypertoniker aus Anlage ist auch „zum Athleten geboren, während dagegen ein Hypotoniker viel leichter eine höhere Unermüdbarkeit durch Dauerarbeit erlangt. (Lange)“.

Besserer (Münster).

Piccard, P.: Expertises médico-techniques, revision de rentes, rentes d'accoutumance et „petites rentes“. (Medizinisch-technische Sachverständigenuntersuchungen, Rentenrevision, Gewöhnungsrenten und „kleine Renten“.) Rev. Suisse des acc. du travail Jg. 17, Nr. 9/10, S. 193—230. 1923.

Nach dem bisher üblichen Verfahren bestand für den Arzt die unangenehme Aufgabe der prozentualen Abschätzung der Erwerbsunfähigkeit, die sich namentlich bei Spezialarbeiten geltend machte, während bei dem technischen Sachverständigen sich häufig die Neigung geltend machte, die für den betreffenden Beruf erforderlichen Fähigkeiten zu überschätzen. Diese Schwierigkeiten werden vermieden durch das Verfahren, welches seit einer Reihe von Jahren vor dem Tribunal fédéral des assurances (etwa unserem RVA. entsprechend) geübt wird. Den nach praktischen Gesichtspunkten ausgewählten Sachverständigen werden vom Gericht eine große Reihe bestimmter Fragen vorgelegt, und zwar 1. solche für den Arzt allein, 2. solche für den technischen Sachverständigen und endlich 3. solche, die diese gemeinsam beantworten müssen (z. B. betr. Berufswechsel, Gewöhnung, Anpassung usw.). Vermieden wird die klassische Frage nach der prozentualen Abschätzung. — Der Versicherte muß in Gegenwart beider Sachverständigen alle Arbeiten seines Berufes ausführen, darauf wird ein gemeinsames Gutachten erstattet, dessen Inhalt dem Versicherten nicht mitgeteilt wird. Das Verfahren bietet dem Richter in der Schätzung die größtmögliche Annäherung an die Wirklichkeit. An einer Reihe von Fällen wird die praktische Durchführung des Verfahrens gezeigt. *Giese (Jena).*

Biondi, Cesare: La figura giuridica ed i criteri di accertamento dello stato di invalidità. (Der rechtliche Begriff und die Merkmale der Invalidität.) Rass. d. previd. soc. Jg. 10, Nr. 6, S. 19—31. 1923.

Aus der Arbeit entnehmen wir über die im Jahre 1919 eingeführte Invaliditätsversicherung folgendes. Als „dauernd arbeitsunfähig“ erkennt das Gesetz den Zustand eines Versicherten an, „dessen Erwerbsfähigkeit auf weniger als $\frac{1}{3}$ der gewöhnlichen Erwerbsfähigkeit von Leuten herabgesetzt ist, die am gleichen Ort denselben Beruf ausüben“. Die Berechnungen sind mangels italienischer Grundlagen nach deutschen Ziffern angestellt worden, deshalb mußte der Begriff der Invalidität dem des deutschen Gesetzes angepaßt werden. Wiederholungsreich wird die Fassung des Begriffes der Invalidität begründet, der Unterschied gegenüber jenen der Arbeitsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit erklärt. Im ersten Jahrfünft der Geltung des Gesetzes haben auch Leute auf die Versicherung Anspruch, die bloß 24 Wochen Beiträge gezahlt und für die letzten 5 Jahre vor der Einführung der Versicherung eine regelmäßige Arbeit ausweisen können. Der an dieser Gesetzesstelle vorkommende Ausdruck „vollständige Arbeitsunfähigkeit“ bedeutet aber nichts anderes als die Verringerung der Erwerbsfähigkeit unter $\frac{1}{3}$, gleich wie in der allgemeinen Bestimmung. Auch ein im Bezuge des Ruhegenusses Stehender kann, wenn er trotzdem noch verdient, entsprechend der Höhe seines Verdienstes weiter versichert werden. Der Arbeitgeber zahlt die Beiträge, die er zur Hälfte dem Arbeiter abzieht. Dieser kann dann nach vollendetem 65. Jahr oder wenn er den letzten Rest der Erwerbsfähigkeit verliert, gemäß diesem letzten Verdienst einen Zuschlag zu seinem Ruhegenuß erhalten. Auch hier besteht eine Anpassung an das deutsche Gesetz, das den über die Altersgrenze hinaus Arbeitenden noch weiter gegen Invalidität versichert und ihm im Versicherungsfall einen Zuschlag gewährt. Verf. wünscht, daß der Arzt sich im Gutachten strengte darauf beschränke, zu erklären, was der Versicherte körperlich und geistig noch leisten kann. Wie weit diese Leistungsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkte zu verwerten ist, hat nicht allein er zu beurteilen, hier haben die anderen Mitglieder des Ausschusses mitzureden. Der leitende Ausschluß setzt sich zu je einem Drittel aus Vertretern der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer und aus vom Staat ernannten Mitgliedern zusammen. Unter letzteren befindet sich ein Arzt, ein Sachverständiger auf dem Gebiete des Versicherungswesens und mehrere mit dem Gegenstand der Sozialversicherung wohl vertraute Männer. Im Erkrankungsfall ist der Versicherte bis zu

einem Jahre von der Zahlung der Beiträge befreit, so daß in unklaren Fällen die Auszahlung der Invaliditätsgebühren bis zur Dauer eines Jahres hinausgeschoben werden kann. Der Versicherte kann verhalten werden, sich zur Besserung seines Zustandes in Behandlung zu begeben, es kann von ihm sogar gefordert werden, daß er sich in eine Krankenanstalt aufnehmen lasse. Einen Selbstmordversuch betrachtet Verf. nicht als die vom Gesetz als Ausschließungsgrund bezeichnete absichtlich herbeigeführte Invalidität. Eine Selbstbeschädigung kann die einzige Ursache und sie kann Teilursache der Invalidität sein. Im 1. Fall ist der Versicherte vom Genuß einer Entschädigung auszuschließen. Im 2. Fall hält es Verf. für erforderlich, genau zu erwägen, welcher Anteil der Selbstbeschädigung an dem Zustand des Versicherten zukommt. Wenn das Leiden auch ohne Selbstbeschädigung zur Invalidität hätte führen müssen, so sei dem Versicherten trotz Selbstbeschädigung der Ruhegenuß zuzuerkennen. *Meixner* (Wien).

Brunzlow: Über eine neue Methode zur psychologischen Feststellung der wahren Hörfähigkeit. Zeitschr. f. ärztl.-soz. Versorgungswesen Jg. 3, H. 4, S. 154—157. 1923.

Die Methode ist von Löwenstein-Bonn angegeben und bezweckt, nicht nur Schreckreaktionen, die auch ohne bewußte Hirntätigkeit verlaufen können, aufzuzeichnen, sondern auch objektive Belege für das Bewußtwerden sinnlicher Wahrnehmungen jeder Art, im besonderen Falle der Gehörseindrücke, zu schaffen. Sie beruht darauf, daß affektbetonte Vorstellungen uns unbewußte Ausdrucksbewegungen minimaler Größe erzeugen. Sind solche nachweisbar, so ist die betreffende Äußerung vom Geprüften nicht nur gehört (perzipiert), sondern auch verstanden (apperzipiert) worden. Zur Vermeidung von Täuschungen müssen wiederholte Versuche angestellt und kritisch beurteilt werden. Denn es können auch von den Prüfungsreizen unabhängige, auf andere koinzidierende Reize oder Vorstellungen hin erfolgende Ausdrucksbewegungen stattfinden. — Löwenstein hat einen Stuhl konstruiert, auf den der Geprüfte gesetzt wird. Füße und Hände liegen auf pneumographischen Kapseln, um Brust und Bauch wird je ein pneumographischer Schlauch geschnallt, und auch vom Kopf werden die Bewegungen in dreidimensionaler Richtung abgeleitet. Die Aufschreibung erfolgt in bekannter Weise auf einem Kymographion, auf dem mittels eines Elektromagneten auch der Reizmoment aufgezeichnet wird. Der Apparat ist sehr kostspielig und sei zur Zeit nur in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bonn, der Universitäts-Ohrenklinik Frankfurt a. M. sowie im Versorgungskrankenhaus Münster i. W. (wie Ref. hinzufügen kann, auch in der Breslauer Universitäts-Ohrenklinik) vorhanden.

Klestadt (Breslau).

Fritzsche: Über die sogenannte „traumatische Neurose“. Zeitschr. f. ärztl.-soz. Versorgungswesen Jg. 3, H. 6, S. 205—212. 1923

Zusammenfassende Darlegung der individual- und sozialpsychologischen Bedingtheit der „traumatischen Neurosen“.

Steinthal (Heidelberg).

Julliard, C.: A propos de la „névrose des assurés“. Expériences médicales. (Über Versicherungsneurose. Ärztliche Erfahrungen.) Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 43, Nr. 7, S. 469—475. 1923.

Mit Bezugnahme auf eine gleichlautende Arbeit von Piccard (vgl. diese Zeitschr. 3, 302) betont Julliard, daß von Seite des Arztes eine Beeinflussung des Kranken nur möglich ist unter Beihilfe des Juristen, d. h. durch Änderung des Gesetzes in dem Sinne, daß für die Begehrungs- oder Rentenkampfneurose von vornherein jeder Anspruch auf Schadenersatz verneint wird.

Schönberg (Basel).

Mitchell, Betsey C., and Stanley Cobb: Social work with traumatic neuroses. (Soziale Fürsorge bei traumatischen Neurosen.) Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 58, Nr. 2, S. 105—123. 1923.

Die Verff., von denen der erste sozialer Fürsorger, der andere Arzt ist, geben eine kurze Übersicht der sozialen Gesetzgebung der Vereinigten Staaten von Nordamerika. Seit 1911 führten die Einzelstaaten Unfallentschädigungsgesetze und -ämter ein nach ähnlichen Grundsätzen wie in Deutschland. 1918 wurde das Gesetz zur Wiederher-

stellung und Wiederverwendung von Unfallverletzten erlassen. Die gemeinsame ärztliche Behandlung und soziale Fürsorge der Verletzten zeigte so gute Ergebnisse, daß Schulen eingerichtet wurden, in denen soziale Fürsorger herangebildet und mit psychiatrischer Betrachtungsweise vertraut gemacht wurden. Die traumatische Neurose wird als Ausdrucksform einer Persönlichkeit aufgefaßt, die sich wegen Mangels an Intelligenz, Energie und Hilfsmitteln einer neuen Lage nicht anpassen kann. Deshalb flüchtet sie sich in die Krankheit, steckt wie der Vogel Strauß den Kopf in den Sand und bildet sich ein, aus allen Schwierigkeiten heraus zu sein. 13 Fälle, in denen individuelle Fürsorge durch Arbeitsvermittlung, Rente oder Abfindung stattfand, werden mitgeteilt. Zusammenfassend wünschen die Verff., daß die soziale Fürsorge der Umgebung des Unfallverletzten ein genaues Bild über die wirkliche Lage gibt und dauernd einen Ausgleich vornimmt, um so das notwendige Erziehungswerk zu sichern. (Die Verff. haben sich noch nicht zur Erkenntnis durchgerungen, daß die sog. traumatische Neurose keine Krankheit ist, sondern nur eine Ausdrucksform von Wünschen darstellt. Solange durch sie Vorteile irgendwelcher Art erzielt werden können, wird sie bestehen bleiben. Sie wird erst dann verschwinden, wenn die harte Notwendigkeit den Selbsterhaltungstrieb betätigt.) Hörmann (Berlin).

