

dessen Linsen aus Uviolglas hergestellt sind, so daß das ultraviolette Licht fast ungehindert an das Objekt heran kann. Als Filter werden ein Flüssigkeitsfilter aus einer Cuvette mit CuSO_4 -Lösung und ein UV.-Schwarzglasfilter verwandt. — Verf. geht dann noch kurz auf die Spektralmethode nach Königsdörffer ein und erwähnt die Arbeiten von H. Fischer und Borst. Er empfiehlt die spektroskopische und spektrographische Analyse der Fluoreszenzfarben und erwähnt auch kurz, daß es erwünscht sei, mit einem Mikrophotometer — welches erst geschaffen werden müßte — Messungen an den Fluoreszenzfarben vornehmen zu können, um die Farben näher zu charakterisieren. Gegen Schluß der Arbeit wird vom Verf. über seine eigenen Untersuchungen über die Färbung von menschlichen und tierischen Fetten mit Fluoreszenzfarbstoffen berichtet. Es sind hierfür geeignet von monotrophen Farben, die bloß das Fett tingieren, Naphtholgelb, β -Naphthol-Tolidin geben eine schöne elektiv purpurrote Färbung; von den Azoverbindungen hat sich das Rosanilin-Azo- β -Naphthol mit deutlich ziegelrot als gut ebenso das Chinolin erwiesen. Rhodamin und die Farben der Acridinreihe waren negativ, gaben aber eine schöne Färbung des umliegenden Gewebes. Chlorophyll ist ebenfalls gut geeignet und gibt sehr schöne Resultate in der Mischung von 70proz. Alkohol mit Aceton nach Eisenberg, ohne daß das Lösungsmittel des Farbstoffes die sudanophilen Tröpfchen selbst löst, und ohne das übrige Gewebe, welches farblos bleibt, in seiner Fluoreszenz zu alterieren. Nilblausulfat soll ebenfalls eine brauchbare Farbe für Fluoreszenzlicht sein. Es erscheinen im ultravioletten Licht nur die rote Farbe der isotropen Fettelemente, während alle anderen fettartigen Substanzen und das Gewebe (normal blau) nicht aufleuchten. Als Beizen für die Färbung zur Mikrofluoroskopie haben sich α - und β -Naphthol am besten in alkalischer Lösung, Phenol 3proz., konzentrierte Salpetersäure und salpetrige Säure bewährt. — Zur Darstellung primär fluoreszierender Sekretkörner hat Verf. das Hämalaun nach P. Mayer mit gutem Erfolg angewandt. Obwohl die Mikrofluoroskopie schon recht gute Fortschritte gemacht hat, so ist besonders noch die Präparationstechnik weiter auszubilden.

Guido G. Reinert (Jena).^o

Pancotto, Ettore: Su di un metodo per conservare i pezzi anatomici a scopo didattico. (Eine Methode der Konservierung anatomischer Präparate zu Lehrzwecken.) (*Istit. di Anat. e Biol. Pat. „C. Golgi“, Sped. Civ., Brescia.*) Diagnostica e Tecnica Labor. 4, 493—501 (1933).

Verf. empfiehlt das von ihm erprobte, sehr raum- und kostensparende Verfahren zur Anfertigung von anatomischen Sammlungspräparaten, das auch anderwärts im Gebrauch ist. Das Objekt gelangt in einem geräumigen, mit Kaiserling II + $\frac{1}{5}$ I gefüllten Behälter auf eine quadratische Glasplatte als Boden und wird unter Vermeidung von Luftblasen mit einem runden konvexen Glas von 18—20 cm Durchmesser so bedeckt, daß die plane Scheibe überall reichlich überragt. Die Ränder möglichst beider Glasteile sollen geschliffen sein. Beide Gläser werden mit den Händen zusammengehalten, vorsichtig waagrecht herausgehoben, auf eine Platte gelegt und sofort mit einem Gewicht beschwert (volle Literflasche mit stark hohlem Boden). Der Rand des Konvexglases wird mehrfach mit einem rasch trocknenden Kitt bestrichen. Nach 4 tägiger Beschwerung ist das Präparat fertig. Der Kitt wurde gegen mehrtägige Wärme von 37° beständig gefunden. Rezept für den Kitt: A. Dauerlösung von Kautschuk in Benzol (oder teureres käufliches „Para“ zum Flickern von Luftreifen). B. (frisch auf Wasserbad zu bereiten): 20 g Asphalt, 10 g gepulverter Schusterleim, 20 g Ton (Terra di Vicenza), 5 g Kolophonium, 5 g Kopalöl, Chloroform bis zur Lösung aller Bestandteile (außer dem Ton). Zum fertigen Brei gibt man etwa 1 Eßlöffel von A. Nach guter Mischung ist der schwarze Kitt gebrauchsfähig. Die angegebene Menge B reicht für etwa 8 gewöhnliche Präparate,

Fraenckel (Berlin).

Versicherungsrechtliche Medizin.

Minkowski, M.: Über organische und funktionelle Störungen in der Neurologie mit besonderer Berücksichtigung unfallmedizinischer Probleme. (*Poliklin. f. Nerven- kranke u. Hirnanat. Inst., Univ. Zürich.*) Schweiz. med. Wschr. 1933 II, 753—757 u. 801—806.

