

in der Epruvette einige Zeit nach dem Auftreten eines Trübungsringes noch ein zweiter Ring, der — über dem ersten Ringe gelegen — von diesem durch eine Schicht ungetrübter Flüssigkeit getrennt ist. Verf. versuchte nun auf Anregung von Lattes festzustellen; ob das Auftreten dieses Doppelringphänomens gleichfalls als eine spezifische Reaktion erachtet werden kann. Auf Grund zahlreicher Experimente wird gefolgert, daß auch der Doppelring an sich nicht die Bedeutung einer spezifischen Reaktion besitzt; er gewinnt sie, wie bei der Präcipitationsprobe im allgemeinen, erst dann, wenn man bei der Wertung des Phänomens bestimmte Umstände (Konzentration des Antigens; Zeit, während der man die Reaktion beobachtet) berücksichtigt. Weitere Details (Tabellen!) dieser interessanten Arbeit müssen im Original eingesehen werden.

Neureiter (Riga).

Hektoen, Ludvig: Biologic tests for medicolegal purposes. (Biologische Methoden für gerichtlich-medizinische Prüfungszwecke.) (*Massachusetts Med. Soc., Boston, 5. X. 1927.*) New England J. Med. **199**, 120—126 (1928).

Beschreibung der Präcipitationsmethode im Rahmen des gerichtlich-medizinischen Blut- und Spermanachweises und Schilderung der Ergebnisse der Blutgruppenforschung. Nichts Neues.

v. Neureiter (Riga).

Darányi, Julius v.: Zur Konservierung diagnostischer Sera und Bakterienemulsionen. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **54**, Nr. 28, S. 1167. 1928.

Zur Konservierung von forensischen Sera wird Zusatz einer Sublimatlösung empfohlen, und zwar $\frac{1}{20}$ Teil Sublimatlösung, so daß eine Serumsublimatlösung 1:5000 entsteht.

G. Strassmann (Breslau).

● **Danckwortt, P. W.: Luminescenz-Analyse im filtrierten ultravioletten Licht. Ein Hilfsbuch beim Arbeiten mit den Analysenlampen.** Leipzig: Akad. Verlagsges. m. b. H. 1928. IV, 106 S., 16 Taf. u. 39 Abb. geb. RM. 7.80.

In dankenswerter Weise hat Danckwortt hier ein Hilfsbuch beim Arbeiten mit der Hanauer Analysenquarzlampe geschaffen, das in keinem Institut fehlen sollte. Größten Wert hat D. auf die Methodik sowohl für makroskopische als auch für mikroskopische Untersuchungen gelegt und auf die Festlegung der Befunde mit Hilfe der Photographie. Nach dieser Richtung hin stellt die vorliegende Monographie ein Lehrbuch dar, das aus eigenen Arbeiten des Verf.s hervorgegangen ist. Es werden die Ergebnisse der bisherigen Forschungen auf dem Gebiete der Chemie, der Pharmazie, der Pharmakognosie und Technik geschildert. Ein kurzer Abschnitt (S. 68—73) ist der gerichtlichen Chemie (Kriminalistik) gewidmet. Zur Darstellung gelangenen Banknotenfälschungen, solche von Invalidenmarken, Briefmarken, Klebstoffen, Geheimschriften, Spermaflecken. Die Schlußkapitel sind der photographischen Wiedergabe von Lumineszenzbildern und der mikroskopischen Beobachtung und Mikrophotographie gewidmet.

Lochte (Göttingen).

Versicherungsrechtliche Medizin.

● **Hübner, A. H.: Die psychiatrisch-neurologische Begutachtung in der Lebensversicherungsmedizin.** Leipzig: Georg Thieme 1928. 170 S. RM. 13.—.

Das vorliegende Werk ist nicht nur für den Arzt, sondern auch für Juristen und Beamte der Versicherungsanstalten bestimmt, bietet aber auch für den Facharzt großes Interesse, zumal der Verf. sich der Mühe unterzogen hat, die Akten der Gothaer Lebensversicherungsbank durchzuarbeiten. In einem allgemeinen Teil werden zunächst die rechtlichen Bestimmungen eingehend unter Berücksichtigung aller psychiatrischen und neurologischen Probleme erörtert; besonders erschütternd wirken die mitgeteilten ärztlichen Gefälligkeitsatteste, die in einer teilweise ungeheuerlichen Weise den wahren Sachverhalt verschleiern. Leider haben auch andere Ärzte, die in der Gutachtertätigkeit stehen, Gelegenheit zu entsprechenden Beobachtungen, und es liegt nur im Interesse des Arztstandes, derartig grobe Entgleisungen zu geißeln. Eingehend ist die Frage des Selbstmords unter Berücksichtigung von etwa 700 Akten bearbeitet. Im klinischen Teil werden dann die einzelnen Nerven- und Geisteskrankheiten in ihrer Beziehung auf die Lebenserwartung besprochen, wichtige diagnostische Hinweise werden dem Vertrauensarzte gegeben. Die einzelnen Krankheiten können hier nicht durchbesprochen werden; es sei nur darauf hingewiesen, daß auch seltenere Fragen wie die Lebensprognose der Kriegsteilnehmer, das Versicherungsrisiko der Psychopathen usw. durchbesprochen werden. Überall macht sich die große Erfahrung, die der Verf. als Kliniker wie als Gutachter gleichzeitig hat, in erfreulichstem Maße geltend, so daß das sehr verständlich geschriebene Buch, das auch die wichtigste Literatur gründlich berücksichtigt, jedem Gutachter in nervenärztlichen Lebensversicherungsfragen ein nie versagender Ratgeber sein wird.

