

Leberepithelien. (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Graz.*) Frankf. Z. Path. **43**, 283—334 (1932).

Verf. zeigten, daß die Abnahme der Färbbarkeit geschädigten Gewebes innerhalb bestimmter Grenzen mit einer Änderung seiner Reaktion zusammenhängt und daß man durch Zusatz von Pufferlösungen zu den Farbstoffen auch im geschädigten Gewebe noch gute Färbung erzielt. Auch beim gesunden Gewebe liegt die günstigste Reaktion wohl nahe dem Neutralpunkt, aber für die Kerne etwas weiter nach der saueren Seite als für das Protoplasma. Saure und basische Farbstoffe färben mit gleich eingestellten Pufferlösungen Kerne und Zelleib oft in völliger Umkehrung sehr verschieden. Zu ihren Versuchen verwendeten Verf. Ratten und Meerschweinchen, an deren bloßgelegter Leber sie durch Stauung, Schlagaderverschluß, Hitze oder chemisch Herdschädigungen setzten. Sie töteten die Tiere nach verschiedenen Zeiten und entnahm dann sehr rasch Teile der Leber.

Meixner (Innsbruck).

Earl, C. J. C.: A simple technique for photography of pathological specimens. (Eine einfache Technik zum Photographieren pathologischer Präparate.) (*Caterham Ment. Hosp., Caterham.*) Brit. med. J. Nr **3711**, 330—331 (1932).

Die beschriebene behelfsmäßige Apparatur hat den Zweck, mit einfachen Mitteln stets gleichbleibende Verhältnisse (Abstand, Beleuchtung, Belichtungszeit usw.) zu schaffen, und zwar unter möglicher Ausschaltung aller Dinge, die technische Geschicklichkeit erfordern und somit Fehlerquellen bedingen.

Verf. benutzt eine Rollfilmkamera (f : 45) mit einem verstellbaren Stativ, das auch gekippt werden kann, so daß senkrecht Photographieren möglich ist. Die Präparate werden nach Konservierung in Kaiserling zur Vermeidung von Reflexen in einem Glas unter Wasser in üblicher Weise vorbereitet und fixiert. Dieses Glas wird in eine Holzkiste gestellt, deren Wände geweißt sind. An einer Seite ist eine Tür zum Hineinschieben des Präparatenglases vorhanden. Der Boden hat neutrale Farbe. In den oberen Ecken des Kastens sind vier 100-Watt-Lampen angebracht, die gruppenweise eingeschaltet werden können. Die Kiste wird oben durch einen abnehmbaren Holzdeckel abgeschlossen, der in der Mitte eine große Öffnung hat, durch die hindurch senkrecht photographiert wird. Durch Unterlegen von Holzklötzen kann der Glasbehälter hoch und tief gestellt werden. Bei jeder Stellung und Beleuchtung können feste Werte für Blende und Belichtungszeit bei gleicher Filmart durch Probeaufnahmen ermittelt werden.

Buhtz (Heidelberg).

Versicherungsrechtliche Medizin.

Raimann, Emil: Trauma und Nervensystem. Wien. klin. Wschr. **1932 II**, 1273 bis 1277 u. 1321—1325.

Das Vorkommen einer traumatischen Meningopathie wird zugegeben. Die Wichtigkeit exakter Vestibularisprüfungen nach Commotionen wird hervorgehoben. Den Ergebnissen encephalographischer Untersuchungen wird Skepsis entgegengebracht, von ihrer Ausführung wird abgeraten. Die Schwierigkeit der richtigen Diagnose einer traumatischen Hirnschädigung wird betont. Daß es funktionelle Störungen nach Kopftraumen gibt, die nicht mit psychogenen zu identifizieren sind, wird zugegeben; vielleicht sind chemisch-physikalische, kolloide Veränderungen da wirksam. Die Notwendigkeit, psychogene Reaktionen nicht zu entschädigen, wird begründet.

F. Stern (Kassel).^{oo}

Hirsch, S.: Die Apoplexie als Unfallfolge im Lichte der neueren pathogenetischen Forschung. (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 1147—1149 (1931).

Verf. fordert eine viel gründlichere Analyse der Bedingungen des Einzelfalles und präzisiert seine Stellungnahme wie folgt: „Es muß in gleicher Weise wie bei der Embolie, heute in manchen Fällen der ursächliche Zusammenhang zwischen Apoplexie und körperlicher Überanstrengung, seelischer Erregung und jeder Art äußerer Schädigung, die krampflegend oder blutdruckverändernd wirkt, bejaht werden.“ *Hiller* (München).

Gerbis: Tödliche diffuse Hirnhautblutung nach Hitzearbeit. Arch. Gewerbepath. **3**, 823—829 (1932).

Bei einem Mann, der nach 3tägiger Arbeit in der Hitze nach tonischen Krämpfen mit

sofortiger Bewußtlosigkeit nach $1\frac{1}{2}$ Stunden im Koma starb, fanden sich in den weichen Häuten flüssiges und geronnenes Blut, starke Füllung der Gefäße der harten Hirnhaut, in den Hirnkammer etwas blutig gefärbter Liquor. Verf. nimmt an, daß die dauernde Überhitzung bei schwerer Arbeit und ungünstigen Entwärmungsbedingungen auf das Gefäßnervensystem des Gehirns im Sinne einer Erniedrigung der Reizschwelle eingewirkt hat. Es kam zur Capillarverengung bei herabgesetzter Erregbarkeit der Dilatatore, dann zur Prästase mit ausgedehnten diapedetischen Blutungen in den weichen Hirnhäuten. Diese führt Verf. ursächlich auf die Hitzewirkung zurück. Er nahm einen ursächlichen Zusammenhang im Gegensatz zu den Vorgutachtern an, das Reichsversicherungsamt bejahte in diesem Sinne. Ob die abnorm starke Erregung der Gefäßnerven konstitutionell bedingt war, oder ob sie auch Folge einer vorangegangenen gleichsinnigen Reizung ist, ist versicherungsrechtlich unwesentlich. Jedenfalls ist die Erzeugung einer Übererregbarkeit des Blutgefäßnervensystems durch gleichsinnige Reizungen beachtlich; man wird auf die capillarmikroskopisch wahrnehmbaren Anzeichen einer Vasoneurose bei Hitzearbeitern zu achten und bei ihnen nach jedem Arbeitsschluß auf Verabfolgung von kühlen Brausebädern Wert zu legen haben. Im Anschluß werden 3 Fälle von Rössle mit ebenfalls diffusen Hirnhautblutungen erwähnt; 2 nach Sonneneinwirkungen, 1 während des Puerperiums. K. Löwenstein (Berlin).

Baumm, Hans, und Willy Eisenhardt: Über die sogenannten komplizierenden Krankheiten und Komplikationen an den inneren Organen bei Hirnverletzten. (*Abt. d. Nervenfacharztes u. d. Facharztes f. Inn. Krankh., Versorgungsärztl. Untersuchungsstelle, Königsberg.*) Mschr. Unfallheilk. 39, 297—310 (1932).

Die Autoren fanden unter 1250 Kriegshirnverletzten bei 277 = 22,2% komplizierende Erkrankungen der inneren Organe. Im 2. Lebensjahrzehnt fanden Baumm und Eisenhardt 8,8%, im 3. Lebensjahrzehnt 8,9%, im 4. Lebensjahrzehnt 12,2%, im 5. Lebensjahrzehnt 21,6%, im 6. Lebensjahrzehnt 47,4% und vom 7. Lebensjahrzehnt aufwärts 91,2% innere Komplikationen. Die beiden Flügelgruppen dieser Aufstellung sind sehr klein. Das erklärt sich daraus, daß es sich bei diesen Hirnverletzten um Kriegsteilnehmer, also um eine Auswahl bestimmter Altersklassen handelt. In der höchsten Altersklasse bestehen die komplizierenden Erkrankungen zu über 90% aus Altersveränderungen. — Lungentuberkulose wurde bei den Hirnverletzten des 3. Lebensjahrzehnts in 16,2% der Fälle gefunden, im 4. Lebensjahrzehnt in 11%, im 5. Lebensjahrzehnt in 8,2%, im 6. Lebensjahrzehnt in 5,6%, vom 7. Lebensjahrzehnt ab überhaupt nicht mehr. Anscheinend treten komplizierende innere Krankheiten bei Hirnverletzten im allgemeinen offenbar nach denselben Gesetzmäßigkeiten auf, die für ihre Entstehung und Verbreitung auch sonst, in den nicht von Unfällen betroffenen Bevölkerungsgruppen gelten dürfen. — Besonderen Wert legen die Autoren auf die Frage, ob es nach Hirnveränderungen zu Erscheinungen an den inneren Organen komme, die als zwangsläufige Folge der Verletzung angesehen werden müßten, also um spezifische Begleiterscheinungen der Gehirnverletzungsfolgen. Besondere Beobachtung wandten sie der Vasolabilität zu. Bei 29 Fällen war die Pulsabilität besonders auffallend. Diese Pulsbeschleunigungen und -arrhythmien hatten sich erst im Laufe der Jahre in Zusammenhang mit anderen Folgeerscheinungen des Hirntraumas eingestellt. Dabei boten diese Fälle keinen Anhalt für eine besondere Disposition zu einer Vasolabilität. Die Störungen setzten bald nach der Verletzung ein, verloren sich auch nicht wieder. Begleitet waren sie vielfach von seelischen Veränderungen im Sinne der traumatischen Hirnleistungsschwäche. Bei 7 Fällen trat die Pulsbeschleunigung erst mehrere Jahre nach der Schußverletzung gleichzeitig mit oder nicht lange nach dem ersten Auftreten einer traumatischen Epilepsie auf. Daß solche Arrhythmien auf dem Wege der Labyrinthschädigung entstehen könnten, halten die Autoren für möglich. Sehr selten fanden sie Dauerverlangsamung der Herztätigkeit bei einem Schädeltrauma. Sichere organische Herzerkrankungen als Folge eines Hirntraumas kamen nicht zur Beobachtung, ebensowenig hatten die Autoren Gelegenheit, unter ihren Fällen Gefäßveränderungen, vor allem Entstehung oder Entwicklung der Arteriosklerose infolge eines Hirntraumas, zu finden. Hier berühren sich die Ergebnisse mit der Auffassung von Jahnel und F. Stern. Verdauungsstörungen oder gar Geschwürbildungen am Magen- und Darmkanal waren ebenfalls nicht nachzuweisen. Auch