Minkowski stellt sich in diesem vor der Schweiz. Gesellsch. für Unfallmedizin und Berufskrankheiten gehaltenen Übersichtsreferat die Aufgabe, die im Titel umschriebenen Probleme aufzuzeigen und zum Nachdenken darüber anzuregen. Von den eigentlichen organischen, d. i. auf anatomisch nachweisbaren Veränderungen beruhenden Störungen unterscheidet Verf. organo-funktionelle Erscheinungen. Er versteht darunter wechselnde und im Prinzip rückbildungsfähige Störungen, die einerseits einen stabilen organischen Kern zum Ausgangspunkt haben und von ihm in ihrer Eigenart abhängen, andererseits durch ein funktionell-dynamisches bzw. physiopathologisches Geschehen im erhaltenen Organsubstrat außerhalb der Läsion weitgehend

mitbestimmt werden (Beispiel: Verlust der gekreuzten Sehnenreflexe bei frischen Hemiplegien), ferner auch sekundäre Störungen an einem bestimmten nervösen Organsubstrat ohne pathologisch-anatomische Veränderungen, die durch eine primäre Störungsursache außerhalb des nervösen Parenchyms, etwa in einem endokrinen Organ, hervorgerufen werden (Beispiel: Basedowsche Krankheit). M. verweist dabei auf die (auch aus den Erfahrungen an Kriegshirnverletzten bekannten — Ref.) temporären Wiederverschlimmerungen organischer Störungen im Restitutions- oder Residuärstadium bei interkurrenten Krankheiten und teilt mit, daß er derartiges auch im Tierversuch beobachten konnte. Wo psychische Momente das jeweilige Bild einer organischen Krankheit beeinflussen, spricht M. von psycho-funktionellen Störungskomponenten. Als Ursache der Vermischung organischer und hysterischer Störungen bei der multiplen Sklerose vermutet Verf. eine Einwirkung der Krankheit auf subcorticale, zum affektiven Leben in Beziehung stehende Massen. Die neurasthenisch-hysterischen Initialstadien mancher Gehirnerkrankheiten weisen darauf hin, daß das Gehirn auf verschiedene (auch traumatische) Ursachen in ähnlicher Weise reagiert, weil ihm nur verhältnismäßig wenige und wenig spezifische Reaktionen zur Verfügung stehen. Unter Hinweis auf die bekannte Ähnlichkeit mancher hysterischer Erscheinungen mit extrapyramidalen Störungen spricht Verf. mit L. van Bogaert die Hysterie insofern als organisch an, als sie zwar nicht auf einer dauernden und sichtbaren cerebralen Läsion, aber auf reflektorischen nervösen Erscheinungen beruhe, die wie jeder andere Reflex für ihre periphere Repräsentation einen bestimmten cerebralen Dynamismus benutzen. Auch die sog. physiopathischen Störungen bei lokalen peripheren Verletzungen (Kontrakturen, Cyanose, Ödem usw.) haben nach M. ein reflektorisches Element, daneben aber auch psychische Einflüsse zur Ursache, wofür ihr häufiges Vorkommen in der Unfallneurologie spricht (sie sind nach den Erfahrungen des Ref. erheblich seltener, als meist angenommen wird, wenn man die artifiziell hervorgerufenen Erscheinungen, deren Nachweis allerdings nicht nur Erfahrung, sondern auch viel Geduld und evtl. sorgfältige klinische Beobachtung erfordern kann, in Abzug bringt). Nach kurzem Überblick über die Wandlungen des Hysteriebegriffes von Hippokrates bis Freud und Erörterung der v. Monakowschen Neurosenlehre folgen Ausführungen über Membranproblem und Zentralnervensystem (Zangger) mit dem Geständnis, daß wir bis jetzt darüber noch wenig Positives wissen. Verf. kommt mit W. R. Hess zur Postulierung eines psychisch-endokrin-vegetativ-humoral-somatisch-nervösen Funktionskreises, in dessen ausgedehntem Bereich die Wege vorgezeichnet sind, auf denen Insultierungen des Instinktlebens zu neurotischen Erscheinungen führen. Weitgehende Übereinstimmung dieser Gedankengänge mit der neueren psychoanalytischen Lehre wird festgestellt und ihre Nutzanwendung für die Betrachtung unfallneurologischer Probleme am Beispiel der *Commotio cerebri* erörtert. Wenn Verf. für das Zustandekommen des klinischen Bildes einer *Commotio* außer organischen und organo-funktionellen Anteilen vielfach auch noch akute psychische, namentlich schreckneurotische Komponenten verantwortlich machen will, wird er damit nicht ungeteilte Zustimmung finden, da doch dem Zustandekommen einer echten schreckneurotischen Reaktion bei Gehirnerschütterung die rasch einsetzende Bewußtlosigkeit in der Regel den Boden entzieht. Die später in den meisten Fällen hinzukommenden psychogenen Störungskomponenten, die sich an Befürchtungen um die Zukunft, die Frage der Entschädigung usw. anknüpfen, entwickeln sich trotz ihres psychogen-neurotischen Gepräges in enger Verbindung mit dem Trauma und seinen direkten Folgen und Auswirkungen, haben mit diesem vielfach gemeinsame physiopathologische Angriffspunkte, z. B. in den zentralen vegetativen und humoralen Apparaten des Gehirns, und bewegen sich im allgemeinen auf gemeinsamem symptomatologischen Gebiet. Deshalb (? Ref.) können sie auch kausal vom Trauma vielfach kaum losgelöst werden. Verf. denkt dabei an einen ähnlichen Mechanismus wie bei der Bildung von bedingten Reflexen: die sog. psychogenen Überlagerungen bedingen Kopfschmerzen

