

Gerichtliche Entscheidung: Biochemieprozeß. Münch. med. Wschr. 1932 I, 495.

Dr. Neustätter wendet sich gegen die Ausführungen des Dresdner OLG.-Präsidenten, die dieser auf die Kritik über das bekannte Dresdner OLG.-Urteil betreffend Warnung vor Anwendung der Biochemie durch die Hygieneausstellung gemacht hat. Irrtümlich sei die Darstellung, insofern behauptet wird, daß im Urteil kein Werturteil über die Biochemie abgegeben worden sei, während dies tatsächlich aus dem Wortlaut der Urteile sowohl des LG. wie des OLG. hervorgeht. Das OLG. sei päpstlicher als der Papst gewesen, als es annahm, der gewöhnliche Leser denke bei den Worten „Beseitigung aller Krankheiten“ nur an solche Krankheiten, für die die Biochemie überhaupt in Betracht komme. Auch Senatspräsident Dr. Leonhard ist der Meinung, daß das OLG. seiner Feststellung ein medizinisches Werturteil zugrunde gelegt hat, daß es noch dazu zu Unrecht aus einem Schriftsatz der Beklagten herausgelesen hat. (Vgl. Leonhard, diese Z. 19, 367.) *Giese (Jena).*

Berger, Hermann: Neue Wege für die Erforschung und Bekämpfung des Kurpfuschertums. Z. psych. Hyg. (Sonderbeil. z. Allg. Z. Psychiatr. 96) 5, 3—7 (1932).

Nach resignierender Feststellung, daß der ganze bisherige Kampf gegen das Kurpfuschertum nichts von positiven Erfolgen aufzuweisen hat, sondern bisher nur eine Art Hemmschuh von dem Abgleiten in den Abgrund gewesen ist, fordert Verf. eine Erforschung der psychischen Grundlagen der Kurpfuscherei. Sowohl bei den Ausübenden wie auch bei den Hinnehmenden vermutet er, daß deren seelische Untergründe in einem sehr erheblichen Teil nicht als normal zu bezeichnen sind. Der große Anteil der Schwindler unter den Heilgewerblern dürfte in engen Beziehungen zu dem Psychopathentum stehen. Bei vielen der Kurpfuscherpatienten nimmt Verf. einen als gefährdet einzuschätzenden Seelenzustand an. Psychisch unhygienische Verhältnisse sind der Nährboden für die Aufnahme der Kurpfuscherei. Unter diesen Voraussetzungen ist es eine Aufgabe des Verbandes für psychische Hygiene, den Kampf gegen das Kurpfuschertum von der psychischen und psychiatrischen Seite aufzunehmen, wofür Verf. eine enge Arbeitsgemeinschaft zwischen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums und dem Verbands für psychische Hygiene fordert. Ein Zusammenwirken mit anderen Ländern in der Kurpfuscherbekämpfung wird als wünschenswert erachtet, wobei die Internationalität des Verbandes für psychische Hygiene als besonders wertvoll für die praktische Auswirkung einer Gemeinschaftsarbeit angesehen wird. *Schrader (Bonn).*

Versicherungsrechtliche Medizin.

● **Die Krankheitsanfänge bei chronischen Leiden.** Hrsg. v. A. Fraenkel. Leipzig: Georg Thieme 1932. 175 S. u. 15 Abb. RM. 4.—

Gesammelte Veröffentlichung von 17 Vorträgen, gehalten zu Heidelberg vom 1. bis 3. VIII. 1931 im Sanatorium Speyerershof. — Über Krankheitsanfänge bei chronischen Leiden (A. Fraenkel). — Über die Untersuchung Gesunder (Adolf Gottstein, Berlin). — Die Untersuchung Lebensversicherter auf Grund der Erfahrungen deutscher Lebensversicherungsgesellschaften (Hermann Doll, Karlsruhe). — Der Beginn chronischer Nierenerkrankungen (R. Siebeck, Heidelberg). — Über die Anfänge der Niereninsuffizienz (Erwin Becher, Frankfurt a. M.). — Über den Beginn von Hyperthyreosen (Curt Oehme, Heidelberg). — Über den Beginn des Diabetes mellitus (F. Herzog, Heidelberg). — Über den Beginn der Herzinsuffizienz (Christian Kroetz, Frankfurt a. M.). — Über die akute Digitaliswirkung zur Feststellung beginnender Herzschwäche (A. Fraenkel, Heidelberg). — Kreislaufdynamische Untersuchungen an Herzinsuffizienten (Winfried Grassmann, Freiburg i. Brg.). — Die Vorboten der schizophrenen Psychosen und ihre Verknennung (Karl Wilmanns, Heidelberg). — Die Anfänge des Alkoholismus (W. Mayer-Gross, Heidelberg). — Über den Beginn der Paralyse und Tabes und ihre Behandlung (G. Steiner, Heidelberg). — Krankheitsanfänge bei Lungentuberkulose Erwachsener (A. Fraenkel, Heidelberg). — Pathologisch-anatomisches zum Beginn der chronischen Lungenphthise (W. Pagel, Heidelberg). — Über beginnende Leberinsuffizienz (H. Staub, Basel). — Über funktionelle Leberdiagnostik (B. Weicker, Heidelberg).