fanden sie Beweise dafür, daß eine Hirnverletzung Zirkulationsstörungen der Verdauungsorgane, unter Umständen mit Magenbluten, zur Folge haben könne, nicht. Einseitige Lähmung eines Armes kann ihren Erfahrungen nach niemals zur Entwicklung einer Lungentuberkulose auf der gelähmten Seite führen. Daß sie 4mal einen gestörten Zuckerstoffwechsel nach Hirntrauma fanden, kann von ihnen als zufälliger Befund gedeutet werden. Störungen der Funktionen der endokrinen Drüsen als wahrscheinliche Folge eines Hirntraumas kamen nicht zur Beobachtung. Der Verdacht, daß ein Hirntrauma eine Neurose in ihrer Entwicklung beschleunige und irgendwie ungünstig beeinflusse, ist in keinem einzigen ihrer Fälle gegeben. Nur in einem ihrer Fälle (im ganzen unter 3) konnten sie ein Kopftrauma als „Ursache“ einer multiplen Sklerose ansehen. 2 Fälle von Encephalitis, die sie unter ihrem großen Material fanden, wiesen keinerlei Beziehungen zum Trauma, auch nicht einmal zeitlich, auf. Bei einem Fall fand sich nach einer erheblichen Verletzung des Schädels eine Paralysis agitans als Folge der Schädelverletzung. „Die Seltenheit solcher Beobachtung beweist aber, daß die Bedingungen zur Annahme einer Paralysis agitans als wahrscheinliche Hirntraumafolge nur in seltenen Ausnahmefällen erfüllt sind.“ Zu dem Thema Trauma-Hirntumor können sie eigene Erfahrungen nicht beibringen. (Vgl. a. diese Z. **13**, 170 [Stern].)

Fleck (Göttingen).^{oo}

Calzavara, Domenico: Sindrome cerebrale a focolaio e psicosi consecutive a trauma cranico. Craniotomia, asportazione di focolaio encefalo-malacico. Guarigione. (Cerebrale Herdsyndrome und Psychosen nach Schädeltrauma. Trepanation. Entfernung des Erweichungsherd. Heilung.) (*Convegno d. chir. d. Nord Italia, Torino, 28.—30. V. 1932.*) Boll. Soc. piemont. Chir. **2**, 1061—1062 (1932).

Keine näheren Angaben. Heilung dauert schon 4 Jahre nach der Operation. In der Aussprache wird von Uffreduzzi auf die Wichtigkeit solcher Fälle für den Nachweis der organischen Natur gewisser posttraumatischer psychotischer Erscheinungen hingewiesen, die sonst dazu führen könnten, daß die Patienten als Unfallneurotiker behandelt würden.

Steck (Lausanne).^o

Adler, Alfred: Der Aufbau der Neurose. Internat. Z. Individ. psychol. **10**, 321 bis 328 (1932).

Adler stellt den psychologischen Richtungen, die die seelische Entwicklung aus Heredität und Milieuwirkung ableiten wollen und die er als „Besitzpsychologie“ kennzeichnet, die Individualpsychologie als „Gebrauchpsychologie“ gegenüber: „Es kommt nicht darauf an, was einer mitbringt, sondern was einer daraus macht“. Aus Organminderwertigkeit, Verwöhnung und Vernachlässigung erwächst die Neurose, „anlässlich einer Aufgabe, die mehr Gemeinschaftsgefühl zur Lösung erfordert als der Betreffende in sich trägt.“ Was für den Patienten als zu schwierig erscheint, ergibt sich durch Einfühlung in die „Meinung“ des Patienten. Die schon an anderem Ort beschriebenen 4 Bewegungstypen des Neurotikers — Distanz, zögernde Attitüde, Ausbiegung vor dem Problem und verminderte Aufmarschbreite — werden noch einmal kurz beschrieben.

Erwin Wexberg (Wien).^o

Laubenthal, F.: Kasuistischer Beitrag zur Psychologie der „Unfallneurosen“. (*Univ.-Klin. f. Psychisch- u. Nervenkrankh., Bonn.*) Dtsch. med. Wschr. **1932 II**, 1492 bis 1493.

Wiewohl es keinem Zweifel unterliegen kann, daß in vielen Fällen primitive Sicherungstendenzen — letztlich im Sinne des Rentenbegehrens — neuroseschaffend und neuroseformend sind, so wäre es doch falsch, aus der Gleichheit der Symptomatologie auch auf eine ständig gleiche Wurzel der Neurose, etwa auf Sicherungstendenzen oder direktes Rentenbegehren, zu schließen. In dem vom Verf. mitgeteilten 3 Fällen waren es vielmehr echte Konflikte und Konfliktreaktionen, insbesondere Konflikte der Sexualsphäre, welche ihre äußere Legitimation in der Symptomatologie der Unfallneurose fanden. Die Tendenz der Neurose war weder ein Rentenbestreben noch ein Rechtsstreben, sondern der Unfall wurde als (willkommener) Anlaß genommen, eine schon vorher, wenn auch in anderer Form, vorhandene Neurose zu manifestieren

und gleichzeitig zu legitimieren. In diesen 3 Fällen handelte es sich um Sexualneurosen (Furcht vor Onaniefolgen, Schuldgefühle nach Abort usw.), deren Symptome von den Kranken der Umwelt gegenüber bislang auf den erlittenen Unfall bezogen worden waren und die von den Vorgutachtern entweder hysterischen Sicherungstendenzen im Sinne des Rentenbestrebens zur Last gelegt worden waren oder als Ausdruckssymptome einer organisch bedingten Charakterveränderung angesehen worden waren. Der Schluß der aktuellen Bedingtheit der Unfallneurose soll zwar nicht gezogen, auch die Bedeutung der Sicherungstendenzen für die Entstehung unfallneurotischer Zustandsbilder nicht unterschätzt werden; es soll aber auf die (für die Therapie unumgängliche) Notwendigkeit möglichst eingehender individueller Begutachtung hingewiesen werden.

Kurt Mendel (Berlin).

Ortega, Juan Manuel: Hysterische Amaurose nach Augenverletzungen. (*Clin. de Oft., Hosp. Milit. y Cruz Roja, Larache, Marruecos.*) Rev. cub. Oftalm. etc. 1, 256 bis 259 (1932) [Spanisch].

Auf Grund des sonstigen Befundes (hysterische Stigmata usw.) wurde die anfänglich als Simulation bewertete Blindheit trotz des vorangegangenen Trauma, das zu Cornealrandverletzungen, kleinen Glaskörperblutungen geführt hatte, als psychogene angesehen.

Pfister (Bad Sulza).

Mellinghoff, Karl: Über posttraumatischen Parkinsonismus. Freiburg i. Br.: Diss. 1932. 29 S.