Zimmermann, Fritz: Der Widerstand gegen die Heilung der Unfallneurosen. Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 29, Nr. 20, S. 215—217. 1923.

Träger der Versicherung sind die kapitalistischen Berufsgenossenschaften und der Eisenbahnfiskus, der von jeher zur sozialen Ausbeutung besonders geeignet schien. Die sog. Unfallneurosen haben einen massenhysterischen antikapitalistischen Charakter. Der Entschädigungsgedanke tritt bei der ganzen sozialen Versicherung gegenüber dem Heilungszweck zu sehr in den Vordergrund. Da nach Reichardt die Unfallneurose als psychopath. Reaktion auf die durch die Entschädigungsmöglichkeit geschaffene neue Situation anzusehen ist, rückt das ganze Problem in das Gebiet der Psychopathenfürsorge ein. Erschwert wird die Sachlage dadurch, daß für den Arzt die Diagnose der Unfallneurose bequem ist, während die Diagnose einer psychologischen Durchdringung des Falles recht unbequem ist. Unter Zuziehung eines sachverständigen Arztes wird für den Richter die Prozeßerledigung zu einer psychotherapeutischen Aufgabe. Die Rechtsanwälte nehmen die Behauptung, die Unfallneurosen seien harmlose heilbare Erscheinungen, ungläubig auf, denn dadurch verlieren sie viele fette Prozesse. Die Gebühren richten sich nach der Höhe der Forderung, „schwere“ Krankheiten können also erwünscht sein. Die größte Schwierigkeit machen die Kranken selbst. Alle diese Widerstände wird der Arzt brechen, der seiner sozialen erzieherischen Aufgabe gewachsen ist. Lochte (Göttingen).

Phippen, Walter G.: Report of the committee on traumatic hernia. (Kommissionsbericht über die traumatische Hernie.) Boston med. a. surg. journ. Bd. 189, Nr. 22, S. 848—849. 1923.

Nach dem Bericht ist die traumatische Hernie äußerst selten; die meisten Hernien entstehen allmählich. Bei der Begründung von Unfallansprüchen müssen mindestens vier der nachstehenden Grundbedingungen erfüllt sein: 1. Unmittelbares Austreten des Bruches nach dem Unfall resp. der Überanstrengung; 2. heftiger Schmerz in der Gegend der Bruchpforte; 3. ausgesprochene Hinfälligkeit; 4. alle Erscheinungen müssen so stark sein, daß der Verletzte ihnen innerhalb der ersten 24 Stunden Beachtung schenkt; 5. eine Hernie darf nicht vorher bestanden haben; 6. Unfall resp. Überanstrengung müssen entsprechende sein. Alle anderen Fälle können unter die angeborenen oder Berufskrankheiten gezählt werden, sind aber nicht traumatischen Ursprungs. K. Reuter (Hamburg).

Watkins-Pitchford, W.: Miners' phthisis. (Bergarbeiter-Phthise.) Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 13, S. 325—327. 1923.

Diese im australischen medizinischen Blatte referierte Arbeit eines südafrikanischen Arztes gibt eine sehr interessante Übersicht über die Frage des Zusammen-

hanges der Tuberkulose der Bergarbeiter mit der Silicose der Lungen, bespricht die Formen der einfachen Pneumokoniose (Silicose), welche 10—12 mal häufiger vorkomme, als die mit Tuberkulose komplizierte, sieht die einfache Silicose als eine an und für sich nicht gefährliche Erkrankung an und schließt mit sehr lehrreichen Ausblicken auf eine wirksame Prophylaxe: Die Fernhaltung tuberkulöser Arbeiter von der Untertagearbeit, natürlich bei entsprechender Entschädigung, wie dies bisher einzig und allein in Südafrika geübt wurde, außerdem natürlich die möglichste Bekämpfung des Staubes, welche aber nicht nur von den Bergwerksbesitzern, sondern auch von den Arbeitern gefördert werden müsse. — Es ist bedauerlich, daß in dem kurzen Referate gerade die in Südafrika geübten Staubbekämpfungsmaßnahmen in den früher berichtigten Goldminen nicht näher wiedergegeben sind oder daß nicht wenigstens ein Hinweis auf eine etwa anderweitig erschienene Originalmitteilung des Autors angeführt ist.

Kalmus (Prag).

Rist, E.: Les expertises médico-légales et la tuberculose pulmonaire devant les centres spéciaux de réforme. (Ärztliche Gutachten und Lungentuberkulose vor den nachprüfenden Behörden.) Bull. de l'acad. de méd. Bd. 89, Nr. 18, S. 492—496. 1923.

Verf. ist Obergutachter für Lungen- und Brustfellerkrankungen der nachprüfenden Behörde für das Seine-Departement (Entlassung aus dem Heeresdienst). Er berichtet über die ersten 167 Fälle, die er zu beurteilen hatte und die sämtlich entweder schon entlassen waren mit Renten von 10—100% oder zur Entlassung vorgemerkt bzw. empfohlen waren. Ausgesprochene Lungentuberkulose mit Tuberkelbacillen im Auswurf fand sich nur in 37 Fällen, stillstehende und in Heilung begriffene Tuberkulose in 12, ersichtlich geheilte Tuberkulose in 8, Spuren oder Reste von früherer Tuberkulose in 6 Fällen. Dagegen bestanden in 63 Fällen nur Katarrhe der oberen Luftwege, und völlig andere, jedenfalls nicht tuberkulöse Erkrankungen in den übrigen Fällen; in 5 Fällen war überhaupt kein krankhafter Befund vorhanden. Das Ergebnis zeigt, daß die Gutachten in sehr großer Zahl oberflächlich und irrtümlich, aus mangelnder Kenntnis oder aus sonstigen Gründen abgegeben waren. Verf. stellt darüber kritische Betrachtungen an und macht Vorschläge zur Abstellung dieses bedenklichen Mißstandes.

Meissen (Essen).

Benon, R.: Accidents du travail et asthénie chronique. (Betriebsunfall und chronische Asthenie.) Journ. des praticiens Jg. 37, Nr. 39, S. 630—632. 1923.

Die posttraumatische chronische Asthenie wird hauptsächlich nach Schädeltraumen beobachtet, welche von Hirnerschütterung mit Bewußtseinsverlust begleitet sind. Sie kommt ferner vor nach Unfällen an Rumpf oder Extremitäten, und zwar mit oder ohne Bewußtlosigkeit, nach Unfällen, welche sehr starke physische Schmerzen verursachen, nach Traumen mit psychischer Erregung (Kummer, Angst, Erschöpfung), mit schmerzhaften Infektionen, nach traumatischer „Sinistrose“. Die postemotionelle oder posthyperthymische chronische Asthenie ist entschädigungspflichtig. Die Symptome der chronischen Asthenie sind rein subjektiv. Sie wird sehr häufig verkannt, gerade weil es sich um ein rein subjektives Syndrom handelt. — Verf. teilt einen Fall von posthyperthymischer chronischer Asthenie mit.

Kurt Mendel.

Engel, Hermann: Progressive Paralyse nicht Folge einer Kopfverletzung. Med. Klinik Jg. 19, Nr. 30, S. 1054—1055. 1923.

Der Verletzte hat sich den durch eine Mütze geschützten Kopf in nicht schwerer Weise gestoßen. Anzeichen einer Mitbeteiligung des Gehirns (Erbrechen, Bewußtlosigkeit usw.) oder einer äußeren Verletzung sind nicht festgestellt. Erst 5 Monate später erkrankt H. an den ersten Anzeichen einer paralytischen Seelenstörung. Syphilis ist nicht nachgewiesen. Als Ursache dieser Erkrankung wird allgemein die überstandene Syphilis beschuldigt. Anerkannt wird, daß gelegentlich eine Kopfverletzung bei einem disorientierten Gehirn die Erkrankung zum Ausbruch bringen kann. In diesem Falle wird aber von den Autoren verlangt, daß die Verletzung eine gewisse Erheblichkeit in körperlicher und seelischer Beziehung besitzt. Insbesondere wird eine Mitbeteiligung des Gehirns gefordert. Alle diese Vorbedingungen für die Anerkennung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Unfall und Erkrankung sind im vorliegenden Falle nicht erfüllt. Eine Mitbeteiligung des Gehirns hat nicht stattgefunden. Eine seelische Beeinflussung hat sich ebenfalls nicht gezeigt, auch ist gleich nach dem Unfall, auf den weder der Verletzte noch seine Angehörigen anfänglich irgendwelches Gewicht gelegt haben, kein langwieriges und erschöpfendes Krankenlager notwendig geworden.

E. gelangt daher zu dem Schluß: Es ist nicht mit Sicherheit, auch noch nicht einmal mit ausreichender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß das Gehirnleiden durch den Unfall in seiner Entwicklung gefördert worden ist. *Lochte* (Göttingen).

Neumann, Julius: Unfallerkrankungen in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Wien. med. Wochenschr. Jg. 73, Nr. 34/35, S. 1505—1515. 1923.

Fortbildungsvortrag, aus dem nur einzelnes herausgehoben werden kann. Bei Blutungen ist zunächst nach einer der zahlreichen Ursachen regelwidriger Blutungen aus den Geschlechtsteilen zu forschen. Der Nachweis einer solchen Ursache genügt aber noch nicht, um die Mitwirkung eines Unfalles auszuschließen. Die Retroversioflexio verursacht an und für sich meist gar keine Beschwerden. Bestehende Beschwerden aber haben meist eine andere, gewöhnlich entzündliche Ursache. Oft sind sie auch seelisch bedingt. Es ist nicht ganz abzulehnen, daß ein Unfall am Zustandekommen einer Retroversioflexio, wenn eine Neigung dazu besteht, mitwirkt, die Bedeutung der letzteren als Unfallsfolge ist aber sehr gering. Auch beim Vorfalle wirken Unfälle nur begünstigend mit. Ihr Einfluß tritt neben dem anderer Ursachen stark zurück. Ein Unfall kann die Stieldrehung einer Cyste und die Berstung eines extrauterinen Fruchtsackes bewirken. Die gewöhnliche Schwangerschaft wird durch Unfälle nur äußerst selten beeinflußt. Tritt inzeitigem Zusammenhang mit einem Unfall eine Fehl- oder Frühgeburt ein, so ist daran mehr die besondere Neigung zur unzeitigen Geburt als der Unfall schuld. Die häufigsten Ursachen sind Kleinheit der Gebärmutter, unvollkommene Zweiteilung derselben und schleichende Vergiftungen, z. B. das Arsen, Quecksilber, Tabak, ganz abgesehen von der Lues. Bei Beckenbrüchen und Zerreißen der Beckengelenke ist die Möglichkeit von Beckenverengerungen durch Callus als Hindernis späterer Geburten in Betracht zu ziehen. Zum Schlusse gibt Verf. kurze Anleitungen über das Verhalten des Arztes bei Unfallschäden der weiblichen Geschlechtsteile. Bei Ohnmachtzuständen nach Unfällen soll man auch an Hysterie und bei Schwangeren an Eklampsie denken. *Meixner* (Wien).