usw. auch dann noch, wenn ihre unbedingten Voraussetzungen, z. B. intrakranielle Druckerhöhung oder Hirnschwellung, nicht mehr bestehen. Der psychisch wirksame Reizkomplex kann durch Einbüßung wesentlicher inhaltlicher Momente unschädlich gemacht werden, was in der unfallneurotischen Situation durch Kapitalabfindung, aber auch durch psychotherapeutische Einwirkung erreicht werden kann. Mit Recht betont Verf. die Notwendigkeit, die Diagnose funktioneller bzw. hysterischer Störungen nicht negativ aus dem Fehlen organischer Zeichen, sondern positiv auf Grund bestimmter charakteristischer Merkmale zu stellen. Ein mechanisch und psychisch zugleich wirkendes Trauma, das die Erwerbsfähigkeit schlagartig unterbricht und für die Zukunft in Frage stellt, die sozial-biologische Lebensatmosphäre der meisten staatlich Versicherten hart am Existenzminimum, eine krisenhafte Zeit wie die unsrige mit einer allgemein und individuell unsicheren Zukunftsperspektive sind zur Aktivierung latenter Triebkonflikte und ihrer Fixierung in neurotischen Symptomen geeignete Momente. M. betont die Unklarheit und Vieldeutigkeit des heutigen Begriffes der traumatischen Neurose und seine dringende Revisionsbedürftigkeit. Speziell in bezug auf das Kopftrauma muß nach Möglichkeit versucht werden, im Prinzip die organischen Folgezustände gegenüber den psychogenen bzw. psychoneurotischen abzugrenzen, wenn diese Abgrenzung auch oft besonders schwierig ist. Die Frage der traumatischen Kausalität wird von M. unter Forderung möglichst individualisierender Beurteilung für die Neurose im allgemeinen dann bejaht, wenn sie sich aus einem ursprünglich organischen Zustand oder auch in kontinuierlicher Weise aus einer Schreckneurose entwickelt hat. Berufung auf eine vom Trauma unabhängige psychopathische Konstitution ist nur bei Nachweis derselben aus dem prätraumatischen Verhalten des Patienten statthaft. Mißverhältnis zwischen Natur und Schwere des Traumas einerseits und Schwere und Dauer des posttraumatischen Zustandes andererseits kann entweder auf Entwicklung eines organischen Leidens, z. B. Arteriosklerose, oder auf schwerer Neurose im Anschluß an das Trauma beruhen. Bei peripheren nervösen Traumen, wo eine Schädigung zentral-nervöser Strukturen nicht vorliegt, ist einmal zu prüfen, ob es sich um physiopathische, von der Läsion in reflexähnlicher Weise, wenn auch unter Mitwirkung psychischer Faktoren unterhaltene Störungen handelt. Bei ausgesprochen neurotischen Komplikationen kommt es sodann darauf an festzustellen, ob dieselben nach ihrem Charakter und ihrer Lokalisation in besonders engen Beziehungen zu den organischen Unfallfolgen stehen, oder ob nur eine lockere Verbindung vorliegt, bei der offenkundig mehr aus einer allgemein-neurotischen Konstitution als aus der vorhandenen speziellen traumatischen Läsion geschöpft wird.

Hans Baum (Königsberg i. Pr.).

Oehmen: Neurose, Unfall und Praktiker. Dtsch. med. Wschr. 1933 I, 930—932.

Der Verf. kritisiert die bekannte und hinreichend diskutierte Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 24. IX. 1926. Der Arzt könne, so meint er, dieser Entscheidung zunächst nur in therapeutischer Absicht folgen, d. h. die Rente versagen, um zu versuchen, dadurch den Neurotiker zur Gesundheit zu bringen. Gelänge das aber nicht, so sei es keinem Arzt zu verdenken, wenn er doch Rente gewähre. Solle wirklich die Rente für Unfallneurotiker fortfallen, so müsse das Gesetz die wissenschaftlichen Zweifel klar und deutlich beiseite schieben und durch eine nicht mißzuverstehende Formel den Arzt zwingen, jedem Unfallneurotiker die Rente zu verweigern, auch Invalidentrente und Pension. Die Arbeit erinnert zum großen Teil an die Gedankengänge Hoches.

Karl Pönitz (Halle a. S.).

Levison, Ph.: A case of psychosis after trauma capitis. (Ein Fall von Psychose nach Kopftrauma.) (*Dep. D, Frederiksberg Hosp., Copenhagen.*) (6. congr. of scandinav. neurol., Copenhagen, 24.—26. VIII. 1932.) Acta psychiatr. (Københ.) 8, 79—86 u. 91—96 (1933).

Lehrreicher Fall, der die Schwierigkeit der Prognose bei schwerem Schädeltrauma beleuchtet. 63jähriger ♂, durch Auto vom Rad geschleudert, Kopfwunden, 2 Tage bewusstlos, später Amnesie, Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen; keine Röntgenaufnahme. Nach fünf

Wochen entlassen, dann 8 Wochen später Arbeitsbeginn; wiederum 3½ Monate später Verschlechterung, etwas unbestimmte und wechselnde psychische Erscheinungen, konnte einfache Abrechnungen nicht erledigen. Krankenhausaufnahme, machte da den Eindruck der traumatischen Neurose. Röntgen ließ jetzt keine Fraktur des Schädels erkennen. Nach 4 Wochen Besserung und Entlassung. 4½ Monate nachher erneut und mit Zeichen einer Psychose aufgenommen, verwirrt, unruhig, halluzinierend; auf einfachste Fragen und Rechenaufgaben falsche oder keine Antworten. Später in die unruhige Abteilung verlegt, zeigte ausgesprochen katatone Züge, ließ sich füttern, wurde inkontinent, starb an eitriger Bronchitis etwa 1½ Jahr nach dem Unfall. Die Sektion ergab eine kleine alte Impressionsfraktur des Schädels, ferner Haematoma vetus subdur. d. c. compressione cerebri, Haematoma vetus subarachnoidale. Hoenig (Speyer).^o

Vercelli, G., e V. Ferrero: Sindrome confusionale acuta, manifestazione tardiva di un ematoma fronto-temporale destro post-traumatico. Intervento chirurgico su reperto ventricolografico; guarigione. (Syndrom akuter Verwirrtheit als Spätmanifestation eines posttraumatischen Hämatoms der rechten Stirnschläfenregion. Chirurgischer Eingriff auf Grundlage des ventrikulographischen Befundes; Heilung.) Boll. Soc. piemont. Chir. **3**, 701—716 (1933).