Die ausgezeichneten Abhandlungen geben besonders für den in der sozialen Medizin tätigen Arzt, z. B. bei der Begutachtung der Erwerbsfähigkeit, einen guten zusammenfassenden Überblick über den Stand der modernen Forschungen. *Buhtz (Heidelberg).*

Eliasberg, W.: Über den Begriff der Tatkraft im Sinne der §§ 25 und 28 (Abs. 2) RVG 20. Können Geisteskrankheiten durch Willenskraft überwunden werden? Hängt

die besondere geistige Leistung bei einem Geisteskranken von seiner Tatkraft ab? Allg. Z. Psychiatr. 96, 82—90 (1931).

Der Begriff der Tatkraft wird dahin erörtert, daß ein bestimmtes Ziel festgesetzt gehalten wird, daß die Weichen in einer bestimmten Richtung gestellt werden. Es folgen allgemeine Erörterungen über die Beziehung zwischen Psychose und künstlerischem Schaffen. Auch die geistige Leistung beruht auf der Tatkraft, denn so sehr sie auch auf dem „stillen Einfall“ beruht, so ist sie doch nicht ohne lange erarbeitete Zusammenhänge möglich.

Bei einem Schizophrenen, bei dem die Geisteskrankheit im Alter von 18 Jahren schon vor dem Krieg festgestellt worden war, wurde, als er im Jahre 1926 den Antrag auf Anerkennung der Dienstbeschädigung stellte, im Hinblick auf die ungewöhnlich lange Dauer und auf die besonderen Quälereien, denen er in der Gefangenschaft ausgesetzt war, Dienstbeschädigung für die Verschlimmerung, und zwar auch für die evtl. noch später nachfolgenden Schübe des Leidens anerkannt. Dem Kläger gelang es auch, die einfache Ausgleichszulage zu erstreiten, und zwar, weil er als Chemigraph (§ 28 RVG) einen Beruf ausgeübt hat, der erhebliche Kenntnisse erfordert. Im Hinblick auf seine anerkannten Leistungen als Schriftsteller verlangte er nun die erhöhte Ausgleichszulage, weil er den Beruf als Schriftsteller nur unter Aufwendung außergewöhnlicher Tatkraft habe erreichen können. Der Amtsgutachter lehnte diesen Antrag damit ab, daß ein Hauptsymptom der Krankheit, an der der Patient leide, die zeitweise geistige Hemmung bis zur völligen Willenssperrung sei. Die Hemmungen seien durch die geistige Erkrankung bedingt und nicht dem freien Willen des Betroffenen unterworfen. Es sei also auch nicht als wahrscheinlich anzusehen, daß der Kläger seinen jetzigen Schriftstellerberuf nur unter Aufwendung außergewöhnlicher Tatkraft erreicht habe.

Dagegen nimmt Eliasberg Stellung. Es sei keineswegs sicher, daß die Willenseinstellung des Patienten zu seiner Krankheit keine Rolle spiele. „Momente der Situation“ spielten auch in leichten Fällen eine sehr große Rolle. Es komme doch vor allem darauf an, wie sich die Persönlichkeit im freien Intervall, d. h. in der Zeit, wo die eigentlichen krankhaften Hemmungen nicht wirksam seien, mit ihrem Defekt auseinandersetze. Im freien Intervall komme es auf die Anspannung an, mit welcher er die zweifellos auch im Intervall bestehenden Defektsymptome bekämpft und überwindet. Er bejaht also die Frage, ob der Kranke unter Aufwendung außergewöhnlicher Tatkraft seinen hochstehenden Beruf habe erreichen können. Für manche Fälle der Privatversicherung glaubt E., daß das Erhaltenbleiben von Leistungsfähigkeit infolge ungewöhnlicher Tatkraft dazu führen werde, die Erwerbsminderung durch Geisteskrankheit geringer anzusetzen und so dem Kranken seine Bezüge zu kürzen.

Fleck (Göttingen).^{oo}

Hanow: Nochmalige Stellungnahme des Reichsgerichtes zur Frage der Renten-neurose. Reichsgerichtsentscheidung vom 5. März 1931 VI 529/30. Z. Bahnärzte 27, 46—48 (1932).