F. Stern (Kassel).

Hörnig, P.: *Neue Arbeitsgebiete der Lebensversicherungsmedizin.* (*Allianz u. Lebensversicherungsbank A.-G., Stuttgart.*) Mschr. ung. Mediziner 2, 303—307 (1928).

Lange Zeit haben sich die deutschen Lebensversicherungen auf die Versicherung gesunder Leben beschränkt. Personen, die gesundheitlich gefährdet waren, versagte man im allgemeinen den Versicherungsschutz. In neuerer Zeit sind nun noch zwei andere Zweige innerhalb der deutschen Lebensversicherungen ausgebildet worden, nämlich die Versicherung kranker Personen und die Schadenverhütung. Hinsichtlich der Übernahme anomaler Risiken (Versicherung gefährdeter Leben) lagen zunächst Arbeiten amerikanischer Ärzte vor, erst jetzt beginnen auch die deutschen Versicherungsärzte sich hiermit zu beschäftigen. Bei dem Problem der Schadenverhütung können die Lebensversicherungen auf die Ergebnisse der deutschen sozialen Versicherung zurückgreifen, bei denen einschlägige Erfahrungen bekanntlich schon vorliegen. Der Verf. wünscht, daß auch die erwähnten Probleme auf den Kongressen der Versicherungsärzte besprochen werden, speziell auf der in Budapest stattfindenden Tagung. Im Ausland, besonders in Amerika, sind die beiden besprochenen Zweige vielfach schon recht weit entwickelt.

B. Mueller (Frankfurt a. M.).

Palmieri, V. M.: *Sui criterii per la valutazione medico-legale del danno alla persona per infortunio o per colpa civile.* (Über die Kriterien für die gerichtlich-medizinische Schätzung der Körperschäden beim Betriebsunfall und nach bürgerlichem Recht.) *Riforma med.* 1928 II, 1149—1152.

Bei der Schätzung der Körperschäden nach bürgerlichem Recht darf man weder nur die allgemeine Arbeitsunfähigkeit in Betracht ziehen, wie beim gewerblichen Unglücksfall, noch nach den Bestimmungen des Gesetzes für die gewerblichen Unglücksfälle (italienisch) beurteilen. Man muß auch die verlorene spezifische Arbeitsfähigkeit und die Kosten abschätzen. Die Schätzung soll also eine harmonische Synthese dieser verschiedenen Elemente sein. Ferner muß man nicht nur die Arbeitsunfähigkeit, sondern auch die Schmerzen oder das Leiden berücksichtigen. Endlich muß man den vorherigen Körperzustand der Geschädigten in Rechnung setzen. Die Schätzung ist deswegen viel verwickelter als diejenige der Schäden beim gewerblichen Unglücksfall und muß je nach den Fällen verschieden vorgenommen werden. Es ist deswegen sehr schwierig, allgemeine Regeln zu geben.

Palmieri berechnet die Entschädigung nach den beiden Elementen: Unfähigkeitskoeffizient (allgemeine und spezifische Arbeitsunfähigkeit); Leidenskoeffizient (Krankheitskosten, evtl. ästhetischer Schaden, Schmerzensgeld). *Romanese* (Parma).

Hoche, A.: *Unzulässige Auslegung des Unfallversicherungsgesetzes.* Dtsch. med. Wschr. 1928 II, 1195—1196.

Zwei Punkte hebt Hoche hervor: 1. daß es eine große Anzahl von Folgezuständen nach Unfällen gibt, die ausschließlich auf die Tatsache des Versichertseins zurückzuführen ist, 2. daß Umfang und Entstehung dieser „Entschädigungsseuche“ dringlich nach Abhilfe rufen. Er betont weiter die Beobachtung, daß die Fälle bei glatter Ablehnung des Rentenanspruches ebenso rasch wieder arbeitsfähig wurden als nach endgültiger Abfindung, lehnt die derzeitige Auslegung des R.V.A. als unsachlich ab und empfiehlt als dringend notwendig eine Änderung des Gesetzes, die den seinerzeit nicht vorhergesehenen nervösen Folgen des Versichertseins entgegenwirkt.

Klieneberger (Königsberg Pr.).

Fauquez: *La durée d'incubation du tétanos.* (Inkubationsdauer bei Wundstarrkrampf.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 9. VII. 1928.*) *Ann. Méd. lég.* 8, 513 bis 515 (1928).