Mazel, P., et H. Valendru: Anévrysme aortique et traumatisme. (Aortenaneurysma und Trauma.) Journ. de méd. de Lyon Jg. 4, Nr. 93, S. 695—699. 1923.

50jähriger Mann, Schwerarbeiter, voll arbeitsfähig, wird durch einen 100 kg schweren Ofen, der umkippt, mit dem Brustkorb kurze Zeit gegen eine Mauer gepreßt. Außer einem kleinen subcutanen Bluterguß im 2. Intercostalraum rechts neben dem Sternum zunächst keinerlei Symptome. Nach 14 Tagen beginnende Beklemmung und Druckgefühl in der Brust bei schwerer Arbeit. Innerhalb 2 Monaten bildet sich ein sackartiges Aneurysma des Aortenbogens aus, das nach vorn bis unter die Brusthaut vordringt, an dieselbe Stelle, wo die Blutung lag. Lues negiert, doch Wassermann mehrfach stark positiv. — Es wird wesentliche Verschlimmerung des Leidens infolge traumatischer Schädigung der durch Lues in ihrer Elastizität verminderten, aber noch nicht ausgesprochen aneurysmatischen Aortenwand angenommen. In den folgenden 3 Jahren nur langsames Fortschreiten des Aneurysmas mit Bildung neuer Säcke, besonders nach hinten. *Besserer* (Münster i. W.).

Duvoir, M.: Ramollissement cérébelleux ayant simulé une intoxication. (Kleinhirnerweichung unter dem Bilde einer Vergiftung.) Ann. de méd. lég. Jg. 3, Nr. 8, S. 495—496. 1923.

45jähriger Mann erkrankt mit Hitzegefühl bei einer Arbeit, bei der er mit Kupferdämpfen zu tun hat. Einige Stunden später Erbrechen, dann Koma, Tod etwa 2 Tage nach Beginn der Krankheitserscheinungen. Während der Krankheit wurde von der Ehefrau Taumeln beobachtet. Die gerichtliche Sektion ergab eine Erweichung der Rinde der linken Kleinhirnhemisphäre. Ein Zusammenhang mit etwaiger Vergiftung wird vom Verf. negiert. *Stern* (Göttingen).

Wörth, Ernst: Gliom und Unfallsfolge. (Pathol. Inst., Mainz.) Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 30, Nr. 8, S. 170—190 u. Nr. 9, S. 194—197. 1923.

Nach einer Einleitung über die verschiedenen Geschwulsttheorien und ihre Beziehungen zur traumatischen Entstehung der Geschwülste, berichtet Verf. über einen eigenen Fall: Ein 56jähriger Lardwirt erhält von einem Maulesel einen Schlag mit dem Vorderfuß auf den Kopf. Seitdem Kopfschmerz, Schwindel, dementes Wesen.

Zuletzt bettlägerig, Hirndruckerscheinungen, Krämpfe. Tod nach 3 Monaten. Leichenöffnung: Gliom in bösartiger Wucherung im Bereich der Markstrahlung des Scheitel- bzw. Hinterhirns rechts; teilweise Erweichung, teilweise Gewebstod, teilweise blutige Zertrümmerung der Geschwulst. Der örtliche Zusammenhang ist gewahrt, ebenso der zeitliche insofern, als eine ununterbrochene Kette von Krankheitszeichen vom Unfall bis zum Tode vorlag. Verursacht ist die Geschwulst sicher nicht durch den Unfall, da Gliome über Jahre und Jahrzehnte zum Wachstum brauchen, wohl aber ist mit Wahrscheinlichkeit ihr Wachstum beschleunigt worden, wie die älteren Blutungen in der Geschwulst beweisen. 30 älteren Fällen der Literatur werden 18 neue angereiht. Auf Grund einer kritischen Sichtung des Materials werden folgende Schlußfolgerungen gezogen: In keinem Falle ist das Trauma die alleinige auslösende Ursache. Der verschlimmernde Einfluß des Unfalls auf das Tumorwachstum ist nur in sehr wenigen Fällen wirklich zu ersehen, und selbst da drängt er sich nur als wahrscheinlich auf, nicht aber mit wissenschaftlicher Sicherheit. Schließlich fordert Wörth mit Recht, daß in jedem Falle, der klinisch hinreichend beurteilt werden konnte und mit einem Rentenanspruch ausging, nach dem Tode eine vollständige Leichenöffnung erfolgt, um überhaupt eine sichere Basis für die Gliombeurteilung zu gewinnen. *Giese.*

Engel, Hermann: Zusatznahrung, starker Medikamentenverbrauch, Badereisen zur „Linderung“ bei Unfallpensionierten. Med. Klinik Jg. 19, Nr. 43, S. 1432—1435. 1923.

Das Wesentliche des Falles erscheint für den Kundigen bereits in der Überschrift gegeben. Der Unfall war nur geringfügig und fand schon im Jahre 1912 statt. Die jetzt bestehenden nervösen Störungen sind nicht mehr als Unfallfolgen anzusehen, sondern auf hypochondrische Einstellung zurückzuführen. Weder Medikamente noch Badereisen noch Zusatznahrung sind erforderlich. Es ist lehrreich, aus dem Fall zu ersehen, wieviel derartige „Unfallverletzte“ auch heute noch mit Unterstützung unkundiger Ärzte erreichen. (Größere Kürze und schärfere Zusammenfassung wurde schon neulich dem Verf. für seine einschlägigen Veröffentlichungen empfohlen. Dabei bekommt man nicht einmal zu erfahren, welcher Art eigentlich der Unfall gewesen. Daß das Fehlen von Schleimhautreflexen ein „Anzeichen von Hysterie“ ist, entspricht nicht mehr den heutigen Auffassungen. Der Ausdruck „hysterische Denkungsart“ ist in Anbetracht des reichlichen Strömens von Gefühlsquellen bei der hysterischen Reaktion wenig glücklich. D. Ref.) *Vorkastner (Greifswald).*

Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie.

● **Feuchtwanger, Erich: Die Funktionen des Stirnhirns, ihre Pathologie und Psychologie.** (Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neurol. u. Psychiatrie. Hrsg. v. O. Foerster und K. Wilmanns. H. 38.) Berlin: Julius Springer 1923. IV, 194 S. G.-M. 12,—, \$ 2,90.

Verf. sucht von einem klinischen Material aus: von der Untersuchung von Stirnhirnverletzten des Krieges zu einer Psychologie und Pathologie der Stirnhirnfunktionen zu gelangen. Zunächst gibt er eine Darstellung der vorkommenden Krankheitssymptome in quantitativer (statistischer) wie qualitativer (klinisch-kasuistischer) Beziehung. Daran schließt sich eine psychologische Analyse der gestörten Funktionen an der Hand einiger ausgewählter klinischer Fälle. Ein letzter (biologischer) Teil gibt eine Theorie der Stirnhirnfunktionen unter Verwertung der pathologischen Ergebnisse und der Tierversuche. Der allgemeine wissenschaftliche Wert der Arbeit liegt in der Gründlichkeit und Klarheit, mit der die Symptomatologie der Stirnhirnstörungen zusammengestellt und herausgearbeitet ist, insbesondere in den psychologischen Untersuchungen, die statt der üblichen Intelligenzprüfungen und über diese hinaus auch den Gefühls- und Willensanteil an den psychischen Anomalien in exakter psychologischer Einstellung systematisch durchprüfen. In praktischer Hinsicht ist hervorzuheben, daß es bestimmte für Stirnhirnstörungen spezifische, wenn auch nicht an sie allein gebundene seelische Symptome gibt (erethische, depressive, apathische, akinetische usw.), daß aber kein einziges für sie obligat ist und daß die Symptomatik gerade dieser Fälle überhaupt sehr reich ist. Ganz allgemein liegen die Schädigungen der Stirnhirnverletzten vorzugsweise im Bereich der Gefühls- und Willenssphäre, ein Moment, das in sozialer und forensischer Beziehung besonders ins Gewicht fällt. *Birnbaum (Herzberge).*

Hadley, Ernest E.: *The mental symptom complex following cranial trauma.* (Der psychische Symptomenkomplex nach Schädeltrauma.) (*St. Elizabeths hosp., Washington.*) Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 56, Nr. 5, S. 453—477 u. Nr. 6, S. 567—590. 1922.

Der Autor gibt auf Grund von 13 eingehend beobachteten und mitgeteilten Fällen eine Darstellung der typischen psychischen Symptome nach Schädeltrauma: auf die initiale Bewußtlosigkeit folgt ein Stadium der motorischen Unruhe und Somnolenz, hierauf Schwerbesinnlichkeit, Aufmerksamkeitsstörung, Verwirrtheit, Mangel an Orientierung. Es folgen delirante Reproduktionen der Tätigkeit des Patienten vor dem Trauma (Beschäftigungsdelirium). Diese ersten Tage nach dem Trauma verfallen der anterograden Amnesie. Im weiteren Verlaufe zeigt sich Schwäche des Assoziationsvermögens. Bei jeder geistigen Inanspruchnahme ergreift der Kranke „die Flucht in den Schlaf“. Eine Hyperästhesie für Sinnesreize aller Art hält ihn in ständiger Unruhe, er zeigt die Tendenz, sich von der Außenwelt nach Möglichkeit abzuschließen, die Summation der trotz allem unvermeidlichen Sinnesreize führt gelegentlich zu explosionsartigen Aufregungszuständen. Die Stimmungslage ist ausgesprochen labil. In allmählicher Besserung wird ein Zustand erreicht, in dem der Kranke mehr scheinbare als wirkliche Intelligenzdefekte zeigt, welche vor allem auf Interesselosigkeit zurückzuführen sind. Er nimmt seine frühere Tätigkeit wieder auf, sucht aber größere Ruhe und Schonung und weniger Verantwortlichkeit. Der Autor führt den größten Teil der psychischen Symptome — motorische Unruhe, Erregungszustände, Schlafsucht, Störung des Konzentrationsvermögens, Ermüdbarkeit, Alkoholintoleranz — auf die Überempfindlichkeit für Sinnesreize zurück. Psychotische oder neurotische Züge anderer Art finde man nur bei schon vor dem Trauma vorhanden gewesener psychopathischer Konstitution. Die traumatische Psychose im engeren Sinne tritt in 3 Formen auf: Das Komotionssyndrom — Bewußtseinsstörung und motorische Unruhe als Reaktion auf die vielfältigen Reize, die dem Bewußtsein zuströmen; die posttraumatische Konstitution — Übererregbarkeit und konsekutive Abwehrphänomene; schließlich der traumatische Defektzustand, abhängig von der Lokalisation des Traumas und etwaigen Komplikationen, wie Arteriosklerose. In dem Symptomenbild spielen psychogene Momente vielfach eine Rolle. Wo psychogene Symptome prävalieren, hält der Autor psychoanalytische Aufklärung und Behandlung für indiziert. *Erwin Weaxberg.*

Isserlin, M.: *Über Störungen des Gedächtnisses bei Hirngeschädigten.* Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 85, H. 1/3, S. 84—97. 1923.