Das Reichsgericht hatte in einem Falle entschieden, daß psychopathische Veranlagung und Unfall zusammenwirkende gleichwertige Ursachen seien, so daß der Zusammenhang mit dem Unfälle gegeben ist. Demgegenüber führte Gruhle, dem sich Verf. anschließt, in seinem Gutachten aus, daß das Reichsgericht den Kausalitätsbegriff auf Zusammenhänge ausdehnt, die mit einer wirklichen Verursachung gar nichts zu tun haben; der Unfall sei von allen Folgen zu entlasten, die daraus entstehen, daß er Gegenstand einer irrtümlichen Auffassung des Betroffenen ist; der Nachweis einer Psychopathie besage gar nichts, die Aufdeckung bestimmter Psychopathie könne für die Länge und Schwere gewisser Unfallfolgen sehr bedeutsam sein; endlich könne die Feststellung gewisser Psychopathiespezies die Vermutung, der Betroffene habe sich über seine Unfallfolgen Irrtümer und überwertige Ideen gebildet, zur Gewißheit machen.

Kurt Mendel (Berlin).^o

Meyer, A., und S. L. Last: Die gutachtliche Bedeutung eines Falles mit Störungen auf musikalischem Gebiet. (Psychiatr. Univ.-Klin., Bonn.) Ärztl. Sachverst.ztg 37, 339—341 (1931).

Ein Klavierstimmer von 53 Jahren, der in seinem Berufe ganz erstklassig gewesen war, erlitt einen Schädelunfall mit Hirnerschütterung und mehrstündiger Bewußtlosigkeit. Röntgenologisch Bruch des linken Stirnbeines. Bei der Nachuntersuchung nach etwa 4 Jahren

wurde neben allgemeinen nervösen Beschwerden angegeben, daß feine Tonunterschiede seit dem Unfall nicht mehr herausgehört werden könnten und das musikalische Gedächtnis gelitten habe. Auffallend schlecht war die Auffassung von Tonintervallen und häufig vorkommender Irrtum zwischen Terz und Quarte. Das Versagen beim Stimmen ist größer in höheren als in tiefen Tonlagen. Herdstörungen waren sonst nicht nachweisbar. Es wurde angenommen, daß es sich um Störungen im zentralen Hörfeld, sog. Parakusien handelt. Derartige zentrale Anakusien bzw. Parakusien entsprechen Gesichtsfeldstörungen und stehen zu amüsischen Störungen in einem gleichen Verhältnis wie zentrale Gesichtsfeldstörungen zur Seelenblindheit. Aus dem üblichen Rahmen der neurologisch-psychiatrischen Untersuchung herausfallende Hirnstörung gewinnt bei besonderer Konstellation so eine überragende gutachtliche Bedeutung als Signal einer Dauerschädigung des Gehirns. Trotz häufiger und guter klinisch-neurologischer Untersuchungen ist erst spät an die Möglichkeit einer solchen Störung gedacht worden. Im Lichte dieses Einzelsymptoms gewinnen auch die subjektiven Allgemeinbeschwerden eine größere Bedeutung.

Manfred Goldstein (Magdeburg).^{oo}

Heine, L.: Grundsätzliches zur Frage nach der Minderung der Erwerbsfähigkeit. (E. M.). (Univ.-Augenklin., Kiel.) Med. Klin. 1931 II, 1379—1381.

Polemik gegen Schenk. Beleuchtung der Frage der Erwerbsminderung vom ärztlichen Standpunkte aus. Die einzelnen Funktionen des Sehorgans werden weit überwertet, zumal — z. B. für die Sehschärfe — alle möglichen modernen Sehhilfen neu konstruiert sind und zum Teil ganz ausgezeichnet funktionieren. Große Gesichtsfelddefekte z. B. nach oben, auch wenn die ganze obere Hälfte fehlt, beeinträchtigen bei den meisten Menschen die Arbeitsfähigkeit überhaupt nicht, eher schon solche nach unten. Störungen des Farbensinns, Lichtsinns, des binokularen Sehaktes werden oft stark überbewertet. Leute mit sehr minderwertigen Augen werden doch in den verschiedensten Berufen oft fast gar nicht beeinträchtigt, sie verdienen jedenfalls nachweislich ebensoviel wie vollsichtige Genossen. (Schenk, vgl. diese Z. 18, 273.)

Kurt Mendel (Berlin).^o

Schenk, P.: Schlußwort zu vorstehendem Aufsatz. Med. Klin. 1931 II, 1381.

Sowohl in ärztlichen als auch juristischen Kreisen glaubt man noch, die Erwerbsfähigkeit eines Menschen, die eine Qualität und keine Quantität ist, unmittelbar mathematisch berechnen zu können. Verf. wollte die grundsätzliche Unmöglichkeit dieses Unternehmens beleuchten. In das ophthalmologische Gebiet wollte er sich nicht kritisierend begeben. Stets ist der ganze Mensch hinsichtlich seiner Leistungsfähigkeit in bezug auf den Gütererwerb zu beurteilen. Jeder Mensch hat nur eine einzige individuelle Erwerbsfähigkeit. Die Erwerbsfähigkeit des Menschen setzt sich nicht summativ zusammen aus den (gar nicht vorhandenen) Einzelerwerbsfähigkeiten der einzelnen Organe, sondern sie ist eine Eigenschaft (Qualität), welche nur dem ganzen Menschen eigen ist. Sie ist Variationen unterworfen, aber keinen Additionen, Subtraktionen, Divisionen. Wenn sich jeder Arzt dieser Tatsachen bewußt bliebe, dann könnten keine Kollektivgutachten mit unter Umständen über 100% Erwerbsmöglichkeit entstehen.