Es wird berichtet, daß ein junger Mann von 17 Jahren am Fuße verwundet wurde. Der Arzt stellte eine Quetschung fest. Unter der großen Zehe befand sich eine kaum sichtbare unebene Stelle. Diese war durch den Stiefel verursacht. Die Verwundung war abends. Am nächsten Tage gegen Mittag fühlte er sich nicht gut und legte sich zu Bett. Schon gegen Abend trat Starre der Mus ulatur, einhergehend mit großen Schmerzen, ein. Der Zustand verschlimmerte sich, der junge Mann starb 3 Tage nach den ersten Erscheinungen des Wundstarrkrampfes. Von Wichtigkeit ist in diesem Falle, daß der Wundstarrkrampf sich sehr schnell entwickelt hat, so daß ungefähr 19 Stunden nach dem Unfall die Krankheit in Erscheinung trat. Die Begutachtung des Falles durch den Sachverständigen nahm folgenden Weg:

Ein gewisser Zeitraum muß zwischen der Verwundung und den ersten Erscheinungen vorhanden sein. Jedoch kann im Einzelfalle dieser Zeitraum sehr kurz sein und in akuten Fällen von Tetanus sich in 2 Tagen entwickeln, während sonst 5—15 Tage gebraucht werden. Dieser Ansicht stehen die Anschauungen Balthazards entgegen, der experimentell festgestellt hat, daß die Inkubationszeit wenigstens 3 Tage beträgt. Der Sachverständige ist aber infolge einer großen Anzahl von abweichenden Beobachtungen der Meinung, daß es beim gegenwärtigen Stand der Wissenschaft unmöglich sei, zu behaupten, es hätte der Unfall des jungen Mannes nicht in Beziehung gestanden zu dem Tetanus. Er kommt somit zu dem Schluß, daß der Tod auf den Unfall bei der Arbeit zurückzuführen sei. Das Gericht schloß sich den Ausführungen des Sachverständigen nicht an, sondern stellte sich auf den von Balthazard vertretenen und experimentell bewiesenen Standpunkt, daß die Inkubationsdauer bei Tetanus wenigstens 3 Tage betragen müsse.

Foerster (Münster i. W.).

Moerchen, F.: Über die Entschädigungspflicht „seelisch-nervöser“ Unfallfolgen. (*Kurparksanat., Wiesbaden.*) Nervenarzt Jg. I, H. 7, S. 419—422. 1928.

Verf. wendet sich gegen die ungerechtfertigte Schematisierung und starre Formulierung der versicherungsrechtlichen Bedeutung psychogener Unfallreaktionen; auch bei völligem Fehlen jeder Entschädigungsmöglichkeit hat er schwere Unfallreaktionen rein seelisch-nervöser Art gesehen, also unabhängig von jeder Rentensucht. So bekämpft er mit Recht bei der Schwierigkeit und Verantwortung in der Beurteilung die neuerlich so beliebte ein- oder zweimalige Sprechstundenuntersuchung und Begutachtung der Unfallneurosen und fordert eine längere „psychologische Beobachtung und Erforschung der Gesamtpersönlichkeit“. Gewisse Formen von Angstzuständen können Bilder der Rentenhysterie vortäuschen, wie andererseits organische oder somatisch verursachte funktionelle Störungen als Unfallfolge von einer Rentenhysterie überlagert sein können. „Die Überspannung des Begriffes der Rentenhysterie“ erscheint auch ihm eine recht bedenkliche Gefahr und wird der unendlichen Mannigfaltigkeit der Persönlichkeitsanlage und ihrer Reaktionsweise in keiner Weise gerecht. *M. Meyer.*

Hildebrandt, H.: Zur Psychologie der Unfallgefährdeten. Psychotechn. Zeitschr. Jg. 3, H. 1, S. 1—8. 1928.

Gibt es Leute, die durch Anlage, anerzogene Gewohnheiten, durch ihren körperlichen oder seelischen Habitus besonders unfallgefährdet sind, bei denen also von einer allgemeinen Unfalldisposition gesprochen werden kann, die sich nicht nur in besonderen Berufen, sondern in allen möglichen Situationen des Lebens auswirken kann. Diese Frage nach einer allgemeinen Unfalldisposition versuchte Hildebrandt durch Statistik und Untersuchungen zu beantworten. Verf. kommt zur Bestätigung der Ergebnisse Marbes, daß es eine individuell verschiedene Unfalldisposition gibt. Bei den psychologischen Versuchen, über die ausführlich berichtet wird, waren die Leistungen der Unfälle, soweit Aufmerksamkeit und Geschicklichkeit verlangt wurden, keineswegs immer schlechter, sondern zum Teil besser als die der Unfälle. Aus den Angaben über die psychischen Eigenarten der Untersuchten geht jedoch hervor, daß die Unfälle ungünstige affektive Eigenarten hatten. Wenn auch eine abschließende Stellungnahme noch nicht möglich erschien, so kam H. doch zu der Anschauung, daß die schnellen und richtigen Reaktionen auf eintretende Gefahren für die Unfallfrage überschätzt werden. In den Betrieben (ausgenommen Verkehrsbetriebe) und auch im täglichen Leben gibt es wenig Unfälle, die durch richtige Reaktionen nach Eintreten der Gefahr vermieden werden können. Die Unfalldisposition besteht nicht darin, daß diese Reaktionen bei einem Menschen langsam oder falsch sind, sondern sie führt die Gefahrensituationen herbei. Wenn erst die Gefahr da ist, wirkt falsches und langsames Reagieren unfallsteigernd, aber es hat für die Unfalldispositionen keine entscheidende Rolle. Das wesentliche ist das Herbeiführen der gefährlichen Situationen.

Seelert (Berlin-Buch).

Menesini, G.: *La valutazione medico-legale delle sindromi isteriche.* (Die gerichtsärztliche Bewertung der hysterischen Symptomenkomplexe.) (*Istit. di med. leg., univ., Siena.*) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 48, Nr. 47, S. 1105—1108. 1927.