Bemerkenswert ist bei dem beschriebenen Fall zunächst die Geringfügigkeit des Traumas: Stockschlag über dem rechten Auge bei einem Streit, den der Geschlagene nach kurzer Betäubung wieder fortsetzen konnte. Zurückbleibende Kopfschmerzen verschwanden nach einigen Monaten. Erst nach 1½ Jahren trat infolge sehr langsamer Hämatombildung das neurologisch-psychiatrische Syndrom hervor. Die psychische Störung ließ zuerst an eine toxische Psychose denken; neben Torpor und Verwirrtheit fand man keines der bei präfrontalen Syndromen üblichen Symptome, keine affektive Störung (Euphorie), keine Gedächtnisschwäche außer der Amnesie für den Verwirrheitszustand selbst, keine moralische Perversion, keine räumliche Desorientiertheit. Die relativ spärlichen neurologischen Symptome bestanden in bilateraler Miosis und Anisokorie bei unverändertem Fundus, Inkontinenz für Stuhl und Urin, Ataxie in Form von Dysmetrie und Asynergie. Die Ataxie hatte den Charakter der präfrontalen; man nimmt ja an, daß im Stirnpol das Rindenzentrum für eine große fronto-ponto-cerebellare Bahn liegt. Außerdem waren die Greifreflexe und die Stützreaktion beeinträchtigt. Nach der ventrikulographisch gesicherten Diagnosestellung beseitigte die Operation sämtliche Symptome. Liguori-Hohenauer (Illenau).^o

Spaar, R.: Symptomatische Schizophrenie mit Simondscher Kachexie nach Schädelbruch mit schwerer Gehirnerschütterung und ihre Behandlung durch Prolan. (Landesheilst., Haina.) Psychiatr.-neur. Wschr. **1933**, 407—410.

Gegenstand der Untersuchung ist ein 17jähriger junger Mann. Die Familienanamnese ergibt, daß beide Eltern mit schizoider Anlage belastet sind. Nach einem schweren Schädeltrauma, das mit Fraktur und Commotio verbunden war, trat nach 7tägiger Bewußtlosigkeit vorübergehende Klarheit ein. 14 Tage später stellte sich ein katatoner Verwirrheitszustand mit allgemeinem Kräfteverfall und trophischen Störungen vom Typus der hypophysären Kachexie ein. Nach mehreren Monaten ging der Zustand langsam in Heilung über. In der letzten Periode der Erkrankung wurde Prolan gegeben. Verf. ist in der Beurteilung dieser Erfahrung sehr vorsichtig, insbesondere bestreitet er, daß es sich um eine echte Schizophrenie gehandelt habe. H. Kogerer (Wien).^o

Kluge, Andreas: Caissonpsychose oder Simulation? (Neuro-Psychiatr. Abt., St. Johannis-Spit., Budapest.) Mschr. Unfallheilk. **40**, 286—291 (1933).

Ein 36jähriger Mann arbeitet in Chaissons in Überdruck von 0—2,2 Atmosphären. Er klagte oft über Bein- und Kopfschmerzen und mußte einmal mit nicht ganz klarem Bewußtsein, über Kopfschmerzen schreiend, wieder eingeschleust werden. 8 Tage später, in 25 m Tiefe, plötzlich verwirrt, sang, schrie, klagte über Kopfschmerzen und wurde morgens liegend, kriechend und schreiend aufgefunden. Nicht eigentlich bewußtlos. Behauptet, nichts zu hören. Der Arzt stellte leichte Bewußtseinstäubung, Ohrensausen, Kopfschmerz, schnellen und kleinen Puls, Bewegungsschwierigkeit und Schwindel fest. Im Laufe des Rentenverfahrens entwickelt sich ein ausgesprochen pseudodementes Bild, das als Simulation aufgefaßt wird. Die psychischen Erscheinungen während der Arbeit und nach der Ausschleusung wurden als Unfallfolge aufgefaßt, nicht dagegen der spätere psychogene Zustand. (Die Schilderung läßt nicht erkennen, ob der psychotische Zustand im Beginn schon im Überdruck oder erst nach der Ausschleusung begann. Das letztere ist nach allen sonstigen Erfahrungen aber ganz überwiegend wahrscheinlich. Ref.) Panse (Berlin).^o

Glaser, Mark Albert, and Forrest N. Anderson: Psychoneuroses secondary to head injuries. (Psychoneuroses nach Kopfverletzungen.) Amer. J. Surg., N. s. **21**, 210 bis 213 (1933).