Kurt Mendel (Berlin).^o

● **Ohm, J.: Praktische Fragen aus dem Gebiete des Augenzitterns der Bergleute. (Schriften a. d. Gesamtgeb. d. Gewerbehyg. Hrsg. v. d. Dtsch. Ges. f. Gewerbehyg., Frankfurt a. M. H. 42.) Berlin: Julius Springer 1932. 63 S. u. 42 Abb. RM. 6.60.**

Ohm gibt im Hinblick auf die Bestrebungen, das Augenzittern (A.Z.) der Bergleute als Berufskrankheiten anzuerkennen, in vorliegender Arbeit noch einmal einen Überblick über die Forschungsergebnisse, an welchen er bekanntlich seit vielen Jahren in hohem Maße beteiligt ist, und über die aus dem Stande unseres Wissens zu ziehenden praktischen Folgerungen. — Die Hauptzeichen der Krankheit sind das Zittern der Augen, der Lider, des Kopfes. Das Augenzittern tritt zuerst auf, und zwar zunächst bei gehobenen Blick, später treten Zuckungen der Lider hinzu. Das Zittern des Kopfes betrifft mehr die alten Bergleute. Die Einzelheiten dieser Symptome und ihre Prüfung werden nach den Angaben anderer Autoren und auf Grund eigener Erfahrungen besprochen. Das A.Z. stört den Bergmann durch Scheinbewegungen, Verlust der zweiäugigen Tiefenschätzung, Herabsetzung der Sehschärfe. Bei Augenruhe ist die Sehschärfe nicht beeinträchtigt. Das Gesichtsfeld ist nicht eingengt. Die oft zu

beobachtende Herabsetzung des Lichtsinnes hält O. für angeboren. Ob Lichtscheu zum Krankheitsbild gehört, bezweifelt O. Der optische Schwindel hält sich in mäßigen Grenzen, vestibulären, schweren Schwindel hat O. nie beobachtet. Die besonders von englischen Autoren angeführten neurotischen Symptome sind nicht integrierende Bestandteile des Bergmannsnystagmus. Das A.Z. betrifft etwa 11% der Belegschaft. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hängt ab von der Bahn, der Amplitude, der Frequenz und dem Schwingungsablauf. Zur Beurteilung gehört größere Erfahrung, denn das Verhalten der Kranken ist bestimmt durch die Krankheit selbst, die zu leistende Arbeit und durch die wirtschaftliche Lage. Entschädigung sollte nur dann gewährt werden, wenn die Arbeitsfähigkeit wesentlich herabgesetzt ist, abhängig gemacht werden allein von dem objektiven Befunde und nur gezahlt werden, wenn die Grubenarbeit zeitweise aufgegeben wird. Die Ursachen für das A.Z. sind äußere: Lichtmangel (Hinweis auf die verschiedenen Beleuchtungsarten), notwendige Hebung bzw. Senkung des Blickes, Erschütterungen des Kopfes (Preßluftschlämmer), Abweichung von der aufrechten Körperhaltung. Die Vergiftungstheorie lehnt O. ab. Es gibt auch innere Ursachen, worauf schon die auffallende Übereinstimmung des A.Z. nach Richtung, Frequenz, Amplitude, Schwingungsablauf bei Verwandten hinweist. „Es gibt Familien die gleich gestimmt sind bzw. auf gleicher Welle senden.“ Augenfehler fand O. nur in $\frac{1}{3}$ seiner Fälle. Er sieht die innere Ursache für das A.Z. besonders in einer noch nicht exakt zu erklärenden Unvollkommenheit des Vestibularapparates. Eine Herabsetzung der Erkrankungsziffer glaubt O. erwarten zu dürfen von weiterer Verbesserung der Grubenbeleuchtung und von der Beseitigung aller das Ohrlabyrinth reizenden Faktoren (Verbesserung der Abbauhämmer). — Das Wesen des A.Z. ist nach O. eine Erregung, welche von einer Ganglienzellengruppe ausgeht. Diese muß oberhalb der Augenmuskelkerne gelegen sein (Hauptaugenmuskelsender). Er verlegt diesen Sender in den zentralen vestibulären Mechanismus. Seine Funktion besteht in Erregung gedämpfter, pendelförmiger, elektromagnetischer Schwingungen. Der Sender steht unter dem Einfluß vestibulärer, optischer und willkürlicher Innervationen. Die normale Frequenz ist noch unbekannt. A.Z. als Krankheit entsteht, wenn in irgendeinem Schaltsystem die Frequenz unter 16 bzw. 17 Hertz sinkt und die Amplitude so weit steigt, daß die Unruhe erkennbar wird. *Jendralski (Gleiwitz).*

Siegrist: Schwere Augenschädigung durch Einspritzen von Wasserglas. (Ein Beitrag zur Frage der traumatischen Uveitis.) Erläutert an einem Gutachten. (Augenklin., Univ. Bern.) Schweiz. Z. Unfallmed. **26**, 26—32 (1932).