Nach einer Einleitung über Wesen und Manifestationen der Hysterie (unter Auffassung der letzteren als besonderer seelischer Disposition, die abnorme Reaktionen auf gewisse Lebensreize hervorruft) geht Verf. zur Entstehung der posttraumatischen und kriegshysterischen Syndrome über, indem er sich der Anschauung Kretschmers über den Entstehungsmechanismus derselben anschließt. Z. B. für den Tremor: Emotion — akuter reflexmäßiger Tremor ohne Willensbeteiligung — volitive Verstärkung — endlich Unabhängigwerden des Tremors vom Willen, Wegfall der Hemmungen). Ein tatsächlicher Krankheitsfaktor oder dessen Nachwirkungen können dabei tendenziös in der Richtung des immer vorhandenen charakteristischen Krankheitswillens verwertet werden. Als besondere Beispiele rückt Verf. Hypertonien sowie traumatische oder Renten neurosen in nähere Beleuchtung; bei den letzteren folgt auf die emotive Erschütterung der depressive Zustand mit seinem Symptomenkomplex, der sich dann stabilisiert. Mit der gerichtsärztlichen Bewertung dieser Syndrome befassen sich nur die letzten Zeilen der Arbeit; ein direkter Zusammenhang zwischen Trauma und Syndrom wird abgelehnt, da nur der emotive Zustand mit dem Krankheits- bzw. Rentenwillen die Symptome erzeuge.

Liquori-Hohenauer (Konstanz).

Brandis, W.: „Traumatische Hysterie“ oder Neurose? Med. Klinik Jg. 24, Nr. 25, S. 979—980. 1928.

Mitteilung zweier Gutachtenfälle, die Bezug haben auf die bekannte Reichsversicherungsamtsentscheidung vom Jahre 1926. Die sog. „Unfallneurose“ ist nicht eine Krankheit im eigentlichen Sinne, sondern stellt eine psychologisch verständliche Reaktion des Versicherten in erster Linie auf die Tatsache der Versicherung dar.

Kurt Mendel (Berlin).

● **Flatau, Georg:** Neue Anschauungen über die Neurosen und ihr Einfluß auf die Therapie. Abh. Psychother. H. 7 (1928). RM. 2.60.

Verf. gibt eine Zusammenfassung der zur Zeit geltenden Anschauungen über die Neurosen, spricht sich gegen die Ablehnung der traumatischen Neurosen bzw. ihre Einschätzung als Begehrungs- und Wunschneurosen aus, betont, daß alles Psychische irgendwie physisch gebunden sein muß, und kommt zu dem Schluß, daß die Neurosen dynamische Störungen des Seelenlebens sind, die psychische und somatische Therapie erfordern.

Klieneberger (Königsberg Pr.).

Stransky, Erwin: Die Krankenstandsneurose. Wien. med. Wschr. 1928 II, 942 bis 944.

Die Krankenstandsneurose ist als Spielart der Begehrungsneurosenengruppe aufzufassen. Sie ist ein Nebenprodukt der Sozialgesetzgebung, insbesondere des Krankenkassenwesens. Die Symptome sind wechselnd. Die Beschwerden werden unterstrichen und sind dabei unbestimmt. Soziale Maßnahmen sind angezeigt, da das Übel eine soziale Wurzel hat. Arbeitsfähigkeit ist kein medizinischer Begriff. Reinliche Trennung zwischen kurativer und Schadenvergütungsleistung der Krankenkassen ist anzustreben. Die Schadenvergütungsleistung sollte von Kassenamtsärzten entschieden werden, so daß der eigentliche Kassenarzt lediglich therapeutische Aufgaben zu erfüllen hätte.

Schilder (Wien).

Salinger, Fritz: Eine unter dem Bilde der Renten neurose verlaufende Meningitis serosa. (*Städt. Heil- u. Pflegeanst., Herzberge b. Berlin.*) Ärztl. Sachverst.ztg 34, 273 bis 278 (1928).

49jähriger Mann wurde von einem Auto umgestoßen. Gehirnerschütterung. Nach 4monatiger Beschwerdefreiheit Kopfschmerzen, Gedankenlosigkeit, Sprachbeschwerden. 30 % Rente. Später Entziehung der Rente. Diagnose: Neurasthenie, Arteriosklerose. Patient tat wieder als Straßenbahner Dienst. Plötzlich Ohnmacht; Überführung ins Krankenhaus Friedrichshain. Herzbeschwerden, Atemnot. Verdacht auf Paralyse. Überweisung nach Herzberge. Hier wird zunächst diagnostiziert: Renten neurose, Übertreibung. Es trat aber dann eine Schwäche der rechten Hand und des rechten Beines auf; ferner Weinen, Stumpfsinn, rechts-

seitige Facialispapare, Benommenheit, lallende Sprache. Liquoruntersuchung ergab einen entzündlichen Prozeß. 2 Tage nach der Lumbalpunktion setzte Wohlbefinden ein. **Jetzige Diagnose:** Meningitis serosa nach Hirnerschütterung + hysterische Überlagerung. „Der Fall lehrt, daß man doch mit der Diagnose „Rentenneurose“ vorsichtig sein muß, daß doch gelegentlich den subjektiven Beschwerden der Traumatiker organische Störungen zugrunde liegen.“

Kurt Mendel (Berlin).