Vorläufige Mitteilung. Verf. hebt die Wichtigkeit vergleichbarer Versuche für die Prüfung des Gedächtnisses hervor. Manche Gedächtnisstörung läßt sich von einer oft nicht mehr deutlich wahrnehmbaren Aphasie herleiten. Die Hilfe optischer Eindrücke oder Vorstellungen kann das Merkvermögen bis zur Regel bessern. Oft findet man wie beim Gesunden eine Erschwerung des Lernens bei gutem Haften, weiter Störungen in der Dauer der Aufmerksamkeitsanspannung. Die Einschränkung des Gedächtnisumfangs kann sich durch steiles Ansteigen der Lernzeiten bei einer Vermehrung des Stoffes äußern. In manchen Fällen gibt es eine durch keine Lernzeit mehr überschreitbare Grenze. Die Leistung in der Wiedererkennung kann auch in solchen Fällen verhältnismäßig gut sein. Für die Beurteilung eines Falles ist nicht nur die Gesamtleistung sondern auch die Art, wie Besserung und Verschlechterung im einzelnen Versuch sich reihen, von Wichtigkeit. Widerspruchsvolle Ergebnisse rechtfertigen, so weit sie nicht von Ermüdung oder anderen leicht erkennbaren Quellen herrühren, den Verdacht einer funktionellen Störung. *Meixner (Wien).*

Benon, R.: *Les amnésies traumatiques.* (Erinnerungsstörungen nach Trauma.) *Gaz. des hôp. civ. et milit.* Jg. 96, Nr. 58, S. 929—934. 1923.

Allgemeine Übersicht über die traumatischen Amnesien. Verf. empfiehlt die retrograde Amnesie als negative Amnesie, die anterograde als positive Amnesie zu bezeichnen. Die retrograde Amnesie ist mitunter nur eine Reproduktionsstörung und

wieder ausgleichbar, oft aber, wie Verf. meint, durch eine Vernichtung von Erinnerungsspuren bedingt, die anterograde ist vor allem eine Fixationsamnesie (Retentionsstörung). Neben den gewöhnlichen Formen der anteroretrograden traumatischen Amnesie, deren Erscheinungsweise genauer geschildert wird, unterscheidet Verf. noch Spezialformen: 1. Gutartige Störungen mit Vorherrschenden der anterograden Amnesie, 2. ebenfalls gutartige Störungen mit besonders starker retrograder Amnesie (Beispiel einer Selbstbeobachtung von Rousseau), 3. prolongierte Amnesien mit mitunter ungünstiger Prognose, 4. systematisierte Störungen mit Ausfall der Erinnerung an bestimmte Teilgedächtnisse, Ziffern, Musik usw.; diese Form ist aber in ihrer tatsächlichen Existenz fraglich. Abtrennung der traumatischen Amnesie ist notwendig von den asthenischen Ideationsstörungen nach Trauma, den Verwirrheitszuständen und dem ausgesprochenen Korsakow mit Konfabulationen und Paragnosien (ideatorischen Agnosien). Übergang der prognostisch ungünstigen in traumatische Demenz. Kurzer Hinweis auf die forensische Bedeutung der traumatischen Amnesie. Literaturverzeichnis.

F. Stern (Göttingen).

Voigtländer, Else: Über die „Art“ eines Menschen und das Erlebnis der „Maske“. Eine psychologische Skizze. Zeitschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg., Abt. I: Zeitschr. f. Psychol. Bd. 92, H. 5/6, S. 326—336. 1923.

Die Verfasserin der ausgezeichneten Abhandlung über das „Selbstgefühl“ (Leipzig 1910) erörtert hier das Problem des Verhältnisses zwischen der vorgeschobenen Hülle von Eigenschaften und den wirklichen Eigenschaften des Menschen. Zu einer psychologischen Charakterlehre gehört die Charakteristik von innen wie von außen. Die „Art“, wie sich ein Mensch gibt, die äußere Figur hat Rückwirkungen auf sein inneres Wesen. Sie kann ein Versteck, eine Hülle sein, unter der die wahren Eigenschaften verschwinden, es können sich aber auch die verborgenen, abgelegneten, verdrängten Züge in ihr kundgeben und offenbaren, etwa ein geheimer Hochmut, eine Mißachtung und Gehässigkeit, die der Betreffende vor sich selbst hinter betontem Wohlwollen verbirgt. Die „Art“ kann „enthüllend“ wirken, wenn z. B. Anmaßlichkeit im Ton einer Bitte durchklingt. Vielfach wird sie ausgestaltet in der Richtung des Geltungsbedürfnisses. Oftmals ist die „Art“ nur äußerliche Angewohnheit, Situationsprodukt, z. B. ein joviales aufgeräumtes Wesen beim Zusammensein mit anderen. Die Rolle, die jemand spielt, die Figur, die er darstellt, wird im Laufe des Lebens zu einem Bestandteil auch der Auffassung, die er von sich hat, und verdeckt vielfach seine eigene Person vor ihm selbst, kann jedoch auch als äußerlich, als Gegensatz zu seiner eigenen Persönlichkeit empfunden werden. Am Beispiel Nietzsches wird gezeigt, wie gewisse Züge und Arten seines Verhaltens, die er selbst als „Maske“ empfand, dabei doch eine Seite seines eigentlichen Wesens darstellten. Die Maske ist nicht immer Produkt von Verstellung und Schauspielerei, es können auch echte und wahre Eigenschaften an ihrer Bildung teilnehmen, indem sie sich vor andere, vielleicht entgegengesetzte, schieben.

Storch (Tübingen).

● **Roffenstein, Gaston: Das Problem des Unbewußten.** (Kleine Schrift. zur Seelenforsch. Hrsg. v. Arthur Kronfeld. H. 5.) Stuttgart: Julius Püttmann 1923. 51 S. G. Z. 1,10.

Der Inhalt der sehr konzentriert geschriebenen Abhandlung, die sich mit einem im Mittelpunkt der wissenschaftlich-psychopathologischen Diskussionen stehenden psychologischen Problem beschäftigt, läßt sich nur in der Hauptsache andeuten: In systematischer Weise wird eine kritische Darlegung der bisherigen Erklärungen der scheinbar unbewußten Vorgänge gegeben, es wird das Problem des psychophysischen Parallelismus in seinen Beziehungen zum Unbewußten erörtert, die Erfahrungen, die für das Bestehen eines solchen Unbewußten sprechen, werden untersucht und insbesondere werden die Feststellungen der Psychoanalyse auf ihren Wahrheitswert geprüft. Wer also den interessanten Problemenkreis im einzelnen entwickelt sehen will, findet hier den geeigneten Leitfad.

Birnbaum (Herzberge).

Gaupp, Rob.: Das Problem der Alkoholintoleranz. Internat. Zeitschr. gegen den Alkoholismus Jg. 31, Nr. 3, S. 111—117. 1923.

Verf. versteht darunter zwei verschiedene, besonders für die gerichtliche Medizin wichtige Dinge; 1. die starke Wirkung recht kleiner Dosen auf bestimmte Individuen (Idiosynkrasie); 2. die heftige und in sich verschiedene Reaktion auf geringe oder mittlere Alkoholdosen (pathologischer oder komplizierter Rausch oder sinnloser im Sinne des § 51 des Str.G.B.). Beide Wirkungen überdecken sich zuweilen bei den chronischen Alkoholisten. Alter, Geschlecht des Befallenen, Temperatur und Art des Getränks variieren, langsames Trinken oder solches auf nüchternen Magen, die ermüdeten Nerven spielen auch eine Rolle; ein seelischer Schock, der Appell an „Haltung“ und „Direktion“ beim Gebildeten können zuweilen rasch ernüchternd einwirken. Diese Immunitäts- und Gewöhnungsphänomene bedürfen näheren Studiums; sie berühren sich mit den gleichen Erscheinungen bei anderen Giften; eine langsame organische Gehirnschwächung muß dabei mitwirken. *B. Laqueur* (Wiesbaden).

Ganser: Demonstration von Alkoholkranken. (*Forensisch-psychiatr. Vereinig., Dresden, 167. Sitzg. v. 11. I. 1923.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psych.-gerichtl. Med. Bd. 79, H. 5/6, S. 448. 1923.

Demonstration von chron. Alkoholikern, die kriminell geworden sind. So eines Falles mit Delirium tremens und Gehörhalluzinationen, der auf Befehl der Stimmen kriminell wurde. Als zweiter Fall einen 17jährigen Potator, beschränkt, eigensinnig und von jeher erregbar, wollte in der Trunkenheit seinen Vater, gegen den er keinerlei Abneigung oder Haß hatte, töten. *Marx* (Prag).

Lohsing, Ernst: Feldgerichtliche Erinnerungen eines Deutsch-Österreichers. Arch. f. Kriminol. Bd. 75, H. 2, S. 145—152 u. H. 3, S. 220—223. 1923.

Aus den von einem Juristen mitgeteilten Erfahrungen interessiert medizinisch vor allem eine Beobachtung über „Volltrunkenheit“ bei einem Soldaten, der in anscheinend wieder nüchternem Zustande sich abends ganz korrekt benahm und auch dem Verf. völlig normal erschien, dennoch am nächsten Morgen völlig amnestisch an die Ereignisse des verflossenen Abends war. Es lag also ein pathologischer Rausch vor, obwohl das Handeln des Mannes so klar erschien, daß im Falle eines Strafverfahrens sehr leicht der pathologische Zustand erkannt werden konnte. *F. Stern* (Göttingen).

Demole, Victor: Projet de loi sur l'internement des buveurs. (Entwurf eines Gesetzes für Internierung von Trinkern.) (*Soc. méd., Genève, 11. IV. 1923.*) Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 43, Nr. 9, S. 591—594. 1923.