Die neurotischen Krankheitsbilder nach Kopfverletzungen werden unter prak-
18*

tischen Gesichtspunkten eingeteilt in 1. eine Form, die, noch im Beginn zweckmäßig behandelt, rasch ausheilt, 2. eine weitere, die, voll ausgebildet, doch bei Behandlung verschwindet, eine 3., die trotz entsprechender Therapie oder infolge von unzulänglicher Behandlung nicht heilt. Die Entstehung traumatischer Psychoneurosen wird begünstigt durch affektive Momente, die in Unstimmigkeiten mit dem behandelnden Arzt, in Rentenbegehrung oder in häuslichen Schwierigkeiten zu liegen pflegen. Unter Verschiebung der Verantwortung auf die körperliche Seite weicht der Kranke den sozialen Anforderungen unbewußt aus. Die von Verff. empfohlene Behandlung — hauptsächlich Vorbeugung — deckt sich mit den bekannten Richtlinien; Erfassung der Gesamtsituation des Kranken, aber möglichst Vermeidung körperlicher Behandlung. — Wiedergabe von 3 Fällen, wobei in dem des späteren Dauerneurotikers auffällt, daß er trotz schwererer Kopfverletzung nur 2 Tage im Hospital blieb und 1 Woche später schon leichte Arbeit aufnahm. *Hoening (Speyer)*.

Klieneberger, Carl: Frage der Unfallseinwirkung (Quetschung mit oberflächlicher Hautverletzung und Knochenhautverletzung) auf den Tod eines 66jährigen Holzarbeiters, Berücksichtigung der eventuellen Einwirkung auf Invalidität und fortschreitende Alterserscheinungen. Beziehungen zu Shock und „Nervenshock“. Gutachten. (Stadtkrankenh., Zittau.) Med. Klin. 1933 II, 1118—1119.

Verf. verneint die Frage, ob ein leichter Unfall ohne Hirnerschütterung und ohne schwere Shockwirkung bei einem 61-Jährigen eine vorzeitige Alterung herbeigeführt und somit den 5 Jahre später eingetretenen Tod veranlaßt oder beschleunigt haben könnte.

v. Steinau-Steinrück (Berlin).

Bingel, A.: Agranulocytose nach Hirntrauma. (Nervenabtl., Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) Med. Klin. 1933 II, 1076—1077.

59jähriger Mann, der 14 Tage vor seiner Aufnahme bei einem schweren Fall auf den Hinterkopf eine Hirnerschütterung erlitt, wobei er aus dem Munde blutete und kurze Zeit bewußtlos war. Seit dem Falle Kopfschmerzen. Am Tage des Falles Fieber, das 3 Tage anhielt. Dann leidliches Wohlbefinden. Nach 14 Tagen unter den Erscheinungen eines hochfieberhaften Krankheitsbildes mit starker Benommenheit und Verwirrtheit, rechtsseitigen Pyramidenzeichen ins Krankenhaus. Geschwollene Tonsillen und Kieferdrüsen. Stark erhöhte Senkung, xanthochromer Liquor mit 56/3 Zellen. Leukocyten 500, später 200. Trotz Bluttransfusion Exitus am 3. Beobachtungstage. Sektion: Nekrotisierende Angina. Verwachungen der Pia und Dura am linken Temporalpol, Blutungen im linken Temporalappen. Beginnende Lebercirrhose. Die Agranulocytose hatte, wie sich nachträglich feststellen ließ, bereits 2 Jahre latent bestanden. Verf. nimmt an, daß die Agranulocytose durch das schwere Hirntrauma auf dem Wege über die Mobilisierung eines wahrscheinlich mit der chronischen Arthritis in Zusammenhang stehenden latenten Infektes ausgelöst wurde, wofür vor allem die kurze Zeitspanne zwischen Trauma und Auftreten des agranulocytären Krankheitsbildes sprechen soll. Der Tod ist somit als Unfallfolge anzusehen. *Rosenhagen (Berlin)*.

Winternitz, Max: Myokardnekrose nach Status epilepticus. (I. Med. Klin., Dtsch. Univ. Prag.) Med. Klin. 1933 II, 1080—1081.

Bei einem 39jährigen Manne trat etwa 2 Monate nach einem Sturz auf den Schädel ein generalisierter Status epilepticus auf, nach dessen Abklingen sich ein Elektrokardiogramm erheben ließ, das Veränderungen aufwies, wie sie sonst beim Coronarverschluß mit Infarktbildung in der Vorderwand des linken Ventrikels gefunden werden. Da ein Anhalt für das Bestehen einer Coronarthrombose nach Alter und Verlauf des Falles nicht vorlag, da die gefundenen Veränderungen auch nicht denen entsprachen, wie sie sonst bei komatösen oder Intoxikationszuständen beobachtet zu werden pflegen, so könnte es sich nach Ansicht des Verf. um eine durch Gefäßkrampf hervorgerufene, ischämische Nekrose im Herzmuskel handeln, die z. B. in den gefäßbedingten umschriebenen Nekroscherden im Gehirn bei Epileptikern eine Analogie finden. Der Patient erholte sich von dem Status wieder vollkommen. *Rosenhagen (Berlin)*.

Marchand, L., et H. Courtois: Étude anatomo-clinique d'un cas d'épilepsie traumatique. (Anatomisch-klinische Betrachtung eines Falles von traumatischer Epilepsie.) (Soc. Méd.-Psychol., Paris, 9. II. 1933.) Ann. méd.-psychol. 91, I, 179—182 (1933).

Ein 26jähriges Mädchen, dessen Vater Alkoholiker war und dessen Bruder an Krämpfen litt, hatte im Alter von 6 Jahren durch einen Schlag auf den Kopf eine perforierende Wunde an der rechten Stirn davongetragen. Seitdem reizbar und jähzornig; lernte schwer. Mit 17 Jahren setzten epileptische Anfälle ein, die gelegentlich auch von längeren Verwirrtheits- und Angstzuständen gefolgt waren. Tod in fieberhafter Erkrankung. — Es fand sich unter

einem kleinen Loch im Stirnbein eine unbedeutende traumatische Cyste im Gehirn. Im übrigen war der Befund durch ausgesprochen diffuse Entzündungserscheinungen des Gehirns kompliziert. — Verf. hält die Epilepsie für traumatisch bedingt, obwohl die Anfälle erst 11 Jahre nach der Verletzung einsetzten und eine gleichsinnige Anlage bei dem Bruder bestand.