Einem Mädchen, welches in einer Zündholzfabrik beschäftigt war, spritzte Wasserglas in die Augen. Der erstbehandelnde Arzt fand an beiden Augen eine traumatische Conjunctivitis, schickte schließlich das Mädchen, obgleich die Augen noch gerötet waren, in die Arbeit. Allmählich verschlechterte sich das rechte Auge. Siegrist, als Obergutachter bestellt, fand am rechten Auge oberflächliche und tiefe Hornhauttrübungen, organisiertes Exsudat im Pupillargebiet und im unteren Kammerwinkel, die Pupille eng, entrundet, ringförmige Synechien. Einblick in das Augeninnere war nicht möglich. S: auf unsichere Lichtempfindung herabgesetzt. Irgendwelche Infektionsherde (Tbc. der Lungen, Zahnwurzelgranulome) waren nicht nachzuweisen. Eine primäre infektiöse Entstehung der schweren Augenentzündung war also unwahrscheinlich. Verf. kommt daher zu dem Schluß, daß mit großer Wahrscheinlichkeit das erwähnte Trauma (Verätzung mit alkalischer Flüssigkeit) als Ursache für das Augenleiden anzusehen ist. *Jendralski (Gleiwitz).*

Hessberg, R.: Neurolues der Augen und Dienstfähigkeit. Z. Bahnärzte 27, 152 bis 158 (1932).

Augenmuskellähmungen mit Doppeltsehen schließen vom äußeren Dienste aus. Beamte mit geheilten Augenmuskellähmungen können wieder Dienst tun. Trigeminuserkrankung mit Gefühllosigkeit der Hornhaut macht zum Außendienst untauglich. Isolierte Pupillenstörungen behindern nicht im Dienste, Akkommodationslähmung nur dann, wenn der Beamte im Dienste keine Brille tragen darf. Erkrankungen des Sehnerven machen unfähig zum äußeren Dienste. Beamte mit geheilter luischer Neuritis optica bzw. Stauungspapille können wieder eingestellt werden, wenn die Funktion der Augen ausreicht. Auch stationäre tabische Opticusatrophie gestattet nicht die Verwendung des kranken Beamten im Außendienst, selbst wenn der vorhandene Grad der Funktion der Augen den Bestimmungen der Tauvo

noch entspricht. — Bei Paralyse und Taboparalyse entscheidet der Befund im Liquor und das Ergebnis psychiatrischer Untersuchung (Aufsicht, Probezeit, regelmäßige Nachuntersuchung bei psychisch nicht zu beanstandenden seronegativen Fällen). — Bei Tabes und Luës cerebri gibt das Ergebnis der allgemeinen Untersuchung für die Beurteilung der Tauglichkeit den Ausschlag. Bei seronegativen Fällen bestehen keine Bedenken, bei seropositiven sind jährliche Kontrolluntersuchungen notwendig.

Jendralski (Gleiwitz).

Gregersen, Fr.: Über tödliche Herzschwäche nach dienstlicher Anstrengung mit Berücksichtigung des Rentenanspruchs. Verh. Jütland. med. Ges. 1932, 28—32, Hosp.-tid. 1932 [Dänisch].

Ein 44-jähriger Polizeibeamter erkrankte einige Tage nach einem Überfall, bei dem er mehrere starke Stöße gegen den Körper, darunter auch am Brustkorb erhalten hatte, unter zunehmenden Erscheinungen von Atemnot und Cyanose, Temperatursteigerung, Husten und reichlichem Auswurf. Im Krankenhaus konnte kaum noch untersucht werden, bevor der Tod eintrat. Auf Grund lauter Rasselgeräusche wurde Pneumonie angenommen. Bei der zur Klärung der Dienstbeschädigungsfrage vorgenommenen Obduktion fand sich keine Pneumonie, sondern nur Lungenödem, eine ausgebreitete Arteriosklerose aller Gebiete, vornehmlich an den Coronarien, alte Myokardschwielen und eine ganz frische durch Thrombose entstandene und in eitrigem Zerfall begriffene Infarzierung an der Vorderwand des linken Ventrikels. Es wurde ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Stoß gegen die Brustwand und dem Herzinfarkt angenommen so zwar, daß bei der schweren Schädigung des Kreislaufes eine äußere Veranlassung genügte, um die Insuffizienz des geschwächten Herzmuskels mit allen Folgen herbeizuführen.