Als Beweis für die Möglichkeit, daß durch ein Kopftrauma bei einem gesunden Menschen ein Parkinsonismus hervorgerufen werden kann, wird folgender Fall veröffentlicht: Ein 42-jähriger stets gesunder und angeblich erblich nicht belasteter Mann stürzt vom Motorrad, erleidet eine Commotio, ist bewußtlos, dann noch etwa 8 Tage benommen. Reißquetschwunde unterhalb des linken Auges. Kein abnormer Röntgenbefund. 3 $\frac{1}{2}$ Monate später werden die ersten parkinsonistischen Erscheinungen festgestellt. Maskengesicht, nach vorn gebeugte Haltung, Zittern der vorgestreckten Finger. Außerdem aber angeblich Fieberanfälle bis 40°. Später neurologisch festgestellt: Fettgesicht, rechtsseitige Pupillenstarre, $\frac{5}{4}$ Jahre nach Unfall auffallend starkes Fettpolster am Bauch, träge Pupillenreaktion, Tonuszunahme an allen Gliedern neben Herabsetzung der Kraft, kein Ruhe-zittern, wohl aber Bewegungszittern, Parkinsonhaltung. Später dann gewisse Besserung, dabei psychogene Überlagerung. (Die Diagnose des traumatischen Parkinsonismus scheint dem Ref. nicht erwiesen. Chronische Encephalitis? ?)

F. Stern (Kassel).

Horn, Paul: Basedowsche Krankheit und Schreckeinwirkung. Ärztl. Sachverst.ztg 38, 295—300 (1932).

Beim Basedow post trauma ist immer eine gewisse Disposition zur Erkrankung anzunehmen. Häufig handelt es sich überhaupt nicht um einen echten Basedow, sondern lediglich um eine sonstige Thyreotoxikose nichttraumatischen Ursprungs, die entweder schon lange vor dem Unfälle bestand oder erst in späterer Zeit sich aus inneren Gründen eingestellt hat. Verf. teilt folgenden Fall mit:

45jähriger Maurer. Vor dem Kriege stets gesund. 1914—1917 an der Front; andauernde schwere Strapazen und seelische Erschütterungen. 1915 infolge eines Granateinschlages fortgeschleudert. Seit 1915 Angstgefühl, Stiche, Unruhe in der Herzgegend. 1917 „Zusammenbruch“. 1930 Basedow. 30% erwerbsunfähig. Die Basedowsche Krankheit ist im Sinne einer Überfunktion der Schilddrüse durch den 1915 erlittenen Schreck (Granateinschlag) ausgelöst worden, so daß hierfür D.-B. angenommen werden muß.

Schlußsätze: Basedowsche Krankheit kann im Anschluß an Schreckeinwirkung oder sonstige schwere Gemütserschütterung bei vorhandener Veranlagung zur Auslösung kommen. Auslösung einer Basedowschen Krankheit ist bei Sozialversicherten bzw. Kriegsteilnehmern dann als entschädigungspflichtig anzuerkennen, wenn vor dem angeschuldigten Ereignisse Krankheitserscheinungen fehlten und bis zum Auftreten sicherer Basedowsymptome ein kontinuierlicher Zusammenhang in Form von Brückenerscheinungen gegeben ist. Basedowsche Krankheit nach Schreckeinwirkung zeigt sich meist in den ersten Wochen nach dem schädigenden Ereignisse, ist aber auch bei späterem Auftreten noch als Unfall- bzw. D.B.-Folge anzuerkennen, wenn kennzeichnende Brückensymptome in lückenloser Weise zum Basedowschen Krankheitsbilde hinüberleiten. Fehlen Brückensymptome, so kann ein späteres Auftreten von

Basedowscher Krankheit, etwa nach längeren Wochen, nicht mehr mit ausreichender Wahrscheinlichkeit als Unfall- bzw. D.B.-Folge anerkannt werden, selbst wenn das angeschuldigte Ereignis nach Art und Erheblichkeit zur Auslösung von Basedowscher Krankheit geeignet gewesen ist. Differentialdiagnostisch in Rücksicht zu ziehen sind in erster Linie Thyreotoxikosen nichttraumatischen Ursprungs. Das Auftreten von traumatisch bedingter Basedowscher Krankheit kann in auffälliger, akuter, oder, vor allem bei längerdauernden Gemüterschütterungen mit summierender Wirkung (z. B. Kriegsstrapazen), auch in mehr subakuter oder chronischer Verlaufsform sich vollziehen. (Vgl. Arbeit des Referenten: Basedowsche Krankheit und Unfall, diese Z. 19, 123.)

Kurt Mendel (Berlin).

Jonas, Vrat, et Pavel Lukl: Obésité portant presque exclusivement sur la partie supérieure du corps; évolution après un traumatisme de la tête. (Fettansatz nur im Bereich des Oberkörpers nach Kopfunfall.) (*Soc. de Neurol., Prague, 21. X. 1931.*) *Revue neur.* 39, II, 291—292 (1932).

In der Familie der 28jährigen Frau keine Anlage zu Fettsucht; Periode und Geschlechtstrieb bis zur Krankheit normal; verheiratet seit 6 Jahren; seit 5 Jahren Gewichtszunahme und zwar beginnend 6 Monate nach einer Verletzung am Kopf, durch Fall von einer Treppe, 3,50 m hoch, mit einige Minuten dauerndem Bewußtseinsverlust. Vor dem Dickerwerden hörte die Regel 3 Monate lang auf. Später wurden die Blutungen sehr stark und dauerten 3 Wochen. Während eines Zeitraumes von 3 Jahren kontinuierlich zunehmendes Gewicht. Seit 2 Jahren wiegt die Kranke 28 kg mehr als vorher. Seit dieser Zeit ist der Fettansatz fast stationär und die Blutungen vermindern sich, aber noch nicht bis zur Norm. Die Kranke veränderte sich im Gesicht so, daß sie von früheren Bekannten nicht wiedererkannt wurde. Die Haut an Gesicht und Hals wurde lebhaft rot. Sie fühlte oft Blutandrang und Hitzewallungen zum Kopf. In der letzten Zeit traten Schwächezustand und Schmerzen in den Beinen auf. Sie verlor alles Interesse sowohl an geistiger wie an körperlicher Tätigkeit. Bis zuletzt litt sie niemals an Kopfschmerzen, keine Übelkeit, kein Erbrechen, keine Bewußtseinsstörungen. Sie klagte weder über Zunahme von Durst noch Urin. Die Intelligenz ist normal geblieben. Bei der Patientin, die 78 kg bei einer Größe von 1,56 m wiegt, erstreckte sich der Fettansatz auf Gesicht, Hals, Nacken, Rücken, Brüste, Oberbauch und Hüfte, während der Unterbauch, das Gesäß und die Beine normal blieben. Die Haut des Gesichts, des Halses, des Nackens und die Kopfhaut waren lebhaft rot. An den Beinen fand sich eine deutliche Stauung. Lunge und Herz waren gesund. Störungen der Menstruation lassen einen endokrinen Ursprung dieser Fettsucht annehmen, ihre segmentäre Ausbreitung und Beschränkung auf den Oberkörper Veränderungen der grauen Substanz am Boden der 3. Gehirnkammer.

Spiecker (Duisburg).

Heine, L.: Zwei Fälle von Verletzung eines blinden Auges mit Rentenansprüchen. (*Univ.-Augenklin., Kiel.*) *Med. Klin.* 1932 II, 1523—1524.

1. Fall. Stückchen Stein in das rechte Auge geflogen. Die anatomische Untersuchung ergab im vorderen Abschnitt Kontusionsveränderungen wie Blutung in Vorderkammer, Pigmentverstrengung in der hinteren Kammer; im hinteren Abschnitt aber Knochenbildung der Aderhaut, totale Netzhautablösung mit Knötchentumoren in der Netzhaut (Angiogliosis). — Demnach hat eine geringfügige Verletzung ein blindes, innerlich schwer erkranktes Auge betroffen; die Verletzungsfolgen zwangen zwar zur Entfernung des Auges, eine Unfallrente ist aber nicht gerechtfertigt. — 2. Fall. Rechtes Auge seit Jahren erblindet, Schmerzen im Anschluß an Kleehalmverletzung. Links Erhöhung des Augendruckes mit Sehschärfe $\frac{6}{24}$. Wegen absoluten Sekundärglaukoms Enucleation des rechten Auges, hiernach links normaler Augendruck mit Sehschärfe $\frac{6}{8}$. — Heine hält für möglich, daß durch die Kleehalmverletzung ein frischer Reizzustand des erblindeten rechten Auges gesetzt wurde, welcher das linke Auge ungünstig beeinflußt hat (vielleicht reflektorisch bedingte Pupillenerweiterung). Eine Beschränkung der Erwerbsfähigkeit hat der Unfall nicht zur Folge gehabt. G. Abelsdorff (Berlin).

Akerman, J.: Rapport sur les résultats des fractures de la colonne vertébrale. (Die Spätresultate bei den Verletzungen der Wirbelsäule.) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) *Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh.* 311—315 (1931).