Hallervorden (Landsberg/Warthe).^o

Lönerblad, Lars: Über Dornfortsatzfraktur durch Muskelzug, insbesondere über sogenannten Schleuderbruch. (*Röntgenabt., Univ.-Krankenh., Uppsala.*) *Acta chir. scand.* (Stockh.) 73, 285—302 (1933).

Es handelt sich um eine Berufsverletzung der Grabenarbeiter. Die Verletzung entsteht beim Hinaufwerfen von nassem Lehm auf den Grabenrand oder in dem Moment, wenn die mit einem sich von der Schaufel nichtlösenden Lehmklumpen belastete Schaufel wieder nach unten geführt wird. Damit das Klebenbleiben verhindert wird, sind schon meistens Holzschaufeln eingeführt. Früher glaubte man, daß es sich bei dem plötzlichen sehr intensiven Schmerz häufig mit hörbarem Knacken um Muskelzerreißen handelt. Erst die Röntgenbilder zeigten, daß es sich nicht selten um typische Frakturen der Proc. spinosi, am häufigsten des 1. Brustwirbels, dann des 7. Hals- und 2. Brustwirbels handelt. Gleichzeitig frakturiert sind höchstens 3 Wirbel von C 6 bis Th. 6. Zwei oder übereinanderliegende Wirbel sind bei gleichzeitiger Fraktur gebrochen.

Franz (Berlin).^{oo}

Gerendasy, Julius: Traumatic peptic ulcer. (Traumatisches Ulcus pepticum.) *Amer. J. Surg.*, N. s. 21, 12—16 (1933).

Bericht über den Fall einer 44 jährigen Frau, die, bis dahin völlig gesund, in einem Omnibus mit dem Oberbauch gegen die Rücklehne des Vordersitzes geschleudert wurde. Am nächsten Tag unklare Magenbeschwerden und Teerstuhl, am übernächsten Tag Haematemesis. Beides wiederholte sich noch einige Male. 2 Wochen später im Röntgenbild Ulcusnische an der kleinen Kurvatur des Bulbus duodeni. Von da ab periodisches Auftreten charakteristischer Ulcusduodeni-Beschwerden, zum Teil auch mit Haematemesis und Melaena. Nach 1 Jahr war die Ulcusnische noch größer, der Bulbus noch stärker deformiert geworden. Der Fall scheint eindeutig und erfüllt alle Bedingungen, die zur Annahme eines traumatischen Ulcus notwendig sind.

H. Kalk (Berlin).^{oo}

Slováek, Ota: Beitrag zur Verletzung des Wurmfortsatzes und seiner traumatischen Entzündung. (*Chir. Abt., Landeskranken., Troppau, Č.S.R.*) *Dtsch. Z. Chir.* 241, 296—303 (1933).

Kasuistische Mitteilung eines Falles von seltener Ruptur eines gesunden, frei beweglichen, normal gelagerten Wurmfortsatzes mit nachfolgender Entzündung, hervorgerufen durch stumpfe äußere Gewalt. Verlauf: Beginnende Bauchfellentzündung. Histologischer Befund schließt frühere Entzündung des Wurmfortsatzes aus und zeigt außer schwerer Blutung in die Wand noch beginnende Entzündung. Mechanismus: Verschuß des Ileums und des Coecums bei gleichzeitigem Einpressen ihres Inhaltes in den Wurmfortsatz, dadurch Überspannung des inneren Druckes und Ruptur. 4 Stunden nach dem Unfälle Operation, Heilung.

Stegemann (Dortmund).^o

Charlin, Carlos: Simulation and ocular hysteria. (Simulierte und hysterische Augenleiden.) (*Ophth. Clin., Salvador Hosp., Univ., Santiago, Chile.*) *Amer. J. Ophthalm.*, III. s. 16, 683—686 (1933).

Verf. unterscheidet Simulanten und Hysteriker wie folgt: S. suchen zu täuschen und erblicken im Arzt ihren Feind, Hysteriker wähnen sich wirklich krank und möchten gesund werden. Unter den S. und unter den H. gibt es äußerlich auffällige, die ihre Krankheit durch irgendwelche Zeichen demonstrieren, und äußerlich unauffällige. Die S. der ersten Kategorie tragen z. B. eine schwarze Brille, die H. machen durch starres Blicken, Bewegungslosigkeit, Ausdruckslosigkeit, Rigidität einen fast parkinsonistischen Eindruck. Die S. der zweiten Kategorie sind frech, feindselig, entziehen sich der Untersuchung, während die H. durch die Unzusammengehörigkeit ihrer Beschwerden und das Fehlen von objektiven Unterlagen erkennbar sind. Zum Schluß stellt Verf. den Zwischentyp des hysterischen Simulanten auf, dem zwar das materielle Ziel deutlich vorschwebt, der aber an seine Blindheit glaubt. Das Referat dürfte dem Leser eine Kritik der Arbeit ermöglichen.

Meumann (Meseritz-Obrawalde).^o

O'Donovan, W. J.: *Artefact skin lesions.* (Künstlich hervorgerufene Hautverletzungen.) (*London Hosp., London.*) *Med.-leg. a. criminol. Rev.* **1**, 171—180 (1933).