Verf. verweist auf die Notwendigkeit eines Gesetzes für zwangsweise Internierung von Trinkern in Heilstätten, wie sie in einzelnen Schweizer Kantonen, Basel, St. Gallen, Neuenburg und Waadt, bereits bestehen. Verf. berichtet ferner über die günstigen Resultate einzelner Trinkerheilstätten und schlägt eine Fassung für ein zu schaffendes Versorgungsgesetz vor, das ebenso wichtig ist wie dasjenige gegen Cocainisten und Morphinisten. *Schönberg* (Basel).

Ilberg: Über Morphinismus und seine forensische Bedeutung. (*Forensisch-psychiatr. Vereinig., Dresden, 161. u. 164. Sitzg. v. 25. IV. u. 12. X. 1922.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psych.-gerichtl. Med. Bd. 79, H. 5/6, S. 435 u. 442—445. 1923.

Ilberg schildert die Wirkung des Morphiums auf Körper und Geist, die Morphinumsucht, die mit einer Änderung des Charakters verbunden ist. Meist handelt es sich um haltlose Psychopathen. Er verweist darauf, daß nach erfolgter Entziehung nicht selten ein maniakalisches Nachstadium mit sexueller Erregbarkeit folgt. Weiter werden einige rechtliche Fragen, die mit dem Morphinismus zusammenhängen, besprochen. Es wäre für viele Fälle wünschenswert, daß solange die Morphinumsucht besteht, ähnlich wie bei der Trunksucht, Entmündigung und Zurückhaltung in einer Anstalt gesetzlich ermöglicht würde. Der Staatsanwalt sollte den Antrag auf Entmündigung im öffentlichen Interesse stellen. Vorsicht erscheint geboten bei Vernehmung von Morphinisten als Zeugen, da viele von ihnen nicht eidesfähig sind. Ob ein Morphinist für einen zugefügten Schaden verantwortlich ist oder nicht, muß von Fall zu Fall entschieden werden. Ein Arzt, der morphiumsüchtig ist, sollte durch Entmündigung

und Internierung in einer Anstalt unschädlich gemacht werden. Einem nicht internierten morphiumsüchtigen Arzt oder Apotheker sollte die Konzession entzogen werden. Ebenso wäre eine Verordnung erwünscht, nach welcher Apotheker angehalten werden sollten, Rezepte mit sehr hohen Dosen von Morphinum und anderen Nervengiften nicht ohne Einverständnis eines Vertrauensarztes auszufolgen. Die Aussprache zeigte im allgemeinen eine Zustimmung zu den Ausführungen des Vortragenden. *Marx* (Prag).

Oppe: Über Cocainismus. (*Forensisch-psychiatr. Vereinig., Dresden, 162, Sitzg. v. 8. VI. 1922.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psych.-gerichtl. Med. Bd. 79, H. 5/6, S. 437—438. 1923.

Siehe diese Zeitschr. 2, 608.

In der Aussprache weist Ilberg-Sonnenstein auf die lebhaften Halluzinationen und Illusionen derartiger Kranker hin und hebt die Verfolgungs- und Eifersuchtsideen und die Häufigkeit von Wahnideen sexuellen Inhaltes hervor. Das Bewußtsein bleibt dabei relativ klar. Ganser-Dresden verweist besonders auf die Gefühlstäuschungen. An einen Antagonismus zwischen Morphinum und Cocain glaube er nicht. *Marx* (Prag).

Vervaeck, L.: Quelques aspects médicaux et psychologiques de la cocaïnomanie. (Einige medizinische und psychologische Gesichtspunkte bei der Cocainsucht.) *Scalpel* Jg. 76, Nr. 27, S. 741—749, Nr. 28, S. 769—780 u. Nr. 29, S. 797 bis 806. 1923.

Verf. beschreibt zunächst die Ursachen und die verschiedenen Formen der Cocainomanie. Er unterscheidet nach ihrer Entstehung 4 Gruppen: die Gruppe der Intellektuellen, die das Cocain zur Erhöhung der Gehirntätigkeit nehmen, die Gruppe der körperlich Kranken, welche durch Cocain ihre Arbeitsunfähigkeit und Schlaflosigkeit bekämpfen, und zu welchen auch die Sportsleute gerechnet werden, ferner die Gruppe der Verzweifelten und Entmutigten, und zuletzt die Gruppe der Lasterhaften und Sensiblen, einschließlich der Prostitution. Die Hauptursache für die große Verbreitung der Cocainomanie ist die Erzeugung einer Euphorie, die in der ersten Phase der Vergiftung schon nach kleinen Dosen eintritt, in der zweiten Phase aber erst nach gesteigerten Dosen, wodurch der Übergang zur chronischen Cocainvergiftung gegeben ist. Es werden dann die körperlichen und psychischen Erscheinungen des chronischen Cocainisten geschildert, das Aussehen, der Charakter, das Benehmen und die Gewohnheiten und zuletzt beim psychischen Verhalten auf die verschiedenen Störungen hingewiesen: Desorientiertheit, neurasthenische Angstzustände, Herabsetzung der Urteilsfähigkeit, Auftreten von Illusionen und Halluzinationen, Energielosigkeit und moralische Schwäche, die zu Kriminalität Anlaß geben kann. Die schädigende Wirkung des Cocains auf die Nachkommenschaft wird durch einen von Marfan mitgeteilten Fall beleuchtet. *Schönberg* (Basel).

Bruchansky, N.: Das reaktive psychotische Syndrom und sein klinisches Bild bei Untersuchungsgefangenen. (*Inst. gerichtl.-psychiatr. Expertise, Univ.-Klin. f. Geisteskr., Moskau.*) *Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh.* Bd. 68, H. 1/2, S. 74—99. 1923.

Mitteilung der Krankengeschichten von 5 Fällen mit haftpsychotischen Komplexen bei Untersuchungsgefangenen. Schlußfolgerungen: „Gansers Dämmerzustand, hysterischer Stupor, Puérilisme mental, Pseudodemenz, katatonische Zustände Degenerierter, wahnhaftes Einbildung, Gefangenenwahnsinn — Züge aller dieser Zustände waren in jedem unserer Krankheitsbilder vertreten . . . Demzufolge sind wir geneigt zu glauben, in unseren Bildern einen Symptomenkomplex beobachtet zu haben, dessen . . . Teilkomponenten nur in vereinzelt Fällen als selbständige, vom Komplex losgelöste, einzeln und für sich dastehende Phänomene zur Beobachtung gelangen können“.

Kehrer (Breslau).

Schilder, Paul: Entwurf zu einer Psychologie der Schizophrenie und Paraphrenie. *Dtsch. med. Wochenschr.* Jg. 49, Nr. 46, S. 1433—1435. 1923.

Die gedankenreichen, wenn auch zum Teil noch problematischen Ausführungen des Verf. schließen sich eng an die in der Monographie „Seele und Leben“ gemachten Darlegungen an, bilden zum Teil einen Extrakt dieser Ausführungen. Die Form des Aufsatzes leidet etwas unter

der Fülle aneinandergedrängter kurzer Begriffsbestimmungen psychologischer Vorgänge, die für den Nichtpsychologen schwierig zu verstehen sind. Aus dem Inhalt der Arbeit sei folgendes hervorgehoben: Auch bei der organischen Erkrankung gibt es nicht Ausfälle schlechthin, sondern es erfolgt nur eine „Niveaushöherung“ auf ein tieferes primitiveres Niveau, wie z. B. die Wahngestalten schizophrener Kranker den Erlebnissen primitiver Völker, dem Denken der Kinder ähneln können. Das Denken der Schizophrenen bleibt auf den in der Bewußtseinssphäre gelegenen Vorstufen stehen, in denen eine dem Wunsch untertane Phantasiewelt vorherrscht und eine scharfe Scheidung der Einzelbegriffe noch nicht besteht. Formal brauchen sich die wahrhaft affektiven Begriffe der Schizophrenen nicht von denen der Gesunden zu unterscheiden, in akuten Fällen kommt es aber auch vor, daß der formale Abschluß der Begriffe nicht erreicht wird. Im Erleben des Schizophrenen ist die scharfe Grenze zwischen Körper und Welt verschwommen, der Körper kann sich zur Welt erweitern, Stücke der Außenwelt dem Körper einverleibt werden. Bei den Wahrnehmungen herrschen die triebhaften Anteile vor. Durch die Verwüstung der Grenze zwischen außen und innen werden Handlungen von außen übernommen (Ektopraxie, Teil der Halluzinationen). Zwischen der primitiven strio-pallidären Motilität und den primitiven Denkakten besteht ein enger Zusammenhang, doch sind die motorischen Störungen nicht die Ursache der Denkstörungen. Manche scheinbar sinnlosen Triebhandlungen der Schizophrenen schließen sich an affektiv umgewertete symbolische Denkerlebnisse an. Die „marxistische“ Niveaushöherung, die wir beim Schizophrenen sehen, kann auch als psychische Reaktion auftreten, wie bei manchen katatonen Reaktionen der Haft, aber die Verlaufseigentümlichkeiten dieser schizoiden Reaktionen sind andere als die schizophrenen Psychosen, die erst auf dem Boden bestimmter körperlicher Veränderungen entstehen können. *F. Stern.*

Jacobi, Walter: Über die Bedeutung des psychischen Traumas für die Entstehung und den Verlauf der Schizophrenie. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Jena.*) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psych.-gerichtl. Med. Bd. 79, H. 5/6, S. 351—368. 1923.

Verf. hat etwa 1200 Fälle von Schizophrenie unter den im Titel gekennzeichneten Gesichtspunkten untersucht. Er kommt zu dem Ergebnis, daß dem psychischen Trauma für die Entstehung der Schizophrenie eine ursächliche Rolle nicht zukommt, daß es vielmehr nur imstande ist, bei nachweislich oder latent Schizophrenen die Psychose manifest zu machen, d. h. schizophrene Symptome zu mobilisieren. Der psychische Insult kann diese Wirkung aber nur dann haben, wenn der der Krankheit zugrundeliegende somatische Prozeß schon läuft. Ein Auftreten der Erkrankung im Zusammenhang mit einem akut einwirkenden psychischen Insult bei nicht belasteten und psychisch zuvor völlig unauffälligen Kranken kam überhaupt nicht zur Beobachtung. *Birnbaum.*

Prince, A.: A propos du divorce pour cause d'aliénation mentale. Guérison sociale de deux cas de „Schizophrénie“ de longue durée. (Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. Soziale Heilung zweier lange dauernder Fälle von Schizophrenie). *Ann. méd.-psychol.* Jg. 81, Nr. 4, S. 314—330. 1923.

Verf. beschreibt 2 Fälle von sozialer Spätheilung bei Schizophrenie. In dem einen erfolgte dieselbe nach 16, in dem anderen nach 12 Jahren. Bezüglich der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit (§ 1569 BGB.) mißt Prince derartigen Fällen keine besondere Bedeutung bei. Er sagt mit Recht, daß solche Beobachtungen seltene Ausnahmen darstellen. *Hübner (Bonn).*

Lapinskij, Mihajlo N.: Psychiatrische Begutachtung. Verbrechen während der Dementia praecox simplex. *Liječnički vjesnik* Jg. 45, Nr. 8, S. 316—323. 1923. (Kroatisch.)