In Schweden kann man die Arbeiter auf zweierlei Weise gegen die Schäden und Unfälle der Arbeit schützen: einmal durch die staatliche Versicherung, dann durch Versicherung bei den Gesellschaften auf Gegenseitigkeit. Es handelt sich etwa um $1\frac{1}{2}$ Millionen Arbeiter, von denen etwa 1 Million bei der staatlichen Versicherung versichert sind. Die Zahl der Unfälle beträgt etwa 130000 pro Jahr; davon entfallen etwa 75000 auf die staatliche Versicherung, 55000 auf die privaten Gesellschaften. Der Bericht des

Redners bezieht sich auf die Unfälle der Wirbelsäule, die in den Jahren 1918—1927 bei der staatlichen Versicherung gemeldet wurden. Frakturen der Wirbelbogen und der Querfortsätze, Frakturen des Os sacrum und Frakturen, die mit anderen schweren Verletzungen kompliziert waren, sind bei dieser Zusammenstellung nicht berücksichtigt worden. Unglücksfälle, bei denen der Tod so rasch eintrat, daß die Verletzten nicht mehr in ärztliche Behandlung kamen, sind ebenfalls nicht berücksichtigt. Alle berücksichtigten Fälle sind in öffentlichen Krankenhäusern behandelt und geröntgt worden. Die Zahl der berücksichtigten Fälle beträgt dann 304. Von diesen Unfällen betrafen 68 die Halswirbelsäule (= 22,3%); 102 die Brustwirbelsäule (= 33,6%); 134 die Lendenwirbelsäule (= 44,1%). 30% sind Frauen, die übrigen Männer im mittleren Alter. Verf. bringt dann 4 Tabellen, in denen er Zahlen bringt über die Mortalität, die Dauer der Erkrankung, die vorübergehenden und die Dauerrenten. Die echten Wirbelfrakturen, ohne sonstiges schwere Verletzungen, sind selten. Von den Verletzten stirbt ungefähr $\frac{1}{4}$ (= 22%). Von den übrigen kommt fast die Hälfte zur Genesung (= 37%) und bezieht nur eine Krankenrente; die 2. Hälfte (= 41%) bleibt invalide mit einer vorübergehenden Rente (der kleinere Teil) oder einer Dauerrente (der größere Teil). Die Zahl der Todesfälle ist höher bei den Brüchen der Halswirbelsäule (= 44%) und ziemlich niedrig bei den Brüchen der Lendenwirbelsäule (= 12%); die Frakturen der Brustwirbelsäule haben eine mittlere Sterblichkeit, nämlich 22%. Die Überlebensdauer betrug einige Tage bei den Frakturen der Halswirbelsäule, etwa 1 Monat bei den Frakturen der Brustwirbelsäule und 4—5 Monate bei den Frakturen der Lendenwirbelsäule. Diejenigen, welche nur eine Krankenrente bezogen, erholten sich im allgemeinen in 4—5 Monaten; die Renten wurden etwa bis zu 1 Jahr gewährt. Mehr als der 3. Teil von den Rentempfängern ist später wieder zu seiner früheren Arbeit zurückgekehrt (Übergangsrente). Den übrigen $\frac{2}{3}$ hat man eine Dauerrente zubilligen müssen. Die Zeit, die zwischen dem Unfall und der Festsetzung der Dauerrente vergangen ist, betrug etwa 3 Jahre, mitunter auch länger. Der Unterschied zwischen der 1. Rente (Übergangsrente) und der definitiven Rente betrug nur 10%; das beweist also, daß man bei diesen schweren Fällen nicht auf eine wesentliche spätere Besserung hoffen darf. Von allen Überlebenden (236 von 304) waren 5% Vollinvalide; 20% hatten die Hälfte oder mehr als die Hälfte ihrer Arbeitskraft verloren; 25% bekamen eine kleine definitive Rente (10—25%). Die Spätresultate der Frakturen der Wirbelsäule sind also durchaus nicht so schlecht, wie man zunächst denken könnte, wenn man nur die frischen Fälle sieht, die in den Spitälern liegen, und wie die Fälle im allgemeinen von den Ärzten beurteilt werden.

Zillmer (Königsberg i. Pr.).

Magnus, Georg: Spätfolgen und Anpassung traumatischer Läsionen der Wirbelsäule. (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrhk. 336—343 u. 376—381 (1931).

Die Brüche der Wirbelsäule gehören zu den häufigsten Verletzungen des Bergbaus. Das Material bricht in großen Massen „aus dem Hangenden“ herein und begräbt den Bergmann, der kniend oder hockend seine Arbeit verrichtet. Häufig wird der Mann durch die Last der fallenden Massen vollständig zusammengeklappt: er liegt mit dem Kopf zwischen seinen Knien. Die Wirbelsäule als Ganzes bricht dabei im Sinne der Biegung, der einzelne Wirbel mit dem Mechanismus der Kompression. Im Scheitel der Kurve wird ein Wirbelkörper in der sich schließenden Zange der beiden Nachbarn zusammengedrückt: er wird dabei im ganzen verschmälert und bekommt in seitlicher Ansicht die Keilform mit der Schneide nach vorn. Dieser Mechanismus steht durchaus im Vordergrund bei der Entstehung des Wirbelbruches; fast $\frac{3}{4}$ aller Wirbelbrüche kommen so zustande. Der Rest entsteht durch Fall auf den Rücken, Gesäß oder Füße. Wenn Verf. alle unklaren Fälle ausscheidet, und auch alle Fälle, bei denen andere schwere Verletzungen im Vordergrund des Interesses standen, so bleiben immer noch 827 Menschen mit sicherem Bruch eines oder mehrerer Wirbel übrig, die Verf. selbst gesehen hat. Von diesen sind 396 im Bergmannsheil behandelt worden.

In 676 Fällen handelte es sich um den Bruch eines Wirbels, 143mal waren 2 Wirbel gebrochen (davon 116mal 2 benachbarte, 27mal nicht benachbarte Wirbel); 5mal bestand ein 3facher Bruch und 3mal eine reine Luxation. Die Verteilung ist so, daß der I. Lendenwirbel mit 242 Fällen mit Abstand an der Spitze steht; dann folgt der XII. Brustwirbel mit 183, der II. Lendenwirbel mit 149 Fällen. Unter den Doppelbrüchen ist die Kombination XII. Brustwirbel und I. Lendenwirbel 31mal vertreten, dann folgt I. Lendenwirbel und II. Lendenwirbel, sowie II. und III. Lendenwirbel je 17mal, XI. und XII. Brustwirbel je 16mal. Die bekannte Häufung um den I. Lendenwirbel hat sich also durchaus bestätigt. Außerdem bestand noch eine Massierung an der unteren Halswirbelsäule, wo der VI. Halswirbel mit 16, der V. Halswirbel mit 12 Fällen einen weiten Vorsprung vor ihren Nachbarn haben. Verf. weist dann darauf hin, daß seine Fälle kein richtiges Bild geben können hinsichtlich des Auftretens von Lähmungen. Unter seinen 827 Fällen finden sich nur 147mal Lähmungen. Diese Zahl ist aber zu niedrig, weil die schweren Lähmungsfälle, die in anderen Krankenhäusern des Kohlenreviers schnell zugrunde gehen, nicht in Erscheinung treten, und ebensowenig die Kranken, die mit schweren Lähmungen als Dauerzustand aus den Krankenhäusern entlassen, niemals zu Nachuntersuchungsterminen geladen werden. Haumann, der ein gleiches Material bearbeitet hat und dabei sämtliche Fälle wenigstens aktenmäßig erfaßt hat, kommt zu dem Resultat, daß 40—50% der Fälle durch Lähmungen kompliziert sind. Ebenso sind bei der Magnusschen Zusammenstellung die Todesfälle zu gering angesetzt; Haumann berechnet bei Zugrundelegung eines 5jährigen Krankenhausmaterials eine Gesamt mortalität von etwa 20%. Der Transport der Wirbelverletzten galt als gefährlich, weil es noch nachträglich zu einer Verschiebung der Fragmente und zu sekundären Lähmungen kommen könnte. Verf. teilt diese Besorgnis nicht: der zusammengestauchte Wirbel bildet eine sehr feste Masse, und die Gefahr einer zufälligen Lösung ist sehr gering. Die 1. Untersuchung stellte mit dem Befunde des Wirbelbruches fest, ob und in welchem Umfange Lähmungen vorliegen. Sobald Nervenstörungen vorliegen, erhebt sich die Frage, ob wir therapeutisch vorgehen sollen oder nicht. Verf. hat sich bisher noch nie zu einer frühen Laminektomie entschließen können. Einmal zeigen die Paraplegien, die alsbald zugrunde gehen, bei der Autopsie sehr deutlich, daß das Mark tatsächlich durchtrennt ist, und andererseits ist die Prognose nicht so absolut infaust, wie sie immer hingestellt wird. Von 79 kompletten Paraplegien, die Verf. in 2 Jahren sah, starben 16 und 42 blieben völlig unverändert. Aber 10 besserten sich erheblich, 7 wurden fast geheilt und 4 komplette Paraplegien gingen vollständig zurück. Bei keinem dieser Fälle war das Zurückgehen der Lähmungen ein Erfolg irgendeiner Therapie, sondern alle besserten sich ohne ärztliches Handeln. Bezüglich der weiteren Behandlung stellen die Kranken mit Lähmungen sehr hohe Anforderungen an Arzt und Pflegepersonal. Für die gelähmten Harnwege bleibt das beherrschende Mittel der Dauerkatheter. Von 48 Teillähmungen blieben 28 unverändert, 3 wurden gebessert und 17 geheilt. Von 8 Lähmungen von Blase und Mastdarm verschwanden 6 und 2 blieben; 2 Mastdarmlähmungen gingen nicht zurück; von 12 isolierten Blasenlähmungen blieben 4 unverändert, 8 wurden geheilt. So drückend der Verlauf bei den Gelähmten im allgemeinen ist, so erfreulich sind die Resultate des einfachen Wirbelbruches. Im Durchschnitt betrug die Krankdauerzeit (berechnet aus 258 bei Verf. behandelten, abgeschlossenen und unkomplizierten Fällen) 15,7 Wochen. Die Verletzten gingen nach dieser Zeit mit einer durchschnittlichen Anfangsrente von 44,7% an die Arbeit. Am Schlusse des 1. Jahres bezogen 225 Verletzte eine Rente von 37,4%, nach 2 Jahren 180 eine Rente von 28,3%. Nach Haumanns Zusammenstellungen ist nach 6 Jahren ziemlich genau die Hälfte aller unkomplizierten Wirbelbrüche wieder voll erwerbsfähig und ohne Rente. Wer einen Stützapparat bekommt und trägt, ist „korsettkrank“, ist ein Krüppel durch unzureichende Therapie. Wie ungünstig die Fixationsbehandlung die Heilung der Wirbelfraktur beeinflußt, er-