Serog, Max: Unfallneurose und Rentenbegehrungsvorstellungen. Med. Klinik Jg. 24, Nr. 24, S. 929—931. 1928.

Es ist zwar sicher, daß bei der traumatischen Neurose Rentenbegehrungsvorstellungen oft eine erhebliche Rolle spielen können. Es erscheint dagegen nicht berechtigt, grundsätzlich alle psychogenen Störungen, die sich überhaupt nach Unfällen finden, als einzig und allein durch Rentenbegehrungsvorstellungen bedingt anzunehmen und eine andere Entstehungsmöglichkeit nicht mehr anzuerkennen. Der strukturelle Aufbau der Unfallneurosen muß berücksichtigt werden; der Unfall aktualisiert oft nur die Konfliktsneurose. Reine Schreckneurosen sind nicht allzu häufig, sie scheinen prognostisch am günstigsten zu sein. Länger dauernd und schwerer beeinflußbar sind nervöse Störungen nach Unfällen, bei deren Entstehung Angstaffekte eine Rolle gespielt haben. Häufig entsteht durch den Unfall die Angst, nicht mehr arbeiten zu können, und erst dadurch das Bestreben nach materieller Sicherung. Es wäre richtiger, Neurotiker nicht durch Entziehung der Rente zur Arbeit zu zwingen, sondern durch Führung zur Arbeit die Rentenentziehung zu ermöglichen. Hier ist Aufklärung der Beschädigten und deren Arbeitgeber nötig. (Ref. hat für diese Art der „Behandlung“ bei einigen Berufsgenossenschaften schon viel Verständnis gefunden.)

Kroiss (Würzburg).

Pearson, Gerald H. J.: The psychogenic factors in the sequelae of cerebral trauma. Report of two cases. (Der psychogene Faktor bei den Folgen von Kopftraumen.) (*Graduate school of med., univ. of Pennsylvania a. All Philadelphia child guidance clin., Philadelphia.*) Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 67, Nr. 5, S. 449—456. 1928.

2 Fälle von Schädeltraumen bei Kindern werden mitgeteilt, um zu zeigen, wie wesentlich ein sorgfältiges Studium auch der Vorgeschichte der Patienten vom psychiatrischen Standpunkt aus ist, bevor man die Ansicht vertritt, daß die Verletzungsfolgen auf organischer Basis beruhen. Fall 1: Ein 9½-jähriger Junge ist in der Schule wie im Hause unerziehbar (er stiehlt, lügt, raucht, läuft nachts fort), ist reizbar, ermüdet leicht und klagt dauernd über Kopfschmerzen. Vor 2½ Jahren leichtes Kopftrauma, seitdem Eintritt der Charakterveränderung und der Klagen. Verf. sucht zu zeigen, daß das Problem in diesem Kinde in seiner Stellung in der Familie begründet liegt: Eifersucht gegenüber seinem Vater und seinem jüngeren Bruder wegen der Liebe der Mutter, die in früheren Jahren wegen Trunksucht des Vaters und vor Geburt des Bruders ihm in besonderem Maße zugefallen war. Während seiner eigenen Erkrankung, nach dem Unfall, hatte sich die Sorgfalt der Mutter wieder mehr ihm selbst zugewandt; es erfolgte Erinnerung an die früheren für ihn besseren Zeiten, Bewußtwerden seines jetzigen Entbehrens und damit Ausbruch der Krankheit. (Die Erklärung, die der auf psychoanalytischem Boden stehende Verf. gibt, ist sehr wohl denkbar, doch sind die einzelnen mitgeteilten Deutungen nur Vermutungen, nicht Beweise. Ref.) — Fall 2: Ein 11-jähriger Junge macht ähnliche Erziehungsschwierigkeiten wie die in Fall 1 geschilderten. Der Junge erleidet eine Kopfverletzung mit Bewußtlosigkeit, kommt ins Krankenhaus. Nach der Rückkehr zu Hause verändertes, völlig gutes Betragen; einige Wochen später, bei Rückkehr in die Schule, dort wieder interesselos, unruhig, leicht ermüdet, Kopfschmerzen. Als Ursache des verschiedenen Verhaltens ergab sich, daß man ihn vom Unfall ab zu Hause besonders sorgfältig und rücksichtsvoll behandelt hatte, während die Lehrer ihm weiter feindlich gegenüberstanden. Aus diesem Grunde fügte er zu dem schon vorher vorhandenen schlechten Betragen noch Krankheits Symptome, wie Kopfschmerzen, Müdigkeit usw., hinzu. *Erna Ball.*

Duerdoth: Ursächlicher Zusammenhang zwischen Paralysis agitans und Fleckfieber. Ärztl. Sachverständ.-Zeit. Jg. 34, Nr. 2, S. 23. 1928.

19-jährige Krankenschwester. 1917 Fleckfieber. Dann ganz allmählich zunehmende Schwäche und Zittern im linken Bein. Diagnose: psychogene Reaktion. Fortschreiten der Krankheitserscheinungen. 1927 klassisches Bild ausgesprochener Paralysis agitans. 100% erwerbsunfähig. Ursächlicher Zusammenhang zwischen der Paralysis agitans und der Fleckfiebererkrankung im Jahre 1917 wird bejaht.

Kurt Mendel (Berlin).