Der Geisteszustand einer D. s. im Augenblick, wo sie ihre Nichte in einem Fluß ertränkte: Ein kleines Mädchen wurde ohne Grund oder Zank von ihrer Tante ertränkt, die im 6. Monat schwanger war. Die Täterin leugnete die Tat und zeigte keine Reue. Auf Grund der Beobachtung kommt Verf. zu dem Schluß, daß die Mörderin, von Kindheit an schwachsinnig, in jenem Augenblick als Folge des Ehelebens und der Schwangerschaft in einen Zustand schwerer Geistesstörung verfiel. Während des Wochenbetts verfiel sie in vollkommene Geisteskrankheit. Die Tat wird als eine Impulshandlung angesehen, wie sie bei Schwangeren, besonders im 6. Monat der Schwangerschaft, öfters beobachtet wird. *G. Strassmann (Berlin).*

Roasenda, G.: Autofagia ed automutilazioni in paralitici ed epilettici. (Autophagie und Selbstverstümmelung bei Paralytikern und Epileptikern.) (*Istit. di neuropatol., univ., Torino.*) Policlinico, sez. prat. Jg. 30, H. 19, S. 594—595. 1923.

Verf. berichtet über Selbstverstümmelung bei 2 Paralytikern, von denen der eine mit einem Messer sich den linken kleinen Finger abschnitt — er behauptete, nur einen Stich in den Finger machen zu wollen und litt an Parästhesien der linken Hand —, der andere mit einer Schnur sich den Hodensack fest abband, um die Hoden zu ver-

stümmeln, „weil die Kälber, denen eine solche Operation gemacht wird, fett würden“. Der 3. Fall betraf eine 20jährige Epileptikerin, die wohl in einem Dämmerzustand sich die linke kleine Zehe abschnitt, eine Handlung, an die nachher die Erinnerung fehlte.

G. Strassmann (Berlin).

Haupt, J.: Zur Psychologie des hypnotischen Zustandes. (Heilst. „Waldfrieden“ f. Alkohökr., Fürstenwalde b. Berlin.) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 86, H. 1/2, S. 160—165. 1923.

In oberflächlicher Hypnose ist Orientiertheit vorhanden. In tiefer Hypnose ruht anscheinend jede Geistestätigkeit, solange sie nicht durch Anrede und Fragen wachgerufen wird. Es besteht völlige Apathie. Einen Übergang oberflächlicher Hypnose in tiefe hat Haupt nicht beobachtet; 2 mal wurde partielle Unorientiertheit im hypnotischen Zustande gesehen. Das Vorkommnis ist selten. Die Regel ist vollkommene Orientiertheit, auch in tiefer Hypnose. Suggestionen bleiben bei oberflächlicher Hypnose wirkungslos. Suggestive Therapie läßt sich nur in tiefer Hypnose verwirklichen. Bei der Entstehung des hypnotischen Zustandes spielt das Oberbewußtsein nach H. keine Rolle; die Hypnotisation ist anscheinend eine suggestive Beeinflussung der unterbewußten Psyche.

Lochte (Göttingen).

Friedländer, A. A.: Zur Psychologie und Psychotherapie der Angst- und Zwangsneurose. Münch. med. Wochenschr. Jg. 70, Nr. 46, S. 1383—1386. 1923.

Unter Heranziehung einer Reihe einschlägiger Krankengeschichten weist der Verf. darauf hin, daß die Freudschen Anschauungen über die überragende Bedeutung der Sexualität in der Entstehung der Angst- und Zwangsneurosen zu Unrecht bestehen und daß zahlreiche andere Faktoren, welche der Lebenskomplex als solcher im Gefolge hat, von der gleichen Bedeutung sind. Vererbung, Erziehung, Umgebung, Weltanschauung werden besonders genannt. In therapeutischer Beziehung wird gewarnt, die Klagen der Kranken zu gering einzuschätzen oder sich mit Beruhigungsmitteln, Versuchen dem Kranken die Krankheit auszureden usw. zu begnügen. Einfache Hypnose genügt nur in leichten Fällen; generell soll die — schwierige und zeitraubende — Behandlung eine psychologische sein; sie hat in Aufklärung des Kranken über die Entstehung der Störungen sowie in Willens- und Konzentrationsübungen zu bestehen, die den Kranken befähigen, Herrscher über seine Gedankentätigkeit zu werden. F. Stern.

Somerville, H.: The war-anxiety neurotic of the present day: A clinical sketch. (Die Kriegsangstneurose der heutigen Zeit: eine klinische Skizze.) Journ. of mental science Bd. 69, Nr. 285, S. 170—180. 1923.

Verf. hat die erstaunliche Anzahl von über 200 Fällen überwiegend reiner „Kriegsangstneurosen“ untersucht. Er zeichnet das Bild des Patienten, der — den Ausdruck größter Angst in den Gesichtszügen — wo er geht und steht, Angst hat, vor allem Angst in der Dunkelheit, Angst, daß jemand hinter ihm her ist, ihn überfallen wolle. Es bestehen ängstliche Träume, ängstliche Halluzinationen desselben Inhalts. Dazu kommen Schwindelanfälle. Fast stets besteht Impotenz. Sexualvermögen und Angsteffekt stehen geradezu in reziprokem Verhältnis. Die Angstneurose macht aus dem Patienten ein erschrecktes Kind, sie bedingt eine Flucht aus der Libido ins Ego. Die so umgewandelte Libido manifestiert sich als Angst. Die Angst ist identisch mit der Angst der Kinder im Dunkeln. Als Objekt dieser sowohl als der kriegsangstneurotischen Angst läßt sich durch Analyse stets der Vater nachweisen. Das Ganze kommt also auf den Oedipuskomplex hinaus.

Fr. Wohlwill (Hamburg).

Tamburini, Arrigo: Considerazioni su Pisterismo e la psicodegenerazione a proposito di una donna ladra, prostituta, calunniatrice. (Betrachtungen über Hysterie und Psychodegeneration an einer Verleumderin, Prostituierten und Diebin.) (Manicomio prov., Ancona.) Arch. di antropol. crim., psichiatri. e med. leg. Bd. 43, H. 2, S. 101—122. 1923.

Ausführliche psychologische Studie an einer Prostituierten, Verleumderin und Diebin, die während des Krieges auf Anstiftung eines Polizeikommissars einen ihrer Geliebten der Spionage beschuldigte. Verf. stellt diese Art der Beschuldigung der so häufigen des Hexen-

tums im Mittelalter gegenüber und sieht sie als von der Zeitströmung, in der sie geschehen (Kriegsjahre), bedingt an. Die lange, interessante Lebensgeschichte der Patientin verdient als psychologisches Dokument und, da nicht referierbar, im Original gelesen zu werden. *Enderle.*

Hummelsheim, Ed.: Zur Diagnose und Therapie psychogener Augenstörungen. Arch. f. Augenheilk. Bd. 93, H. 1/2, S. 76—82. 1923.

Verf. führt 4 Fälle psychogener Augenstörungen an, in denen die psychoanalytische Therapie Dauerheilung erzielte. Es handelte sich um Kranke, die ihre Augen als das Organ des Sehens von sündhaften Dingen u. dgl. in der Form mit Strafe belegten, daß sie als Symbole entsprechende Krankheitssymptome: Sehschwäche, Blinzeltic u. ähnl. produzierten. *Birnbaum (Herzberge).*

Discussion on mental deficiency in its social aspects. East, Norwood W.: The incidence of crime and mental defect. (Diskussion über geistigen Defekt in seiner sozialen Bedeutung. Die Neigung zum Verbrechen und geistiger Defekt.) Brit. med. journ. Nr. 3267, S. 228—229. 1923.

Verf., Gefängnisarzt im Brixton Gefängnis, beobachtete von 8000 dort aufgenommenen Gefangenen aus den Jahren 1921—1923 ca. 10% (800) eingehend psychiatrisch und fand darunter nur die verhältnismäßig kleine Zahl von 72 Gefangenen als geistig defekt. Nach seiner Ansicht werden weniger geistig Defekte als wirklich Geisteskranke im Gefängnis eingeliefert. Abgesehen vom Hochverrat, waren alle Arten von Verbrechen, besonders Eigentums- und Sittlichkeitsdelikte sowie Landstreicherei von geistig Defekten begangen worden. Eine frühzeitige Erkennung und Behandlung von Geisteskrankheiten und geistigen Defektzuständen dient der Vorbeugung von Verbrechen. East fand unter 6 Mördern 3 Geisteskranke, und meint, daß die rechtzeitige Erkennung und Behandlung in diesen Fällen den Mord verhindert hätten, sagt aber nicht, wie sich das durchführen läßt. *G. Strassmann (Berlin).*

Del Greco, F.: Il sentimento di „coercizione legale“ nei delinquenti. (Das Gefühl des gesetzlichen Zwanges bei den Verbrechern.) (*Manicomio prov., Aquila.*) Note e riv. di psichiatr. Bd. 11, Nr. 2, S. 317—326. 1923.

Verf. beschäftigt sich mit dem Charakter der Verbrecher. In den meisten Fällen liegt bei ihnen eine Abnormität, ein Schwanken des psychischen Gleichgewichts vor. Der Verbrecher lehnt sich gegen den Zwang auf, wie er von dem Gesetz ausgeübt wird, für das Bestehen der staatlichen Ordnung aber notwendig ist. Die Strafen steigern die Verbitterung und Auflehnung. Hier muß der Erzieher, der Arzt, der Philanthrop eingreifen. Es ist Aufgabe der modernen Strafanstalten, den Verbrecher seinem verbrecherischen Hang zu entreißen. Es müssen die Grundsätze der Hygiene zur Anwendung kommen: Arbeit an Licht und Sonne, Kräftigung des Organismus. In gemeinsamer Arbeit soll das Solidaritätsgefühl gestärkt werden; der einzelne soll lernen, dem Ganzen sich unterzuordnen. Der Erzieher muß das Zutrauen zu gewinnen suchen. Wenn Strafen verhängt werden müssen, sollen sie so ausfallen, daß sie keine Verbitterung erregen. Wohlwollen ist eher imstande, das moralische Gefühl zu wecken, als kalte Strenge. Auch wird dadurch das Mißtrauen beseitigt, das der Verbrecher mehr noch als andere Menschen dem vom Gesetz ausgeübten Zwang gegenüber hegt. *Ganter (Wormditt).*

Rodiet, A.: De la responsabilité civile des parents ou amis ayant provoqué la sortie de Paliéné (en cas de crime ou délit). (Über die zivilrechtliche Verantwortlichkeit der Verwandten oder Freunde, die die Entlassung eines Geisteskranken veranlaßt haben [im Fall eines Verbrechens oder Vergehens].) Ann. de méd. lég. Jg. 3, Nr. 3, S. 128 bis 129. 1923.