geben folgende Zahlen: Die Krankfeierzeit beträgt bei den mit Fixation behandelten Kranken 28,4 Wochen gegenüber 15,7 bei den Fällen des Verf. Die 1. Rente betrug 66,6% gegenüber 44,7%; die Rente am Ende des 1. Jahres 63,2% gegenüber 37,4%; nach 2 Jahren 52,1% gegenüber 28,3%. Diese Zahlen werden mit der Zeit noch ungünstiger, weil die Zahl der nicht mehr Entschädigten schnell anwächst, während man einem Korsettträger nicht zumuten kann, volle Arbeit zu leisten. Verf. hat noch keinen Korsettträger ohne Rente gesehen. Verf. ist der Ansicht, daß das Korsett, abgesehen von seiner ungünstigen psychischen Beeinflussung, einen schädlichen Einfluß auf den Heilungsverlauf und den ganzen Zustand der Wirbelsäule ausübt. Er hält es durchaus für möglich, daß wenigstens ein Teil der als Kümmellsche traumatische Spondylitis oder Schanzsche *Insufficiencia vertebrae* beschriebenen Fälle eine solche Korsettatrophie darstellt. Verf. weist dann noch darauf hin, daß zuweilen die Callusbildung in der Umgebung der Fraktur als Arthritis deformans angesehen wird; das trifft nicht zu: die Reparationsvorgänge der Fraktur erstrecken sich wie bei anderen Frakturen auch bis in die Umgebung. Dagegen besteht die Möglichkeit, daß eine allgemeine Arthritis der Wirbelsäule durch das Trauma, welche die Fraktur verursachte, verschlimmert wird. Anschließend streift Verf. noch kurz die Brüche der Fortsätze. Die Verletzten erhalten zunächst eine Rente von 20%, die fast immer im Laufe des 1. Jahres wieder in Fortfall kommen kann. Über das 2. Jahr hinaus ist niemals eine Entschädigung erforderlich.

Zillmer (Königsberg i. Pr.).

Michel, Gaston: Les résultats tardifs et l'accoutumance dans les lésions traumatiques du rachis. (Die Spätfolgen und die Gewöhnung bei traumatischen Wirbelsäulenläsionen.) (*Clin. Chir., Fac. de Méd., Nancy.*) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 345—360 (1931).

Die Prognose der Wirbelsäulenverletzungen hängt zum Teil — aber nicht immer — von der Schwere des Traumas ab. Selbst sehr schwere Verletzungen können fast ganz ausheilen. Die anfänglichen Rückenmarkssymptome sind öfter die Folge einer peri- oder intramedullären Blutung als einer organischen Rückenmarksläsion. Ein selbst sehr leichter Unfall kann schwere Spätfolgen hervorrufen. Verf. spricht die einzelnen Wirbelsäulenverletzungen und ihre Behandlung durch und zeigt, wie sehr sich seit der Röntgenära die Diagnose und Behandlung geändert haben. Zur Vermeidung von schweren Irrtümern empfiehlt er Anfertigung von Röntgenaufnahmen von vorn und von der Seite. Die Kümmellsche Krankheit kommt — wenn auch selten — vor, meist handelt es sich um eine verkannte Fraktur.

Kurt Mendel (Berlin).

Crouzon, O.: Séquelles nerveuses tardives des traumatismes du rachis. (Nervöse Spätfolgen der Wirbelsäulenverletzungen.) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 361—375 (1931).

Verf. bespricht die Ursachen und Lokalisationen der Wirbelsäulenverletzungen, deren Symptomatologie sowie die Spätfolgen der kompletten und inkompletten Rückenmarksdurchtrennungen, die Hämatomyelie, die medulläre Kompression und Erschütterung, die klinischen Formen der Spätfolgen je nach Höhe und Ausdehnung der Rückenmarksläsion und schließlich die Therapie.

Kurt Mendel (Berlin).

Serra, A.: Observations sur les séquelles des lésions traumatiques du rachis. (Beobachtungen über die Folgen der traumatischen Läsionen der Wirbelsäule.) (*Hôp. „B. Mussolini“, Bologna.*) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 391—394 (1931).

Nachuntersuchungen an 112 Fällen von Wirbelfraktur. Besprochen werden die Symptomatologie, insbesondere die Wurzel- und Rückenmarkssymptome. Ganz besonders wird auf einen Symptomenkomplex aufmerksam gemacht, der bei leichten Halswirbelsäulenverletzungen vorkommt: Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, Sehstörungen, Veränderungen des Herzrhythmus bei Rumpf- und Kopfbewegungen. Dieses Syndrom ist auf Schädigung der höheren Zentren zurückzuführen. Ähnliche Befunde wurden von Neri bei Kriegsverletzten anlässlich von Halswirbelsäuleläsionen erhoben. Mit

Neri angestellte Tierexperimente bezweckten, die Wirkung der Reizung des Plexus der A. vertebr. auf den bulboerebellaren und Gesamtkreislauf festzustellen. Richtige Frakturen des 5. Lendenwirbels sind verhältnismäßig selten. Einen typischen Fall Kümmelescher Krankheit sah Verf. nicht.

Kurt Mendel (Berlin).

Schanz, A.: Spätfolgen von Wirbelsäulenverletzungen. (*Genf, Sitzg. v. 3. bis 8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 398—400 (1931).

Verf. geht von der normalen Anatomie und Physiologie der Wirbelsäule aus. Die Konstruktion des Wirbelkörpers ist nur als „kümmerlich“ zu bezeichnen. Wenn Schädigungen der Zwischenwirbelscheiben eine Wirbelsäule aus dem statischen Belastungsgleichgewicht bringen, dann müssen die für eine *Insufficiencia vertebrae* charakteristischen Krankheitserscheinungen entstehen.

Kurt Mendel (Berlin).

Oller, A., et J. Bravo: La maladie Kümmele comme accident de travail. (Kümmelesche Krankheit als Unfallfolge.) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 400—406 (1931).

Es werden die Krankheitsgeschichten von 3 Patienten mitgeteilt, die ein Trauma der Wirbelsäule erlitten und bei denen nach einem relativ kurzen symptomfreien Intervall Affektionen im Bereich der Brust-Lendenwirbelgrenze festgestellt wurden. Während es sich im 1. Fall um eine *Spondylitis tuberculosa* handelte, lag bei den beiden anderen Kranken eine sichere Fraktur eines Wirbelkörpers vor. Leider sind — wie auch in den meisten Fällen des Schrifttums — keine Röntgenaufnahmen unmittelbar nach dem Unfall gemacht worden, so daß die Entwicklung des immer noch umstrittenen Krankheitsbildes nicht genauer verfolgt werden konnte. Am Schluß der Arbeit wird eine kurze Zusammenstellung des Unfallrentenverfahrens in den verschiedenen europäischen Ländern gebracht, wobei ausführlicher die neue spanische Gesetzgebung besprochen wird.

Baruch (Berlin).

Leclercq, J.: Tuberculose post-traumatique tardive de la colonne vertébrale. (Posttraumatische Spät tuberkulose der Wirbelsäule.) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 407—410 (1931).