H. Scholz (Königsberg).

Hausbrandt, F.: Über traumatische Magengeschwüre. (*Path.-Anat. Inst., Univ. Graz.*) Wien. klin. Wschr. 1932 I, 681—684.

Klinisch, autoptisch und histologisch untersuchter Fall von traumatischen Magengeschwüren: 21-jähriger ♂, der von einem Stier zu Boden geworfen und auf den Bauch getreten worden war, stirbt trotz chirurgischer Hilfe infolge einer Leberruptur und einer Bronchopneumonie. Am Tage vor dem Tode Blutbrechen. Bei der Obduktion werden außerdem zahlreiche Magengeschwüre gefunden, die durch Quetschung der Magenschleimhaut und Verdauung der geschädigten Teile entstanden sind. Zum Unterschied gegenüber den gewöhnlichen peptischen Ulcera sitzen die traumatisch entstandenen nicht an der kleinen Kurvatur, sondern sind unregelmäßig über die Vorder- und Rückseite der Magenwand verteilt. Ihre Begrenzung ist nicht glatt, sondern unregelmäßig zackig. Alle Ränder sind unterhöhlt, nicht nur der der Kardia zugekehrte. Histologisch ähnelt der Befund sehr dem bei einem akuten peptischen Geschwür, nur daß die eitrige Einschmelzung an einer Seite verhältnismäßig weit in die Submucosa fortschreitet.

v. Neureiter (Riga).

Brisard, Ch.: Un cas d'œdème chronique du bras par constrictions répétées. (Ein Fall von chronischem Ödem des Armes infolge von wiederholten Abschnürungen.) Ann. Méd. lég. etc. 12, 403—408 (1932).

Eine Frau von 54 Jahren wurde von einem Hund während ihrer Arbeit an der Innenseite des rechten Armes gebissen, am 17. II. 1910. Erste Untersuchung durch den Verf. am 14. III. 1910: Infektion der beiden Bißwunden, außerdem ein subcutaner Absceß hinten und innen am Ober- und Vorderarm. Incisionen durch den behandelnden Arzt am 19. und 25. III. Am 7. IV. gemeinsame Untersuchung: Bisse und Incisionen vernarbt, ebenso am 23. IV. Patientin äußert offenbar übertriebene subjektive Beschwerden. Am 30. V. mächtiges Ödem Zunahme des Umfangs von 25 auf 33 cm, von den Fingern bis zur Achselhöhle. Am Oberarm oben eine blutunterlaufene Schnürfurche. Keine Zeichen von Phlegmone. Kein Fieber. Nach Krankenhausbeobachtung wurden am 19. VII. von der Furche nur noch erweiterte Gefäße gefunden, der Umfang des Armes hatte noch um 2 cm zugenommen. Erst nach energischem Verlangen entblößt Patientin die Achselgegend, wobei eine neue Furche hoch oben mit Abdrücken der gedrehten Schnur zum Vorschein kommt. Später trat Kontraktur des Armes auf. Es ergab sich eine langwierige Kontroverse zwischen dem Chirurgen Necker, welcher alles für Bißfolgen, kompliziert durch Syphilis, und dem gerichtlichen Mediziner Vibert, der alles für Selbstbeschädigung erklärte. Weitere Sachverständige (im ganzen 7 Ärzte während dreier Jahre) sprachen von neuropathischen Symptomen usw. und wollten Teilrente bewilligen. Das „Tribunal“ verweigerte, dem Gutachten des Verf. folgend, jede Rente, ebenso das Berufungsgericht.

In einer Schlußbemerkung erklärt Verf. (gegenüber einer Bemerkung von M. Leriche, daß die chirurgischen Ödeme erst dann als nervös [sympathisch] entstanden zu erklären seien, wenn Simulation und Syphilis auszuschließen seien): Syphilis und Simulation können sehr wohl auch miteinander vorkommen; die Beobachtung in den Krankenhäusern zur Klarstellung solcher Fälle ist sehr schwierig, wenn nicht illusorisch.

Walcher (München).

Güntz, Eduard: Versteifung der Wirbelsäule durch Fibrose der Zwischenwirbelscheiben. (*Path.-Anat. Inst., Stadtkrankenh., Dresden-Friedrichstadt.*) Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir. **42**, 490—508 (1931).