Wiederholt drängen die Verwandten auf die Entlassung eines Geisteskranken; wird ihnen nachgegeben und begehrt der Entlassene eine Straftat, so fällt die Verantwortlichkeit auf den Arzt, der die Entlassung verfügt hat. Um sich dagegen zu sichern, läßt Rodiet die Angehörigen sich schriftlich bei der Polizei verpflichten, den Kranken abzuholen, ihn zu überwachen und die Verantwortung für seine Handlungen zu übernehmen. Er glaubt, daß durch dieses Vorgehen Straftaten, insbesondere Sittlichkeits-

vergehen entlassener Geisteskranker seltener werden würden. Die Rechtsprechung müßte eine Verantwortlichkeit der Angehörigen des entlassenen Geisteskranken für dessen Straftaten anerkennen, wenn diese die Entlassung vom Arzt verlangt hätten. *G. Strassmann.*

Kinberg, Olof: Über die Stellung des Sachverständigen zum Beweisproblem bei gerichtlich-psychiatrischer Beurteilung sowie über die Stellung der gerichtlichen Psychiatrie in Schweden. Svenska läkartidningen Jg. 20, Nr. 43, S. 993—1020. 1923. (Schwedisch.)

Die Beurteilung der psychischen Zurechnungsfähigkeit ist verschieden im Strafrecht und im Zivilrecht. Während im 1. Falle neben normalem und anormalem Verhalten ein *Non liquet* steht, wird im Zivilrecht, insbesondere bei der Testamentabfassung die Entscheidung komplizierter, insofern als die Testierfähigkeit oder -unfähigkeit beweisbar oder unbeweisbar sein kann, aber Vorhandensein einer geistigen Störung noch nicht unter allen Umständen auch Unmöglichkeit zur Testamentsaufstellung bedeuten wird. In diesem Fall muß gefordert werden, daß die Handlung nicht an und für sich den Stempel der Abnormität trägt, daß sie in harmonischer Übereinstimmung mit der Sinnesrichtung vor dem Ausbruch der geistigen Störung steht, daß sich auch der überragende Einfluß eines fremden Willens ausschließen läßt. Wegen einer in der Frage der Gültigkeit eines Testaments ergangenen Begutachtung greift der Verf. die obere Medizinalbehörde Schwedens heftig an und hält sie nach ihrer Zusammensetzung für ungeeignet, Obergutachten in Rechtssachen abzugeben, empfiehlt vielmehr das in anderen Ländern, unter denen Deutschland genannt wird, übliche Verfahren, daß sich die Gerichte ihre Sachverständigen nach Lage des Falles selbst wählen. In einer Replik lehnen der Chef des Medizinalwesens, Generaldirektor Buhre und das wissenschaftliche Mitglied der gerichtsärztlichen Abteilung der Behörde, Dr. Gadelius, die Forderungen des Verf. ab. *H. Scholz* (Königsberg).

Stenvers, H. W.: Über cerebrale Störungen des Sprechens, Lesens und Schreibens. Psychiatr. en neurol. bladen Jg. 1923, Nr. 5, S. 235—272. 1923. (Holländisch.)

Verf. ist der Meinung, daß das Denken eine automatische Hirnfunktion, der Gedanke das bewußt gewordene Denkergebnis ist und meist in Worten ausgedrückt wird. Ein Wort wird somit allmählich zu einem Bestandteil einer Vorstellung, bei der optische, akustische und taktile Momente eine Rolle spielen. Die Klarheit einer Vorstellung ist ein Hinweis auf die Beschaffenheit der Hirntätigkeit, aber eine Lokalisation bewußter Vorstellungen zu versuchen, ist ein verfehltes Unternehmen. Was versucht werden kann, ist die klinische Feststellung, daß die Projektion einer bewußten Vorstellung nach außen geschädigt, und weiter die Frage, welche ihrer oben erwähnten Komponenten beeinträchtigt ist. Wir finden bei gehirngesunden Blinden, daß die taktile Komponente einer Vorstellung diese ins Bewußtsein zu rufen vermag. Andererseits darf man erwarten, daß Hirnveränderungen, insbesondere -herde, zum Ausfall von solchen Komponenten und dadurch zur Störung des Vorstellungsablaufs führen.

Fall 1. 48jähr. ♂, vor 30 Jahren Sturz von einer Leiter, seitdem öfters Kopfweh. Mit 47 Jahren Krampf in der l. Brust, der nach der Kehle zog, 8 Tage später kurzdauernde rechtsseitige Hemianopsie, einige Stunden darauf konnte er Worte nicht verstehen und bald auch nicht sprechen. Am nächsten Tage rechtsseitige spastische und sensible Hemiparese, die sich langsam verschlimmerte. Kein Bewußtseinsverlust, nur leichte Dösigkeit in der ersten Zeit. Nach 5 Monaten war die rechtsseitige Hemiplegie komplett motorisch und sensibel, aber es bestand keine Hemianopsie. Ausgefallen waren: Spontansprechen (nau, ach, nee), Reihensprechen (nur Rhythmus erhalten), Nachsprechen, Wortverständnis, lautes Lesen; erhalten waren Klangverständnis, Singen ohne Worte, optische Identifikation, Abschreiben ohne Verständnis, Begreifen geschener Zahlen. Auffällig war, daß der Kranke seine gute optische Auffassung benutzte, um das fast vollständige akustische Versagen auszugleichen. Nach dem klinischen Befunde kann man als unverändert nur die optische Region der linken und die ganze rechte Großhirnhemisphäre annehmen, d. h. daß diese Hirnteile einen sinnvollen Zusammenhang mit der Außenwelt und zweckmäßige Reaktionen ermöglichen. In dem Vorstellungsleben des Kranken fehlen aber jegliche optische oder akustische Wortkomponenten. — Fall 2. 30jähr. ♂, Linkshänder, mit 22 Jahren Heugabelstich in die rechte Parieto-Occipitalgegend, nach 3—4 Wochen Kranksein 2 Jahre arbeitsfähig. Dann alle 2 bis 3 Monate $\frac{1}{2}$ stündige Anfälle mit leichter Bewußtseinstörung, verkehrten Antworten, Kopf-

weh, Ziehen in linkem Arm und Bein. Vor 5—7 Wochen Anfälle mit Bewußtlosigkeit. Die Anfälle treten auf, wenn die noch immer etwas eiternde Stichwunde nicht absonderte. In der letzten Woche 2 mal Erbrechen. Öfters Vorbeigreifen (zu nahe) mit der linken Hand, 2—3 mal am Tage Steifwerden der linken Hand und infolgedessen Fallenlassen von Gegenständen. Solche kleine Anfälle fühlt der Kranke nahen. Obwohl er dann versteht, was gesagt wird, kann er die Worte nicht finden. Neurologisch bestand sehr leichte Neuritis optica rechts, Hypertonie und Schwäche des l. Arms, Tiefen- und Bewegungssinn links in den Fingern gestört. Bauch- und Kremasterreflexe $r > l$. Gut gingen das Reihensprechen, Nachsprechen und Lesen, Nachschreiben einfacher Wörter und Singen, Benennen; gestört waren das Nachsprechen, Lesen, Spontan- und Diktatschreiben, Buchstabieren. Im ganzen versagt Pat. also bei der Verbindung optischer mit akustischen Wortkomponenten zu sprachmotorischer (bei schweren Wörtern) und akustischer Reize zu schriftmotorischer Reaktion. Die Operation ergab einen kleinen Eiterherd um einen 1 qmm großen Sequester im hinteren oberen Schläfenlappen. Nach der Operation schwanden die Anfälle und alle Störungen, die auf sprachlichem Gebiete vorher bestanden hatten.

Verf. macht also hier den Versuch einer Analyse der Sprachstörungen in die motorischen, akustischen und optischen Komponenten des Wortes als wichtigen Bestandteils bei der Bildung klarer Vorstellungen. Die Untersuchungen sind sehr gründlich durchgeführt. Die Arbeit wirkt sehr anregend und erscheint wohl geeignet, die Aphasieforschungen neu zu beleben.

Creutzfeldt (Kiel).

Klarfeld, B.: Die pathologische Anatomie der Dementia praecox. Klin. Wochenschr. Jg. 2, Nr. 50, S. 2269—2272. 1923.

Verf. beantwortet die Frage, ob man in allen Fällen bei Dementia praecox Hirnveränderungen findet, die als die anatomische Grundlage dieser Psychose angesprochen werden dürfen, dahin, daß bei den „sicheren“ Fällen anatomische Hirnveränderungen stets vorhanden sind, daß die D. p. also als eine organische Psychose anzusehen sei, d. h. mit einer morphologisch zum Ausdruck kommenden Gehirnerkrankung einhergehe, und zwar seien die Hirnveränderungen ausschließlich mikroskopischer Art, betroffen erscheine einzig und allein das ektodermale Gewebe, während das mesodermale nur im Sinne von Abräumtätigkeit beteiligt sein könne. Es fehle jedes Anzeichen eines entzündlichen Vorgangs. Die histologische Diagnose könne aber nicht mit derselben Sicherheit wie die Diagnose einer Paralyse oder einer senilen Demenz bei der D. p. aufrecht erhalten werden. Zuletzt wird die Frage besprochen, ob es sich bei der D. p. um eine exo- oder endogen bedingte Krankheit handelt. Dabei wird jeder exogene Ursprung der D. p. abgelehnt. Es fehle zur Zeit jeder tatsächliche Beweis etwa im Sinne einer Metatuberkulose. Ferner bestünden auch keine beweisenden Anhaltspunkte für einen somatogenen Ursprung der D. p. Die Pathogenese der D. p. sei ein noch zu lösendes Problem.

Nippe (Königsberg).

Hegner, Tomáš: Geisteszustand eines Mörders. Časopis lékařův českých Jg. 62, Nr. 36, S. 951—954. 1923. (Tschechisch.)