Meist handelt es sich um früher schon vorhanden gewesene Wirbeltuberkulose, die der Unfall aufgedeckt oder verschlimmert hat. Fälle, wo das Trauma die tuberkulöse Infektion auf die Wirbelsäule lokalisiert hat, sind sehr selten. In 4 Fällen konnte Verf. einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Wirbeltuberkulose und Trauma bejahen. Den einen derselben teilt er mit; erst 19 Monate nach dem Unfall traten die ersten Schmerzen auf.

Kurt Mendel (Berlin).

Mutel et Gérard: Séquelles de fractures des corps vertébraux dorso-lombaires sans troubles nerveux. (Folgen von Frakturen der dorsolumbalen Wirbelkörper ohne nervöse Störungen.) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 411—414 (1931).

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Die Diagnose „lumbäre Kontusion“ ist schwer zu stellen und verlangt eine röntgenologische Bestätigung. Ist Patient nach 3 oder 4 Wochen Bettruhe nach dem Unfall transportfähig, so ist er zu röntgen, um so evtl. jede Fraktur auszuschließen und die Erlaubnis zur Wiederaufnahme der Arbeit zu geben; es liegt dies im sozialen Interesse des Arbeiters und im pekuniären Interesse der Kassen. Besondere Vorsicht ist erforderlich bei der Beurteilung von Wirbelsäulenverletzungen bei älteren Arbeitern, deren Skelet infolge der erworbenen Zerbrechlichkeit eher frakturiert und bei denen die senile und rheumatische Spondylose abnorme Reaktionen auslöst.

Kurt Mendel (Berlin).

Segre, Giulio: Artriti post-traumatiche della colonna vertebrale. (Posttraumatische Arthritis der Wirbelsäule.) (*Istit. e Clin. di Pat. Chir., Univ., Torino.*) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 415 bis 418 (1931).

Bei den Unfallverletzungen der Wirbelsäule besteht keine regelmäßige direkte Beziehung zwischen Schwere des Traumas und Schwere der röntgenologisch erkennbaren Veränderungen. Es ist bekannt, daß erhebliche Traumen unter Umständen nur ganz geringe Folgen haben

können. An Hand von 2 Fällen weist der Verf. darauf hin, daß umgekehrt relativ leichte Unfallverletzungen der Wirbelsäule zu röntgenologisch recht ausgesprochenen Veränderungen führen können. Es ist zu unterscheiden zwischen unmittelbaren Folgen (Frakturen, Infraktionen) und Spätfolgen. Als solche Spätfolge kommt vor allem die deformierende Arthritis ziemlich häufig vor. Auch bei röntgenologisch recht ausgesprochenen Veränderungen sind die Heilungsaussichten gut. In beiden beschriebenen Fällen (mit Entschädigungsansprüchen) wurde nach geeigneter Behandlung ein befriedigender Erfolg erzielt. *Ritter (Halle).*

Milko, W.: Die Frage der Entschädigung bei Spondylitis deformans. (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 425 bis 428 (1931).

Chronisch entzündliche Veränderungen der Wirbelsäule sind im höheren Alter sehr häufig und röntgenologisch leicht nachzuweisen. Sie können lange Zeit beschwerdefrei verlaufen. Nicht selten werden sie als Zufallsbefund entdeckt. Jedenfalls ist die Entwicklung des Prozesses eine sehr langwierige. Die Spondylitis deformans kommt bei Schwerarbeitern (Lastenträgern usw.) verhältnismäßig häufig zur Beobachtung; als Folge einer fortgesetzten vermehrten Inanspruchnahme der Wirbelkörper und -gelenke. Ein einmaliges erhebliches Trauma kann die Entwicklung oder Verschlimmerung der Krankheit befördern. Zumeist aber ist der ursächliche Zusammenhang zwischen Spondylitis deformans und Trauma abzulehnen. Entschädigungsansprüche sind mit besonderer Vorsicht zu prüfen. Am Schluß stellt Verf. folgende Leitsätze als Richtschnur auf: 1. Als direkte Unfallsfolge kann die Spondylitis deformans nur in den seltenen Fällen in Betracht kommen, wo dem deformierenden Prozeß und den dadurch bedingten subjektiven Beschwerden ein die Wirbelsäule selbst angreifendes schweres Trauma (Fraktur, Kontusion usw.) vorausgegangen ist. 2. Unbedingt erforderlich ist der Nachweis vollständiger Arbeitsunfähigkeit unmittelbar oder kurze Zeit nach dem Unfall. Ansprüche, wo noch längere Zeit nach dem angeblichen Unfall schwere Arbeit verrichtet werden konnte, werden abgewiesen. 3. Eine Verschlimmerung der bereits bestehenden Spondylitis deformans durch den Unfall kann ebenfalls nur dann erwogen werden, wenn ein schweres Trauma die Wirbelsäule selbst ergriffen und sofortiges Niederlegen der Arbeit verursacht hat. 4. Die traumatische Genese wird abgelehnt in allen Fällen, wo schon kurze Zeit (einige Wochen oder Monate) nach dem angegebenen Unfallstermin fortgeschrittene Deformation der Wirbelkörper und -gelenke nachzuweisen sind, da solche Veränderungen erfahrungsgemäß viel längere Zeit zu ihrer Entwicklung brauchen. 5. Traumen ohne direkte Verletzung der Wirbelsäule (wie Überanstrengung bei Heben schwerer Gegenstände usw.) können als Ursache einer später sich entwickelnden Spondylitis deformans nicht anerkannt werden. 6. Verminderung der Erwerbsfähigkeit durch den Unfall wird selbst bei bewiesenem Zusammenhang nur dann festgestellt, wenn die Krankheitssymptome (Störungen der Beweglichkeit, Schmerzen usw.) bei sicherer Ausschließung der Aggravation durch die bestehenden Wirbeldeformitäten genügend erklärt und andere Krankheiten (Lumbago, Ischias, Neuritis usw.) auszuschließen sind.

In der Aussprache zu diesem Vortrage Milkos fordert Steinmann zwei Einschränkungen der aufgestellten Thesen: 1. darf man die Überanstrengung (Verheben) als Ursache der Spondylitis deformans nicht ausschließen, da sie bekanntlich auch zu Wirbelfrakturen und damit zu traumatischer Spondylitis deformans führen kann, 2. darf nicht vom angeschuldigten Unfall gefordert werden, daß er zur sofortigen Arbeitsniederlegung führte, denn wir kennen genug Fälle von Wirbelfrakturen, welche ohne sofortige Arbeitsniederlegung einhergehen. *Kurt Mendel (Berlin).*

Mazel, Pierre, et Pierre Robin: Réflexions à propos de 55 cas de fractures vertébrales. (*Statistique personnelle.*) (Überlegungen anlässlich von 55 Fällen von Wirbelbrüchen. [Persönliche Statistik.]) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 428—438 (1931).

Mit Ausnahme der seltenen Fälle von deutlicher Wirbeldeformation oder medullärem Befallensein führt eine klinische Untersuchung, und sei sie noch so sorgfältig ausgeführt, nicht zur sicheren Diagnose eines Wirbelbruchs. Sie kann nur unter Berücksichtigung der ätiologischen Daten den Verdacht einer solchen Diagnose vermuten.

Um sie zu bestätigen, ist das Röntgenbild unerlässlich. Die Röntgendurchleuchtung ist alsbald nach dem Unfall auszuführen. Einige Monate später ist sie zu wiederholen, sie hat en face und en profil zu erfolgen. Die Kümmeleische Krankheit ist sehr selten; meist handelt es sich um im Beginn nicht diagnostizierte, aber später durch Röntgenstrahlen offenkundig gewordene Wirbelfrakturen. Bei einfachem Bruch eines Processus transversus ist die Konsolidierung nach 6 Wochen bis 3 Monaten zu erwarten. Eine Besserung der Wirbelläsion ist anzunehmen, wenn die klinische Untersuchung und das Röntgenbild keine Verstärkung der Läsionen und der alten Störungen aufdecken; in diesen Fällen hat — so muß man logischerweise annehmen — der frakturierte Wirbel mehr Festigkeit wieder erlangt, so daß gewisse, vorher nicht ohne Schaden ausführbare Berufsarbeiten wieder möglich geworden sind. Von jetzt an kann der Grad der Erwerbsbeeinträchtigung auf 25—10% gesenkt werden. Partielle Frakturen der Wirbelsäule ohne medulläre Symptome sind häufig. Die Lumbalregion ist bevorzugt. Spätkomplikationen sind selten. *Kurt Mendel (Berlin).*

Ernst, Max, und Römmelt: Über traumatische und pathologische Querfortsatzbrüche der Lendenwirbelsäule. (*Chir. Univ.-Poliklin., München.*) Dtsch. Z. Chir. **237**, 580—601 (1932).