Demonstrationsvortrag eines Dermatologen, der eine Reihe von forensisch bemerkenswerten artifiziellen Hautschädigungen vorstellte und in der Arbeit zum Teil durch Lichtbilder erläuterte. Es handelte sich einmal um künstlich durch Säureverätzungen hervorgerufene Ulcerationen an Gesicht, Armen oder Beinen, die oft monatelang (in einem Fall bis zu 18 Monaten) für berufliche Dermatitis gehalten wurden. In diesen wie in den folgenden Fällen waren es fast ausschließlich betrügerische Manipulationen zur Erlangung einer Rente oder zur Unterstützung eines Schadenersatzverfahrens. Wesentlich für die Aufdeckung der eigentlichen Entstehungsursache dieser chronischen Hautleiden war die Feststellung von Abflussspuren der angewandten Säure oder der Nachweis einer mechanischen Offenhaltung. Weitere Fälle betrafen eine Ulceration an der Unterlippe durch ständiges Beißen bei einer Hysterica, auffallend parallel gerichtete, streifige Hautverletzungen an Wange und Hinterkopf durch Kratzen mit einem Rasierapparat, lange Zeit offengehaltene Wunden an Beinen durch Schaben mit einem eisernen Nagel. Letztgenannte wurden 4, 11 bzw. 14 Monate ergebnislos behandelt. In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um ausgesprochenen Versicherungsbetrug. — In der anschließenden Aussprache wurde auf die Vortäuschung von Skorbuterkrankungen während des Krieges durch indische Soldaten in Mesopotamien hingewiesen. Diese geschahen durch Lysolverätzungen des Zahnfleisches sowie durch Hervorrufung von Phlegmonen in der Kniegelenksgegend (mittels Fäden, die mit Faeces durchtränkt und unter die Haut gezogen wurden) zwecks Vortäuschung von skorbutischen Kniegelenksveränderungen. *Schrader.*

Nikolić, A.: *Über die Simulation und ihre Diagnose.* *Srpski Arch. Lekarst.* **35**, 521—563 (1933) [Serbo-kroatisch].

Auf Grund des Studiums der Literatur und eigener Erfahrung wird die Diagnose der Simulation von Erkrankungen verschiedener Organe und Organsysteme besprochen. Am ausführlichsten wird die Diagnose der Simulation von in das Spezialgebiet des Verf. fallenden psychischen (Imbecillitas, Dementia, Schizophrenia, Mania, Melancholia, Trunkenheit, chron. Alkoholismus) und nervösen Erkrankungen und Störungen (Anästhesie, Schmerz, Kopfschmerz, Lumbago, Ischias, Parese und Paralyse der Muskeln, Gelenkskontrakturen, Epilepsie, Incontinentia urinae, Impotenz, Gravidität, Nervosität, Singultus, Tremor, Koma und Somnolenz, Unfallneurosen) — teilweise mit Beispielen belegt — gebracht, darauf noch cursorisch die inneren Erkrankungen und Symptome (Erhöhung und Erniedrigung der Körperwärme, Glykosurie, Albuminurie und Hämaturie, Appetitlosigkeit, Hämatemesis, Ructus, Ikterus, Tachykardie sowie Hemeralopie) erörtert und einige der gebräuchlichsten Arten der Selbstverstümmelung und Provokation von Hauterkrankungen erwähnt. *Kornfeld (Zagreb).*

Guildal, Poul, A. Norgaard, G. Schröder, N. Rh. Blegvad und Hans Ulrik Møller: *Ärztliche Atteste zur Erwerbung des Führerscheines.* *Verh. med. Ges.* 1932, 7—36, *Hosp.tid.* 1933 [Dänisch].

Ausführliche Aussprache über die Krankheiten oder körperlichen Defekte, die vom medizinischen Gesichtspunkte aus eine Gefahr beim Führen von Motorfahrzeugen in sich schließen können und die daher bei der Ausstellung von ärztlichen Attesten für den Führerschein beachtet werden müssen. Guildal betont — im Anschluß an Simonins Buch *L'automobile homicide* — die Notwendigkeit einer genauen Untersuchung vor der Ausstellung eines Führerscheins. Ferner berührt er die Frage der Bedeutung von Erkrankungen der Gliedmaßen. Bei beschränkter Beweglichkeit bzw. Ankylose in verschiedenen Gelenken der unteren Extremitäten soll der Autoführer in sitzender Stellung, entsprechend der Stellung im Auto, mit Hinblick auf leichtere Wagen, einen Druck von wenigstens 40 kg mit dem vorderen Teil des rechten Fußes ausüben können (für das Bremspedal) und wenigstens 15—20 kg mit dem linken Fuß (für das Wechselfedal). Bei Einpedalwagen, wo das linke Bein sowohl Wechseln wie Bremsen besorgt, soll dieses Bein einen Druck von wenigstens 40 kg ausüben können. Bei spastischer Lähmung soll niemals ein Führerschein erteilt werden; bei schlaffer Lähmung soll das Druckvermögen des Fußes entscheiden. In bezug auf Amputationen lehrt die Erfahrung, daß nur, wenn der Stumpf bei der Unterschenkelamputation länger als der halbe Schenkel ist, ein hinlänglicher Druck ausgeübt werden kann. Hinsichtlich der Arme ist es schwierig allgemeine Regeln aufzustellen; für einen unbeschränkten Führerschein soll jedoch genügende Beweglichkeit sowie soviel Kraft verlangt werden, daß in stehender Stellung ein Gewicht von 20 kg, aufgehängt an einem Stab von 3 cm Diameter, gehoben werden kann. Die Forderungen für das Führen

eines Motorfahrrades sind höher zu stellen als die für ein Auto; desgleichen sollen für Verkehrsautos und schwere Lastenautos höhere Forderungen gelten als für leichtere Autos. — Norgaard berührt die Frage der Zuckerkranken und hierbei speziell die Gefahr eines Insulinismus. Er stellt folgendes Schema auf: a) Für Berufsführer: Die Erteilung eines Führerscheins soll verweigert werden; eine Erneuerung des Führerscheins für junge oder unverheiratete Personen soll verweigert und für ältere oder verheiratete nur bewilligt werden, wenn sie ohne Insulin behandelt werden oder wenn, bei Insulinbehandelten, kein Insulinismus oder nur leichte Prodrome hierzu auftreten und wenn es sich um Lastautoführer handelt; b) Wenn es sich nicht um Berufsführer handelt: Die Erteilung bzw. Erneuerung des Führerscheins wird bei Behandlung ohne Insulin bewilligt, aber bei Beginn einer solchen Behandlung wird derselbe eingezogen.