Leppmann, Friedrich: Funikuläre Myelitis und Dienstbeschädigung. Nervenarzt Jg. 1, H. 7, S. 422—426. 1928.

Patient befand sich während der ganzen Dauer des Krieges an der Front, in dem letzten

Kriegshalbjahr litt er an eitrigen Erkrankungen, zeigte ein merkliches Nachlassen der Kräfte, versagte bei Märschen, erschien bei seiner Rückkehr aus dem Felde blaß und matt, litt in der Folge viel an Durchfällen, Anämie und Kachexie nahm zu, spinale Symptome traten auf, völliger Säuremangel des Magens wurde festgestellt. Patient starb 1924. Die Diagnose wurde auf multiple Sklerose gestellt, die Sektion ergab funikuläre Myelose. Ein Pathologe gab sein Gutachten dahin ab, daß es bei der Beurteilung des Falles wenig darauf ankomme, ob man eine multiple Sklerose oder eine kombinierte Strangerkrankung annehme. Verf. führt in seinem Gutachten aus, daß bei der Entstehung der Krankheit Einflüsse des Kriegsdienstes: Ernährungsmangel, Überanstrengung, Infektion wesentlich beigetragen haben. Die genaue diagnostische Unterscheidung zwischen multipler Sklerose und funikulärer Myelose sei im vorliegenden Falle für die Beurteilung von ausschlaggebender Bedeutung. *Henneberg* (Berlin).

Rostock, Paul: Die Unfallbegutachtung der Gelenkhondromatose. (*Chir. Abt., Krankenh. Bergmannsheil, Bochum.*) Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. 26, H. 3, S. 593—607. 1928.

Das Krankheitsbild der Gelenkhondromatose ist noch zu wenig bekannt: dadurch war es bedingt, daß in dem einen vom Verf. mitgeteilten Falle trotz sehr charakteristischer Röntgenbilder hintereinander von dem Unfallbegutachter Rheumatismus, Verdacht auf malignen Tumor, Tuberkulose, Perthesche Krankheit mit Myositis ossificans, traumatisches Osteom und schließlich echtes Knochensarkom diagnostiziert wurde. Die Erkennung der fortgeschrittenen Fälle mit massenhaften Knorpeltumoren, die die Kapsel weit ausdehnen und durchbrechen können und infolge ihrer teilweisen Verkalkung und Ossifikationen sehr charakteristische Bilder machen, die mit den durch den Knorpelgehalt bedingten Aufhellungen auch cariöse Herde vortäuschen können, wie im oben erwähnten Falle, ist einfach, die der Anfangsfälle weder klinisch, noch röntgenologisch möglich, da die Chondrome sich nicht von gewöhnlichen Gelenkmäusen unterscheiden lassen. Nur die an sich zur Entfernung der Körper indizierte Arthrotomie kann durch Feststellung des Festhaftens der Körper an der Kapsel die Diagnose Chondromatose sichern. Da es sich nach der Lexerschen Theorie um im Embryonalleben in die Kapsel versprengte Knorpelkeime handelt, die zu wuchern anfangen, ist die traumatische Genese haltlos; das Trauma kann auch nicht zur Verschlimmerung führen, weil man sich die Auslösung jener Wucherung nicht durch ein einmaliges Trauma entstanden denken kann. Befallen werden vor allem Männer zwischen dem 20. und 40 Jahre und meist nur ein Gelenk, am häufigsten das Knie, dann das Ellenbogengelenk, die Hüfte und die übrigen Gelenke. *Sievers* (Leipzig).

Steinmann, Fr.: Zur Unterscheidung des traumatischen und pathologischen Risses der langen Bicepssehne. (*Unfallmed. Inst., Engeriedspit., Univ. Bern.*) Mschr. ung. Mediziner 2, 262—266 (1928).

Während früher alle Risse des Biceps und seiner Sehnen als Unfallsfolgen angesehen wurden, wurde infolge der Lederhoseschen Feststellungen, nach der durch einen chronisch arthritischen Prozeß ein allmähliches Durchscheuern der Sehne eintrete, der Unfallcharakter der Affektion bezweifelt, was schließlich *Liniger* zu der Anschauung brachte, daß die Erkrankung als Gewerbekrankheit anzusehen und kaum zu entschädigen sei. Verf. ist aber nach 2 Operationsbeobachtungen zu der Ansicht gekommen, daß solche Zustände als Unfallsfolgen anzusehen seien auf Grund eines Merkmals, das als Kriterium gelten kann. Das durch Operation gefundene Phänomen der unfallmäßigen Zerreißen der langen Bicepssehne mit Aufrollung in Fasciengewebe am Muskelbruch läßt den Schluß einer plötzlichen Zerreißen der Sehne in ihrer höchsten Spannung und Herunterschnellen in ihrem Gleitkanal zu, womit das Kriterium einer Unfallsfolge gegeben ist. Zur Aufklärung des Zustandes ist allerdings die Operation nötig, die nebenbei vollste Arbeitsfähigkeit wieder herstellt.

Scheuer (Berlin).

Waegner, K.: Die „Lumbago traumatica“ als Fehldiagnose. (*Engeriedspit., Bern.*) Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 58, Nr. 25, S. 631—635. 1928.