In der Arbeit werden 50 isolierte Querfortsatzbrüche einer genaueren wissenschaftlichen Prüfung unterworfen. Sie betreffen meist Angehörige von Berufsgruppen, in denen schwere direkte Gewalteinwirkungen auf den Rücken besonders oft vorkommen. Bei der Erkennung der Verletzung spielen die bekannten Erscheinungen eine bescheidene Rolle. Am wertvollsten ist noch das Payersche Symptom, stärkere Schmerzhaftigkeit bei Rumpfneigung nach der gesunden Seite hin. Allgemein kann die klinische Untersuchung allein kaum mehr als den Verdacht auf Querfortsatzbruch erwecken. Das Röntgenbild schafft im allgemeinen sofort Klarheit. Dabei sind aber Mißdeutungen mancher Spielarten der Querfortsatzformen, bei Jugendlichen auch das Vorkommen von Spätapophysen, nach längerer Ruhigstellung oder Schonung sowie bei Systemerkrankungen der Knochen auch die häufige Kalkarmut der Querfortsätze zu beachten. Der Heilungsvorgang erstreckt sich über Wochen. Breite knöcherne Vereinigung war nach 4 Monaten vorhanden. Die bisweilen vorhandene übermäßige Callusbildung führt zu einem Mißverhältnis zwischen der Kleinheit des abgesprengten Knochenstückes und der Mächtigkeit des Callus. Etwa $\frac{1}{3}$ der Querfortsatzbrüche heilt nicht knöchern aus. War die Bruchlinie 4 Monate nach der Verletzung noch vorhanden, dann erfolgte nie mehr knöcherne Heilung. Auch nach Jahren noch waren abgesprengte Knochenstücke als gut erkennbare Kalkschatten zu sehen. Eine anatomische Ursache für die häufige Pseudarthrosenbildung hat sich nicht finden lassen. Weder der Stellung der Bruchstücke noch der Art der Behandlung kommt hierfür eine ausschlaggebende Rolle zu. Bei der Entstehung der Querfortsatzbrüche durch Muskelzug wirkt immer ruckweise unkoordinierte Beanspruchung der Rückenstrecker und -dreher. Sie führt stets zu ganz verschiedenen Bruchformen entsprechend dem verschiedenen Ausbildungsgrad der einzelnen Rückenmuskeln. Neben direkten und indirekten Brüchen beobachteten die Verf. auch pathologische Formen bei Geschwulstmetastasen, Hämangiom der Wirbelsäule, Tuberkulose usw. Sie dürften auch bei anderen destruierenden Vorgängen (Lues, Osteoporose, Ostitis fibrosa) vorkommen. Von Komplikationen der isolierten Querfortsatzbrüche wurden nur gelegentlich leichte Nierenblutungen gesehen. In der Behandlung wirkten sich entlastende Maßnahmen mit Sicherheit ungünstig aus. In den vorliegenden Fällen kam ausschließlich funktionelle Behandlung zur Anwendung. Die Ergebnisse sind gut. Beachtenswert ist die Beobachtung bei 5 nicht versicherten Studenten, die ihre Verletzung als Störung des Studiums empfanden und nur in 1 Falle eine ordnungsmäßige Behandlung erhielten. Trotzdem waren die Beschwerden in wenigen Tagen vollkommen zurückgegangen, so daß Unterricht und sportliche Tätigkeit wieder wie früher durchgeführt wurden. Bei der Unfallbegutachtung ist eine Anfangsrente von 10—20% angebracht, die nach 1 Jahre erlischt. Bei hartnäckigen Neur-

algien ist an Verschiebung des Bruchstückes nach den Zwischenwirbellöchern zu und an Beziehungen zu den Nerven zu denken. Nur in solchen Fällen kommt eine operative Entfernung des abgesprengten Stückes in Frage. *Drügg (Köln).*

Lop: De l'importance et de l'utilité médico-légales à radiographier le congénère sain dans le traumatisme d'un membre. (Die gerichtlich-medizinische Bedeutung und Nützlichkeit der Röntgenuntersuchung der gesunden Seite bei Verletzung auf einer Seite.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 14. XI. 1932.*) Ann. Méd. lég. etc. 12, 668—672 (1932).

In sehr aufrichtiger Weise berichtet Lop über einen Irrtum, den er bei einem Matrosen begangen hatte, indem er auf Grund einer Röntgenaufnahme eine Fraktur des Sprunggelenkes angenommen hatte, welche sich später auf Grund der Röntgenuntersuchung des gesunden Fußes als Sesambein herausstellte. Diese Erfahrung veranlaßte ihn, von da an immer die gesunde Seite mitzuuntersuchen und ergab in einem Falle eines behaupteten Traumas eine Exostose des Calcaneus, welche nicht traumatischen Ursprungs war. *Kalmus (Prag).*

Oller, A.: Die Lunatumnekrose der Hand als Folge eines Arbeitsunfalles. (*Staatl. Inst. z. Behandlung u. Berufl. Ausbildung von Arbeitsbeschädigten u. Lehrern, Hochsch. f. Sanitätswesen, Madrid.*) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 905—910 (1931).

Oller berichtet über 3 Fälle von Lunatummalacie und kommt zu dem Schluß, daß ein Arbeitsunfall angenommen werden muß, wenn ein Trauma von offenkundiger Gewalt zu sofortiger Arbeitseinstellung führte und später an gleicher Stelle wieder Beschwerden auftreten und das Röntgenbild die typischen Veränderungen zeigt.

Breißländer (Wittenberge).

Oller, A.: Lumbago traumatischen Ursprungs. (*Staatl. Inst. z. Behandlung u. Berufl. Ausbildung v. Arbeitsbeschädigten u. Lehrern, Hochsch. f. Sanitätswesen, Madrid.*) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 995—1004 (1931).

Berücksichtigt sind 54000 Arbeitsunfälle aus dem Jahre 1929 und 1474 Diagnosen von traumatischer Lumbago. Diese Diagnose wird oft zu Unrecht gestellt. In den meisten Fällen ist das Trauma eine übermäßige Kraftanstrengung, so beim Tragen einer schweren Last, beim Ausführen schwerer körperlicher Arbeit usw. In anderen Fällen war das Trauma direkt: Herabfallen aus großer Höhe, Schlag auf den Rücken durch einen Stein, Sack usw. In der Mehrzahl der Fälle beginnt der Rückenschmerz unmittelbar nach dem Trauma, die Arbeit muß sofort eingestellt werden. In 18 Fällen wurde mit Sicherheit eine Radiculitis, in 5 Fällen eine Funiculitis nachgewiesen. In 12 Fällen waren die Schmerzen nachts merklich stärker. Eine Muskelkontraktion mit Skoliose zeigt sich fast regelmäßig, desgleichen eine Beschränkung der Rumpfbewegungen. Als Therapie empfiehlt Verf. Ultraviolettbestrahlungen. *Kurt Mendel (Berlin).*

Bonnet-Roy, F.: Ostéomyélite du maxillaire inférieur et traumatisme. (Osteomyelitis des Unterkiefers und Trauma.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 13. VI. 1932.*) Ann. Méd. lég. etc. 12, 515—520 (1932).

Leroy und Muller erwähnen in ihrem Referat über „Osteomyelitis und ihr Zusammenhang mit einem Trauma“ am Kongreß für gerichtliche Medizin 1930 die Osteomyelitis des Unterkiefers nach Trauma nicht. (Vgl. diese Z. 16, 96.)

Verf. konnte einen derartigen Fall als behandelnder Chirurg an Prof. Sebileans Abteilung am Hospital Lariboisière, und einen anderen als Sachverständiger beobachten. Fall 1 betrifft einen 20jährigen Koch, der bei einem Sturze auf der Stiege einen Schlag gegen das Kinn mit Quetschung und Blutungen in der Haut erhielt. Eine rasch auftretende ödematöse Anschwellung wird vom zuerst konsultierten Arzte für einen Furunkel gehalten und incidiert. Verf. sieht Patient 8 Tage später mit voll entwickelter Osteomyelitis des Unterkiefers, die nach mehrmonatiger Dauer, mit Narben in der Regio subhyoidea ausheilt. Den Unterkiefer bildet eine dünne Knochenspanne. Von den Zähnen blieben nur der 2. rechte Molar und der linke Sapiens erhalten. 2. Fall: 17jähriger junger Mann, bekommt nach wiederholt incidiertem Panaritium des rechten Zeigefingers (Folge einer Verletzung bei der Arbeit) Anschwellung der Parotisgegend beiderseits, später Lockerung aller Zähne des Unterkiefers vom 2. rechten bis zum 2. linken Molaren, Abstoßung von Knochensequestern, mehrere Fistelgänge. Verf. spricht dem Patienten eine 40%, dauernde Invalidität für die Kieferläsion, und

3% für lokale Panaritiumfolgen zu. Dieser Fall gehört in die Klasse: „Osteomyelitis als Fernwirkung von einer infizierten Wunde“. Der 1. Fall liegt nicht so einfach. Wenn ein Trauma einen Knochen traf, ist man berechtigt, bei einer konsekutiven Osteomyelitis dieses Knochens einen Kausalzusammenhang mit der Verletzung anzunehmen. Doch bei den Kieferknochen könnte auch eine Pulpitis usw. Ursache der Osteomyelitis sein und die klinische Erfahrung muß uns beim Bestimmen des Anteiles dieser beiden Möglichkeiten am Zustandekommen der Osteomyelitis leiten. Doch die Judikatur der Arbeitsunfälle kennt die „geteilte Verantwortlichkeit“ nicht. Ist daher unmittelbar nach dem Unfälle Caries oder Pulpitis nicht protokollarisch festgestellt worden und ist der Ursprung des phlegmonösen Prozesses von dem kranken Zahne nicht einwandfrei festzustellen, so muß das Trauma als veranlassende Ursache der Osteomyelitis obliegen, und die Unfallrente kann nur in den vorerwähnten Ausnahmefällen eine Kürzung erfahren.