Versteifungen größerer Wirbelsäulenpartien — nicht im klinischen, sondern im morphologischen Sinne — haben ihre Ursache entweder in Erkrankungen der kleinen Wirbelgelenke oder in der Spondylitis deformans. Schmorl hat bereits vor kurzem auf eine andere Form der Wirbelsäulenversteifung hingewiesen, deren pathologisch-anatomisches Substrat in einer Fibrose der Zwischenwirbelscheiben liegt. Bei derartig veränderten Wirbelsäulen fehlen Spangenbildungen zwischen den einzelnen Wirbelkörpern völlig, auch die Wirbelgelenke sind gut erhalten. Die fibröse Umwandlung der Zwischenwirbelscheiben erfolgt, wie an zahlreichen histologischen Präparaten gezeigt wird, durch eine Vascularisation des normalerweise gefäßlosen Gewebes. Im Gefolge der Vascularisation kommt es zur Bindegewebsbildung, die ihrerseits einen Elastizitätsverlust und einen Funktionsausfall der Zwischenwirbelscheibe nach sich zieht. Der Prozeß spielt sich in der Regel im Gebiet der Brustwirbelsäule ab. In vivo ist die Diagnose kaum zu stellen, vor allem, da sich röntgenologische Veränderungen nicht nachweisen lassen. Immerhin ist die Kenntnis des Krankheitsbildes — vor allem für den begutachtenden Arzt — von Wichtigkeit.

Baruch (Berlin).^{oo}

Fischer, A. W.: Über fibröse „röntgennegative“ Wirbelsäulenversteifung. (*Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.*) Mschr. Unfallheilk. **39**, 73—77 (1932).

Das Krankheitsbild der fibrösen Wirbelsäulenversteifung ist erstmalig von Schmorl und kürzlich genauer von seinem Schüler Güntz (vgl. vorsteh. Ref.) pathologisch-anatomisch beschrieben worden. Die vorliegende Arbeit stellt den ersten klinischen Beitrag zu dieser Frage dar. Es handelt sich um eine starke Bewegungshemmung in größeren Wirbelsäulenabschnitten. Röntgenologisch verhält sich dabei die Wirbelsäule völlig normal. Es ist daher kein Wunder, wenn derartige Fälle meist mit der Diagnose Hysterie oder Simulation abgestempelt werden. Hält aber die Wirbelsäulenversteifung — wie im mitgeteilten Falle des Verf.s — auch in der Narkose an, so muß dieses Verhalten zur Korrektur der vorgenannten Diagnosen Veranlassung geben. Im übrigen sind aus der Pathologie und Klinik der Gelenkerkrankungen Versteifungsprozesse an den großen Extremitätengelenken bekannt, bei welchen es primär zu Schrumpfung in der Gelenkkapsel kommt, die sich röntgenologisch kaum darstellen lassen. Erst sekundär treten geringe Knochenveränderungen im Sinne einer Arthritis deformans auf („Periarthritis destruens“).

Baruch (Berlin).^o

Wette, W.: Doppelseitige Lunatumnekrose. Mschr. Unfallheilk. **39**, 78—81 (1932).

In dem vorliegenden Fall von doppelseitiger Lunatumnekrose handelt es sich um eine landwirtschaftliche Arbeiterin von 61 Jahren, die am 3. III. 1931 ausgeglitten und auf die linke Hand gefallen war. Die Arbeit wurde sofort eingestellt. Unfallmeldung am 5. III. 1931. Der Arzt stellte die Diagnose auf: Radiusfraktur an typischer Stelle oberhalb des Handgelenkes, und legte einen Schienenverband an. Am 9. IV. 1931 zeigte die Kontrollröntgenaufnahme doppelseitige Lunatumnekrose im Endstadium mit starker Arthritis deformans beider Handgelenke. Die traumatische Entstehung ist ohne weiteres abzulehnen. Die Röntgenbefunde mit reaktiven arthritischen Veränderungen zeigen eindeutig, daß die Lunatumnekrose schon jahrelang bestanden hat. Für eine Verschlimmerung bestanden auch keine Anhaltspunkte. Der Zustand der linken Hand entsprach dem der rechten. Der Fall ist deswegen von besonderem Interesse, weil die unfallweise Entstehung der Mondbeinerkrankung infolge der Doppelseitigkeit und auf Grund des Röntgenbefundes mit Sicherheit abzulehnen war. Ohne die Doppelseitigkeit und den beweisenden Röntgenbefund hätte man eine traumatische Mondbeinfraktur annehmen können. Es ist jedoch auch daran zu denken, daß bei der Häufigkeit eines Falles auf die Hand oder einer sonstwie zugezogenen Verstauchung ein rein zufälliges Zusammentreffen eines Unfalls dieser Art mit einer Lunatumnekrose durchaus im Bereich der Möglichkeit liegt. Die Ätiologie in vorliegendem Fall ist unbekannt. Ein früher erlittenes Trauma wurde mit Bestimmtheit abgelehnt. Es wird darauf hingewiesen, daß die Häufigkeit der doppelseitigen Navicularfraktur in einem auffallenden Gegensatz zu der Seltenheit der doppelseitigen Lunatumnekrose steht. Die dem Verf. bekannten Fälle von doppelseitiger Lunatumnekrose haben stets nur ein einseitiges Trauma angegeben und von der Doppelseitigkeit nichts gewußt.