Die Lumbagofrage ist noch völlig ungelöst, insbesondere ist uns das pathologische Substrat der Lumbago noch völlig unbekannt. Um so schwieriger ist es, zur traumati-

schen Lumbago Stellung zu nehmen. Als ihre häufigste Unterlage wird die Muskelzerrung angesehen. Zu fordern ist jedenfalls ein plötzlich eingetretenes Ereignis, welches gewöhnlich in einer anormalen, d. h. unfreiwilligen Rumpfbewegung mit nachfolgender erhöhter Belastung der Wirbelsäule besteht. Dabei wird dann der gesamte Bewegungsapparat überbeansprucht, wobei die Muskulatur erfahrungsgemäß widerstandsfähiger als die Bänder und diese viel widerstandsfähiger als die Wirbel selbst sind. Man kann zwei Arten von Fällen unterscheiden: 1. Durch gewaltsame Beugung und 2. durch gewaltsame Überstreckung, Rotation oder Seitenbewegung entstandene. Bei den Fällen sub 1 handelt es sich meist um Kompressionsfrakturen mit besonderer Berücksichtigung des XII. Brust- und I. Lendenwirbels; in leichteren Fällen nur um Kompression der Wirbel, die zu ausstrahlenden Intercostalschmerzen führen, die dann als Intercostalneuralgie, Rheumatismus oder gar als Magenschmerz diagnostiziert werden; bei längerer Dauer wird häufig Simulation angenommen, das um so mehr, als die Beschwerden erst Tage und Wochen nach dem oft vergessenen Trauma auftreten. Die Röntgenaufnahme, besonders die seitliche, zeigt streng lokalisierte Veränderungen der erwähnten Wirbel. Bei den Fällen sub 2 werden besonders die Wirbelgelenke, die Gelenkfortsätze und die Wirbelbögen betroffen, und zwar die beiden untersten, insbesondere der V. Lendenwirbel. Bei den 7, vom Verf. beobachteten Fällen, war in keinem eine richtige Diagnose gestellt worden, sondern eine der obenerwähnten Verlegenheitsdiagnosen. Die Verletzungen des V. Lendenwirbels sind viel häufiger als in praxi angenommen wird. Als Folge einer nicht erkannten Fraktur kann sich nachträglich eine Spondylolisthese entwickeln, ebenso eine Spondylolyse als sekundäre Pseudarthrose einer nicht geheilten Fraktur der Gelenkfortsätze. Auch die Sakralisation und die Spina bifida occulta kommen als disponierende Anomalien für Frakturen in Betracht. Man soll also in jedem Fall von Lumbago, Intercostalneuralgie oder dergleichen stets an ein Trauma denken, auch wenn der Patient nichts davon angibt; Röntgenaufnahmen sind in jedem Fall erforderlich. Der pathognostische Symptomenkomplex der Wirbelverletzung besteht in abnormer Körperhaltung, Steifheit der Wirbelsäule, zögerndem Gang, Hypertonie der langen Rückenmuskeln und der Gesäßmuskeln mit ausstrahlenden Schmerzen in den Beinen, ausgesprochenes Lasèguesches Symptom. Die traumatische Lumbago ist nicht als ein harmloses Leiden anzusehen, das nach 8—14 Tagen abklingen muß. Es ist ganz falsch, daß Wiederaufnahme der Arbeit die beste Behandlung der Lumbago sei. Manchmal mag das zutreffen, aber es ist stets mit der Möglichkeit einer Fehldiagnose in obigem Sinne zu rechnen.

W. Alexander (Berlin).^o

Klieneberger, Carl: Kranzgefäßsklerose und Unfall durch Sturz aus 2 m Höhe, Tod nach 11 Monaten (mit autoptischem Befund, Prof. Geipel). (Stadtkranken., Zittau.) Med. Klin. 1928 II, 1557—1558.

Nach einem Sturz aus 2 m Höhe beim Zurückgehen in die geöffnete Versenkungsvorrichtung im November 1926, der Schmerzen in der Gegend der fälschlich als gebrochen angenommenen rechten 5. Rippe hinterlassen hatte, trat 3 $\frac{1}{2}$ Monate nach dem Unfall der erste Anfall von Herzasthma auf, 11 Monate später kam es zum Tode an Kranzgefäßsklerose mit chronischem Herzaneurysma, wie durch die gerichtliche Obduktion festgestellt wurde. Verf. erklärte in seinem Gutachten, bei dem Grundleiden sei es ganz unwahrscheinlich, daß vorzeitige Arbeitsaufnahme den bei der Obduktion festgestellten Kranzarterienverschluß herbeigeführt habe. Mit größter Wahrscheinlichkeit sei bereits vor dem Unfall die zum Tode führende Erkrankung vorhanden gewesen. Der Unfall sei ohne wesentliche Bedeutung gewesen, da er nur eine oberflächliche Rißwunde am Kopf, aber keinen Rippenbruch, wie angenommen, zur Folge gehabt hatte. Der Verlauf der Kranzgefäßarterienverkalkung war ein gewöhnlicher. Der Unfall und die Art des Unfalls waren nicht geeignet, zu dem tödlichen Ablauf der Grundkrankheit beizutragen oder den Tod herbeizuführen.

Ziemke (Kiel).

Fraser, A. J.: Industrial trauma as a factor in disease of the lower genito-urinary tract. (Industrielles Trauma als ein Faktor bei Erkrankung des Urogenitaltraktes.) Internat. clin. Bd. 2, Ser. 38, S. 70—83. 1928.