Warburg (Ausspr.) wünscht hier die mildere Forderung zu benutzen, daß die Grenze dort gesetzt wird, wo die Insulinbehandlung 8 Einheiten am Tage überschreitet. — Schröder bespricht die Nerven- und Geisteskrankheiten. Jeder Fall muß individuell und genau untersucht werden; es ist natürlich an der Forderung festzuhalten, daß gerade das Zentralnervensystem am Steuerrad so gut wie möglich fungieren muß. Bei Epilepsie soll man als Regel die Forderung nach Freiheit von Anfällen während 3—4 Jahren aufstellen. Nervenkrankheiten mit Defektheilung mahnen zu großer Vorsicht. Bei geheilten manisch-depressiven Psychosen soll eine Karenzzeit von $\frac{1}{2}$ —1 Jahr genügen, für geheilte Paralysen ist eine längere erforderlich (2—4 Jahre). Bei noch nicht ganz geheilten Geisteskrankheiten soll kein Führerschein bewilligt werden. Laut dem neuen dänischen Ärztegesetz scheint die Verpflichtung zur Verschwiegenheit einen Arzt nicht an der Bekanntgabe zu hindern, daß dem Inhaber eines Führerscheins, wenn dieser an einer solchen Nerven- oder Geisteskrankheit leidet, dieser entzogen werden soll. — Blegvad berührt die Gehörleiden und hebt die vom Dänischen Gesundheitsamt aufgestellte Forderung hervor, daß für die Bewilligung zum Führen von Motorfahrzeugen erforderlich sei, bei der Prüfung mit beiden Ohren gleichzeitig allgemeine Sprechstimmen im Abstände von 4 Metern auffassen zu können. — H. U. Møller behandelt schließlich die Augenleiden und weist auf die Ähnlichkeit zwischen den Regeln hin, die in Dänemark gelten und jenen, die das im Jahre 1929 vom Internationalen Ophthalmologenkongreß eingesetzte Komitee vorschlägt. Ein besonders gutes Sehvermögen soll für Omnibusführer verlangt werden.

Einar Sjövall (Lund, Schweden).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

Rittershaus, E.: „Der Fall S. . .“ Ein Beitrag zur Frage der Wichtigkeit psychiatrischer Begutachtung. Allg. Z. Psychiatr. 100, 451—460 (1933).

Verf. führt aus, was auch von anderen Seiten wiederholt vorgebracht und, darüber hinaus, sachgemäß durchgeführt wurde, daß sich der Psychiater nicht immer auf die ihm von dem Gericht vorgelegte Fragestellung zu beschränken hat, daß vielmehr zur Richtigstellung auch auf andere, nicht gestellte, bei der Bearbeitung auftauchende Fragen eingegangen werden muß. Dem zum Beweis bringt Verf. einen einschlägigen Fall:

Polizeioberwachtmeister S., erblich belastet, bis zur Schulzeit Bettnässer, Nachtwandler, auch noch während der Militärzeit. In der Inflationszeit zweimal kleine Unregelmäßigkeiten; das zweite Mal verwarnt. In der Nacht zum 1. V. 1923, kurz vor Ablösung nach anstrengendem, 24stündigem Dienst, Verhandlungen mit Betrunknenen auf der Wachtstube. S. schrieb die Vorgänge anschließend auf, zählte abgegebenes Geld nach, steckte es in einen Briefumschlag und schrieb die gezählte Summe darauf. Er hatte das 2—3fache der aufgeschriebenen Summe erhalten und wurde wegen Unterschlagung im Amte zu 7 Monaten Gefängnis verurteilt. 3 von ihm eingereichte Anträge auf Wiederaufnahme des Verfahrens wurden in sämtlichen Instanzen abgelehnt. Verf. erklärt auf Grund seiner Untersuchung (Diagnose: Arteriosklerose der feineren zentralen Gefäße), daß S. bei der zur Beurteilung stehenden Handlung jedenfalls ein schwer nervöser Mensch, die Alterserkrankung (56jährig) sicherlich schon in Erscheinung getreten war, „wie aus seinem ganzen Verhalten, aus seiner angeblich schon vorher bestehenden Vergeßlichkeit und manchem anderen wohl ziemlich deutlich geschlossen werden kann; er war außerdem in jener Nacht sehr abgespannt und stand am Ende eines langen und anstrengenden Dienstes; nun kamen noch die beiden, ihn stark erregenden Vorgänge, der Skandal und die Prügelei in der Wachtstube, so daß ihm wohl zu glauben ist, daß er vollkommen erschöpft und total durcheinander war“. In diesem Zustand sei es jedenfalls durchaus möglich, daß S. bei der Herausnahme des Geldes nicht bemerkte, daß diese Summe mit dem vorher erhaltenen Betrage nicht übereinstimmte, oder daß er beim Herausnehmen des Geldes aus dem Pulte nur einen Teil der Summe zu fassen bekam, den Rest im Pulte liegenließ. „Bei einer derartigen straf-