Haumann (Hattingen).^o

Blencke, Aug.: Ein weiterer Beitrag zur Lunatumnekrose. Arch. orthop. Chir. **31**, 188—209 (1932).

In Ergänzung einer früheren Arbeit über die „Lunatumnekrose und ihre Beziehungen zum Unfall“ gibt Verf. an Hand eines jetzt auf 77 Fälle gestiegenen Materials seine in der erwähnten Arbeit niedergelegten Leitsätze mit besonderen Bemerkungen nochmals wieder. — 1. Bei dem Mondbeintod handelt es sich in einer Reihe von Fällen um eine isolierte Erkrankung des Knochens, die mit einem Trauma bzw. einem Unfall in keinerlei ursächlichem Zusammenhang steht, also spontan entstehen kann. 2. Der Mondbeintod kann auch hervorgerufen werden durch dauernde kleine Druckinsulte auf den Knochen bei besonderen Berufstätigkeiten. Es gibt auch eine rein traumatische Form, bei der dann aber der Unfall eindeutig erwiesen sein muß. Liegt kein wirkliches Unfallereignis vor, so muß ein ursächlicher Zusammenhang abgelehnt werden. 3. Eine bereits bestehende Lunatumnekrose kann durch ein Trauma eine Verschlimmerung erfahren. 4. Die Mondbeinnekrose ist eine Erkrankung, die auf lange Zeit hinaus erhebliche Beschwerden und Funktionsstörungen machen kann, die unter Umständen dauernd bestehen bleiben und dauernd Renten notwendig machen. 5. Es gibt aber auch Fälle, die trotz weiter bestehenden und im Röntgenbild nachweisbaren Veränderungen beschwerdefrei arbeitsfähig bleiben können. 6. Bestand vor dem Unfall bereits eine Mondbeinnekrose, die aber keinerlei Beschwerden und Funktionsstörungen machte, so wird man nicht umhin können, die auftretenden Folgen ganz auf den Unfall zurückzuführen. (Vgl. diese Z. **16**, 191 u. vorstehendes Referat.)
Zwerg (Königsberg i. Pr.).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

Wöhrmann: Der ärztliche Gutachter in Scheidungsprozessen. Med. Welt **1932**, 676.

Ein Verschulden im Sinne des § 1568 liegt nicht vor, wenn der Sachverständige nachweisen kann, daß der beklagte Ehegatte im Zustande der Bewußtlosigkeit oder in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande gehandelt hat. Liegt ein solcher Zustand nicht vor, aber Krankheitszustände anderer Art, die die Verantwortlichkeit nicht aufheben, sondern nur einschränken, dann ist es Aufgabe des Gutachters, festzustellen, ob der Ehegatte so sehr den Krankheitszuständen unterliegt, daß er die begangenen Eheverfehlungen auch bei größtmöglicher Willensanstrengung nicht vermeiden konnte. Bei Bejahung dieser Unfähigkeit ist die Eheverfehlung keine schwere und kann deshalb nicht als Scheidungsgrund gelten. In bezug auf die Scheidung wegen Geisteskrankheit wird auf die Definition des RG. in Bd. 98, S. 296 verwiesen, wo umschrieben ist, was unter Aufhebung der geistigen Gemeinschaft zu verstehen ist.
Giese (Jena).

Diener, E.: Ein Beitrag zur Frage des Einflusses der Entmündigung auf die Dienstfähigkeit eines Beamten. (Univ.-Nervenklin., Bonn.) Ärztl. Sachverst.ztg **33**, 141 bis 142 (1932).

Das Verhältnis der Entmündigung zur Dienstfähigkeit eines Beamten wird noch nicht einheitlich beurteilt. Mitteilung eines einschlägigen Falles: Ein 37-jähriger Beamter, der öfter für seine Kollegen die Zeche bezahlt, Geld verliehen, Bürgschaften übernommen, insgesamt Schulden von 10000 Mk. gemacht hat. Entmündigung wegen Verschwendung zur eigenen Sicherung. Zeichen einer Geisteskrankheit bzw. Geistesschwäche lagen nicht vor. Keine Bedenken gegen das Verbleiben im Dienst, da Erhebungen, Untersuchung und Beobachtung ergaben, daß der Entmündigte einen durchaus zuverlässigen und pflichttreuen Eindruck machte. Nach diesem Sachverhalt ist zu erwägen, ob in solchen Ausnahmefällen nicht auch eine Sonderstellung gegeben werden darf.
Klieneberger (Königsberg/Pr.).

Meijers, F. S.: Der Psychiater und die Ausführung der Psychopathengesetze. Psychiatr. Bl. **36**, 70—75 (1932) [Holländisch].

Meijers bespricht die Fürsorge für die aus der Anstalt entlassenen Psychopathen. Er betont die Notwendigkeit, daß der Psychiater die Führung behält. In den Niederlanden hat sich die „Zentrale Vereinigung zur Wahrnehmung der gesellschaftlichen