In Betracht gezogen werden in dieser Arbeit nur die indirekten, durch schwere körperliche Arbeit bedingten Traumen; die direkten Schäden, wie Wunden, Abschür-

fungen, Kontusionen usw., fallen in das Gebiet der allgemeinen Chirurgie. Dabei wird lediglich das werktätige Alter berücksichtigt. Es ist vor allem wichtig, zu entscheiden, ob bei den Beschädigten vor der Einwirkung des Traumas irgendeine Erkrankung des Urogenitalapparates bestanden hat oder nicht. Zweifellos können indirekte Traumen (Heben schwerer Lasten, starkes Pressen, Laufen usw.) auch bei anscheinend Gesunden im Bereiche des unteren Urogenitaltraktes krankhafte Veränderungen hervorrufen, die eine kürzere oder längere Arbeitsunfähigkeit bedingen. Viel häufiger aber, als gewöhnlich angenommen wird, ist ein latenter Infektionsherd im Bereiche des unteren Urogenitaltraktes die Ursache, daß auch nach einem nur indirekten Trauma plötzlich wieder Krankheitserscheinungen in diesem Gebiete auftreten, die meist unter dem Bilde der Funiculitis, Epididymo-Orchitis, Hydrocele oder Hämatocele verlaufen. Es ist daher eine sorgfältige Untersuchung des Urogenitaltraktes ungemein wichtig. Auch bei den Fällen mit latentem Infektionsherde pflegt, wenn die krankhaften Erscheinungen im unmittelbaren Anschluß an das Trauma zur Ausbildung kamen, die Bewertung der Arbeitsunfähigkeit im gleichen Sinne zu erfolgen, als ob das Trauma die alleinige Ursache der Arbeitsunfähigkeit des Beschädigten gewesen wäre. Zur Erläuterung des Besprochenen dienen mehrere der Arbeit beigelegte Krankengeschichten.

Thiel (Marienbad).

Mibelli, A.: Del danno indotto dal contagio sifilitico e dei criteri per valutarlo ai fini del risarcimento. (Über den durch eine syphilitische Infektion erzeugten Schaden und über die Kriterien, die bei der Abschätzung des Schadenersatzes zu beachten sind.) (3. Congr. d. Assoc. Ital. di Med. Leg., Firenze, 30. V.—1. VI. 1927.) Arch. di antropol. crim., psychiatr. e med. leg. Bd. 48, H. 1, S. 107—117. 1928.

Bei der Bewertung des ersetzbaren Schadens, der einem Individuum durch eine syphilitische Infektion zugefügt wird, muß man folgende Momente in Betracht ziehen: 1. die Folgen, die die Infektion für den Gesundheitszustand des Individuums hat; 2. die sozialen Folgen, die das Bekanntwerden der Ansteckung herbeizuführen vermag; 3. die Folgen, welche sich erst bei der Deszendenz des Infizierten zeigen können. Es ist eben nicht nur der bereits eingetretene, sondern auch ein mit Wahrscheinlichkeit zu gewärtigender Schaden, den eine Ansteckung mit Syphilis hervorrufen kann, bei der Feststellung der Höhe des Schadenersatzes in Rechnung zu stellen.

Neureiter (Riga).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

Mönkemöller: Zur Psychologie des Eisenbahnattentates. Arch. Kriminol. 83, 21—65 (1928).

Ganz allgemein hebt Verf. hervor, daß Bahnfrevel vorwiegend von paranoiden Geisteskranken oder von triebartig handelnden, der Tragweite ihrer Handlungen nicht bewußten Kranken, von ausgesprochen antisozialen Naturen, in erster Linie von Jugendlichen in der Pubertätszeit begangen werden.

Die beiden Täter des Eisenbahnverbrechens von Leiferde, des größten Verbrechens, das je in der Provinz Hannover ausgeführt wurde, waren jugendliche, an der Grenze des Strafmündigkeitsalters stehende Psychopathen. Beide hatten wiederholt miteinander und mit anderen darüber gesprochen, wie man am besten sich Geld verschaffen könne, und einigten sich schließlich in dem Plan, einen Eisenbahnzug zur Entgleisung zu bringen, um die Reisenden oder den Postwagen zu berauben. Sie stahlen einen Hemmschuh, bauten auf dem Eisenbahnschienengelände eine Barrikade mit dem Hemmschuh, Brettern und Balken auf, die der kommende Zug wegfegte. Auch ein zweiter Versuch mit Auflockerung der Schienen durch Schraubenlösung mißlang. Der dritte Versuch, bei dem sie die gelösten Schienen nach innen wuchteten, führte zum Umstürzen der Lokomotive, zur Entgleisung und zum Zusammenstoß der Wagen. 21 Tote, schwere Verletzungen, ein ungeheurer Sachschaden war die Folge. Die Täter flohen, ohne ihre Untat auszunutzen, und wurden bald danach verhaftet. Ihre Untersuchung erwies beide als haltlose Psychopathen, die vorsätzlich und überlegt, zielbewußt und programmäßig ihren gemeinsam gefaßten Plan ausführten, so daß die Voraussetzungen des § 51 StrGB. bei ihnen nicht vorlagen. Das Schwurgericht beschloß ihre Verurteilung zum Tode, die Revisionsverhandlung bestätigte das Urteil, es folgte später die Begnadigung.