Ein 19jähr. Metalldrechslerlehrling ermordete seine 35jähr. Tante, die ihn gemeinsam mit seiner Großmutter vom 2. Lebensjahr an erzog. Bei seiner Verhaftung war er geständig und machte folgende Angaben über die Tat: Am Morgen der Tat sah er beim Aufstehen unter seinem Bette einen Hammer. Da kam ihm plötzlich der Gedanke, seine Tante, mit der er seit einigen Tagen in einem Zimmer schlief, zu ermorden. Der Kopf habe sich ihm angefangen zu drehen und er habe mit dem Hammer auf den Kopf der Tante geschlagen. Nähere Einzelheiten über den Hergang bei der Tat vermag er nicht anzugeben, insbesondere weiß er nichts davon, daß er auch ein Messer benützt hätte. Bei der Sektion fand sich außer mehreren Hiebverletzungen am Kopfe eine Stichwunde am Rücken. Als er zu sich kam, stand er beim Bett, sah, daß die Tante sich nicht bewegte und von Angst ergriffen, lief er aus dem Haus und trieb sich in den umliegenden Wäldern herum, bis er nach 17 Tagen verhaftet wurde. Er zeigte große Reue über seine Tat, vermochte aber keinen Grund hierfür anzuführen, um so weniger, als die Tante für ihn wie eine Mutter sorgte. Die Untersuchung seines Geisteszustandes ergab, daß er seit jeher einen verschlossenen Charakter hatte, keinen Verkehr mit Altersgenossen suchte, in der Schule schlecht lernte, den Unterricht bisweilen schwänzte, jedoch unbescholten war. Das Handwerk hat er nicht ausgelernt. Die Sachverständigen nahmen an, daß die Tat höchstwahrscheinlich in einem transitorischen epileptischen Dämmerzustand begangen wurde und beantragten seine Überführung in eine geschlossene Anstalt zwecks Beobachtung seines Geisteszustandes. Die 6wöchentliche Beobachtung ergab, daß es sich um einen hebephrenen Schwachsinnigen handelt, und daß die Tat in einem Zustande momentaner Sinnesverwirrung

begangen wurde. Als auslösendes Moment wurden erotische Motive angenommen, hervorgerufen durch die zärtliche Zuneigung seiner Tante zu ihm, obwohl die Erhebungen keinen Anhaltspunkt ergeben haben, die diese Annahme rechtfertigen würden und er selbst ein sexuelles Motiv entschieden in Abrede stellte. *Marx (Prag).*

East, W. Norwood: Delinquency and mental defect. I. (Kriminalität und geistiger Defekt. I.) *Brit. journ. of med. psychol.* Bd. 3, H. 3, S. 153—167. 1923.

Besprechung der praktischen Schwierigkeiten bei gerichtlichen Begutachtungen und bei der Feststellung von Simulation und Dissimulation ohne wesentlich neue Gesichtspunkte. Auch die Frage der Moral insanity wird gestreift, die Verf. allerdings nur als seltenes Vorkommnis bejaht. In seinem Bestreben, eine zu enge Verknüpfung von geistigem Defekt mit einem bestimmten antisozialen Verhalten als verfehlt zu erweisen, räumt er krankhaften Störungen, etwa für das Verfallen in Prostitution, eine doch zu geringe Bedeutung ein; entgegenstehende Beobachtungen anderer Autoren, wie etwa die Beziehungen zu verlangsamer oder gestörter Sexualentwicklung sind überhaupt nicht berücksichtigt. *Reiss (Tübingen).*

Burt, Cyril: Delinquency and mental defect. II. (Kriminalität und geistiger Defekt. II.) *Brit. journ. of med. psychol.* Bd. 3, H. 3, S. 168—178. 1923.

Verf. gründet seine Schlüsse auf Untersuchungen an Jugendlichen. Er unterscheidet intellektuell Minderwertige, deren Zahl gewöhnlich überschätzt werde, nur etwa 5% dürfe als die Regel gelten, und gemütlich Minderwertige, die ihre Grundlage in einer Störung des Instinktlebens haben. Hierher gehören die Fälle angeborenen moralischen Defektes; doch müssen alle oder wenigstens mehrere Triebe gestört sein, damit man von moralischem Defekt reden kann. Übermäßige Entwicklung eines einzigen Triebes rechnet Verf. nicht unter die gemütlich Minderwertigen. Pubertätslabilität, Neurosen und Wirkungen verdrängter Komplexe werden gleichfalls scharf abgetrennt. Um zu einer klaren Abgrenzung zu kommen, schlägt er vor, nur da von gemütlicher Minderwertigkeit zu reden, wo bei ausreichender intellektueller Entwicklung von frühester Jugend an eine genügende Instinktbeherrschung fehlt, so daß ein Verhalten zutage tritt, wie es eigentlich einem kaum halb so alten Kinde entspricht. Bei Halbwüchsigen wären die 7jährigen zum Vergleich heranzuziehen. Für diese gemütliche Seite des Seelenlebens fehlen zur Zeit noch Testproben von genügender Sicherheit, man ist auf seine subjektive Beobachtung angewiesen. An Untersuchungsmethoden kommen die von Pressey, die von Downey und das psychogalvanische Phänomen in Betracht. Die alte Bezeichnung moralischer Schwachsinn sollte ganz wegfallen und durch gemütliche Minderwertigkeit ersetzt werden. Die Instinktbeherrschung wird vom Verf. stark rational gedacht. *Reiss (Tübingen).*

Shrubsall, F. C.: Delinquency and mental defect. III. (Kriminalität und geistiger Defekt. III.) *Brit. journ. of med. psychol.* Bd. 3, H. 3, S. 179—187. 1923.

Verf. wendet sich gegen Burt, der mit seiner Definition des moralischen Defektes nur einen Teil der Fälle, nämlich die gemütlich Instabilen, treffe. Burt berücksichtigt zu wenig, daß die fehlende Beherrschung der Instinkte bei den moralisch Defekten im wesentlichen ein affektiver Mangel sei. Ein gemütlicher Defekt raube diesen Individuen überhaupt jede Möglichkeit, Verständnis für die Gefühle anderer zu gewinnen. So kommt Verf. zu der Definition der moralisch Schwachsinnigen, als von Individuen mit umschriebenen, von frühester Jugend an bestehenden geistigen Defekten, die verbunden sind mit kriminellen Neigungen und durch Strafen nicht beeinflußt werden können. Die Beobachtungen des Verf. stützen sich auf das Material defekter Jugendlicher des Groß-Londoner Bezirks, die er statistisch bearbeitet. *Reiss (Tübingen).*

Stoddart, W. H. B.: Delinquency and mental defect. IV. (Kriminalität und geistiger Defekt. IV.) *Brit. journ. of med. psychol.* Bd. 3, H. 3, S. 188—193. 1923.

Bei der Entwicklung und Rückbildung der Psyche geht die intellektuelle mit der moralischen Seite völlig parallel. Daher gibt es keinen angeborenen moralischen Schwachsinn ohne intellektuellen Defekt. Dagegen kann moralischer Defekt bei guter Intelligenz vorgetäuscht werden einmal durch mangelnden moralischen Training oder dann durch

eine Psychoneurose. Verf. sieht nämlich in vielen kriminellen Handlungen von Jugendlichen ein symbolhaftes Tun im Sinn der Freudschen Sexualsymbolik und glaubt, daß häufig moralische Defekte hierdurch vorgetäuscht werden, wie überhaupt die Motivation der Verbrechen meist zu sehr aus irgendwelchen oberflächlichen Momenten hergeleitet werde und man die tieferen Zusammenhänge übersehe, die er sich im Sinne der Freudschen Bindungen an die Eltern denkt. *Reiss* (Tübingen).^o

Coèn, Augusto Mario: Contributo alla conoszenza della pazzia morale. (Beitrag zur Kenntnis des moralischen Irreseins.) Riv. sperim. di freniatr., arch. ital. per le malatt. nerv. e ment. Bd. 47, H. 2, S. 141—228. 1923.

Klinische Studie, die sich wesentlich an *Kraepelin* orientiert, dessen Meinungen und Erfahrungen ausführlich wiedergegeben werden. Der erste Abschnitt behandelt die hysterischen, epileptischen und originär psychopathischen Persönlichkeiten. Der zweite gibt eine charakterologische und klinische Analyse des Psychopathen. Beide enthalten je eine interessante autobiographische Skizze solcher Individualitäten. In dem dritten Abschnitt werden die Gefängnispsychosen besprochen. Die Diskussion der Probleme im vierten Abschnitt lehnt vor allem die bequeme Degenerationshypothese ab. Zweifellos können exogene Momente auch beim „moralischen Irresein“ eine Rolle spielen, wobei an die Erfahrungen von *Plaut* über *Lues* und *Hereditäres* angeknüpft wird; ferner kann es sich oft um Formen der *Dementia praecox* handeln, die auch bei den Gefängnispsychosen eine bedeutende Rolle spielt. Vieles bleibt ungeklärt. Die neueren Anschauungen über Konstitution und seelische Beschaffenheit (*Kretschmer*) dürften der Forschung hier den Weg weisen können. Dem schizoiden Typus kommt offenbar große Bedeutung zu. Ohne viel Neues zu bringen, gibt Verf. eine sorgfältige Durcharbeitung der Frage, wobei die gründliche Berücksichtigung insbesondere der deutschen einschlägigen Literatur Hervorhebung verdient. *Rudolf Allers* (Wien).^o

Meagher, John F. W.: Insanity as a defensive plea in crime. A critical review. (Geistesstörung als Verteidigungsgrund bei Verbrechen.) Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 58, Nr. 4, S. 310—337. 1923.

Nach einer Erläuterung der in Frage kommenden juristischen und psychologischen Begriffe wird das ganze Gebiet eingehend erörtert: Geistesstörung als Ursache von Verbrechen, Ratschläge für Sachverständige, Kritik der Sachverständigen, Juristen und Geschworenen, ärztliche Kritik an den Gesetzen, Ausführung der Strafen. Einige Einzelheiten seien herausgehoben: Die Anschauung, daß Psychopathen nicht verantwortlich seien, wäre — so führt der Verf. aus — verhängnisvoll, da man alle Kriminellen als psychopathisch ansehen kann; gerade für die Psychopathen seien die Gesetze nötig. Vorübergehende Geistesstörung sei, abgesehen z. B. von Epileptikern, gewöhnlich eine Ausflucht. Auch bei Geisteskranken fehle die Verantwortlichkeit nicht immer (Depression). Juristen und Laien hätten oft Mißtrauen gegen Sachverständige, besonders, weil sich die Gutachten oft widersprächen; dieses käme bei Richtern aber noch häufiger vor. Bestechung von Sachverständigen hält der Verf. scheinbar in den Vereinigten Staaten für etwas nicht Ungewöhnliches! Er spricht sich aber sehr tadelnd darüber aus. Er nimmt an, daß der Wohlhabende alles erreichen könne. Nach der Freisprechung wurden dann die „Geisteskranken“ gleich gesund. Die ärztlichen Sachverständigen sollen vor Gericht einfach reden und Fachausdrücke vermeiden. Wünschenswert wäre, entsprechend europäischem Gebrauch, die Anfertigung ausführlicher schriftlicher Gutachten mit nachfolgender Vernehmung des Sachverständigen. Berufsmäßige Sachverständige seien nicht wünschenswert. Der behandelnde Arzt soll nicht zum Sachverständigen genommen werden. Dagegen sei es zu erstreben, daß Sachverständige sich einer Prüfung zu unterziehen hätten. Für wünschenswert wird ferner die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit gehalten. Anträge Geisteskranker auf richterliche Vernehmung will der Verf. auf die Fälle eingeschränkt wissen, wo sie nach ärztlicher Aussage berechtigt sind, da sie sonst eine ganz unnötige Belastung darstellen. *Müller* (Dösen).^o