Camillo Zintl (Prag).

Fitte, Marcelo, und Luis de Marval: Traumatisches Sarkom des Beines. Prensa méd. argent. 18, 1623—1627 (1932) [Spanisch].

Beschreibung eines klinischen Falles. Es handelt sich dabei um einen 26jährigen Mann, welcher infolge eines Sturzes von 4 m Höhe in das Krankenhaus eingeliefert wurde. Er hatte eine leichte Gehirnerschütterung und klagte über Schmerzen am ganzen Körper, die sich später im linken Bein lokalisierten. In dieser Zeit war noch kein Tumor wahrzunehmen. Nach und nach entwickelte sich an dem durch den Sturz sehr geschwellenen Teil des linken Beines eine Geschwulst, welche unter dem Mikroskop als ein Polymorphzellensarkom erkannt wurde und bald Metastasen in den Lymphdrüsen hervorrief. Der Kranke verschied 7 Monate nach dem Unglücksfall und 4 Monate nach dem Auftreten des Tumors. *I. Costero (Valladolid).*

Laet, Maurice de: Le diabète, complication de coups et blessures. (Zusammenhang des Diabetes mit Unfall.) Rev. Droit pénal. 12, 895—904 (1932).

Verf. stellte von 1923—1930 unter 2000 Fällen von Diabetes nicht einen einzigen traumatischen fest. Bei der Beurteilung eines Zusammenhangs von Diabetes mit einem Unfall müsse berücksichtigt werden, ob eine Prädisposition vorlag, ob ein schon krankhafter Zustand zum Zucker führte, ob der Zucker nur zeitweise auftrat und wenn er dauernd vorhanden, ob die Verletzung eine der in Betracht kommenden Funktionen, zerstört hat. Zirkulationsstörungen und Verletzungen am Schädel und der oberen Wirbelsäule sind am meisten geeignet, Veränderungen der nervösen Zentralsubstanz herbeizuführen, des weiteren anatomische Veränderungen der Bauchspeicheldrüse, z. B. durch Stöße auf die obere Bauchgegend und endlich können schwere seelische Erschütterungen bei ausgedehnten Verletzungen, mehr oder weniger langdauernde Zuckerausscheidung hervorzurufen. Aber ein Zusammenhang mit einem leichten Shock und einem dauernden Diabetes muß abgelehnt werden. Verletzungen, die nicht den Kopf, die Wirbelsäule oder das Pankreas getroffen haben, können also nur dann als zucker-auslösend in Betracht kommen, wenn sie gleichzeitig einen schweren Shock im Gefolge hatten. Das alles bezieht sich nur auf aseptische Verletzungen. Alle Schädigungen, die mit einer Infektion der Hirnsubstanz, der Leber oder der Bauchspeicheldrüse einhergehen, können Zuckerausscheidung bedingen. Die Zuckerausscheidung nach Verletzungen heilt gewöhnlich schnell. Sie kann sich ausdehnen auf mehrere Wochen, selbst mehrere Monate. Man darf deshalb erst nach längerer Zeit eine endgültige Beurteilung der Zusammenhangsfrage vornehmen. Zucker nach Verletzung tritt entweder sofort auf oder einige Tage später auf. Daß durch Narbenbildung im zentralen Nervengewebe auch nach längerer Zeit erst Zucker auftritt, ist möglich, aber dann müssen Brückensymptome vorhanden sein. Bei einem Auftreten des Zuckers ohne die genannte Narbenbildung erst nach 3 oder 4 Monaten ist ein Zusammenhang abzulehnen. Das Vorhandensein einer Prädisposition ist schwierig zu berücksichtigen, lediglich die Ausdehnung der Verletzung gibt dann die erforderlichen Unterlagen. Bei Verschlimmerung schon vorhandener Zuckerkrankheit durch einen Unfall ist abzuschätzen, wieweit die vorher vorhanden gewesene Arbeitsfähigkeit durch die Krankheit beeinträchtigt wird, bei Todesfällen, wie lange der Verletzte ohne den Unfall mit seiner Zuckerkrankheit noch gelebt haben würde. Gewöhnlich behindert die Prädisposition die Arbeitsfähigkeit nicht, oder der vorhandene Zucker ist unbekannt oder er bedingt keine Invalidität. *Spiecker.*

Roller, W.: Spontanruptur eines Milzabscesses. Zugleich ein Beitrag zur Unfallbegutachtung. (*Chir.-Gynäkol. Abt., St. Josefs-Krankenb., Potsdam.*) Chirurg 4, 731—733 (1932).

28jähriger Mann, der sich durch Sturz von der Leiter eine schwere Gehirnerschütterung zuzog und eine Weichteilwunde am Hinterkopf; von dieser ausgehend, schweres Erysipel mit Absceßbildung unter der behaarten Kopfhaut. Etwa 4 Wochen nach der Verletzung traten Schüttelfröste auf mit Temperaturen bis 41°. Da gleichzeitig in dem bis dahin einwandfrei befundenen Urin Eiweiß auftrat bis 1 $\frac{1}{100}$ und Erythrocyten, Leukocyten, Epithelien, hyaline und granulierten Zylinder, wurde die Diagnose auf eine metastatische Herdnephritis gestellt. Der Verletzte erholte sich vollständig, so daß er bald eine Erholungsreise antreten konnte, auf der er größere Bergtouren ausführte. 4 Monate nach den Schüttelfrösten setzten plötzlich heftigste Schmerzen in der Mitte des Oberbauches ein, mehr nach links als nach rechts ausstrahlend. Hier zunächst Zuwarten, in der Vermutung einer schon länger zurückliegenden

gedeckten Magenperforation; nach einigen Stunden starke Verschlimmerung und Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Operation. Nach Abdrängen des Magens nach median ergießt sich in reichlicher Menge Eiter aus der Gegend der linken Zwerchfellkuppe, der dort anscheinend unter Druck gestanden hatte. Dessen Ursprung war eine die ganze Ausdehnung der Vorderfläche umfassende breite Ruptur der durch konfluierende Abscesse fast vollständig eitrig eingeschmolzen, auf das 5fache Volumen vergrößerten Milz. Bei dem schlechten Allgemeinbefinden konnte nur tamponiert und drainiert werden. Nach 8 Stunden trat der Tod ein. Die Sektion wurde von den Angehörigen verweigert. — Es besteht die Möglichkeit, daß es unabhängig voneinander zu eitrig embolischen Infarkten der Niere und der Milz gekommen ist. Da aber bei der Operation derbe entzündliche Adhäsionen der Milz mit dem Nierenlager festzustellen waren, und die Nierenerscheinungen und die Schmerzen im Oberbauch bei nachträglicher Betrachtung als im Zusammenhang stehend betrachtet werden können, ist es nicht unwahrscheinlich, daß es sich in diesem Falle um einen sich zentral entwickelnden Milzabsceß gehandelt hat, der einen Entleerungsweg nach dem Nierenlage suchte. Da es sich im vorliegenden Falle um einen Betriebsunfall handelte, so war die Frage zu klären, ob auch der Tod auf diesen Unfall zu beziehen war. Da kein Zweifel war, daß das Erysipel und die subcutanen Abscesse unmittelbare Unfallfolgen waren, und auch der zum Tode führende rupturierte Milzabsceß trotz des Zwischenraumes von 4 Monaten bei fehlender anderer Ursache mit höchster Wahrscheinlichkeit eine Spätfolge der Pyämie war, mußte ein ursächlicher Zusammenhang des Unfalles mit dem Tode anerkannt werden. *Zillmer (Königsberg i. Pr.).*

Just, Emil: Über die subcutane traumatische Magenruptur, nebst einem Beitrag zur Frage des traumatischen Magengeschwürs. (*Chir. Univ.-Klin., Innsbruck.*) Dtsch. Z. Chir. 237, 566—579 (1932).

Verf. berichtet nach Aufzählung von 10 in der Literatur bekanntgewordenen Fällen von traumatischer subcutaner Magenruptur über eine eigene einschlägige Beobachtung. Es handelt sich um einen 20jährigen jungen Mann, der 1½ Stunden vor der Operation, auf einem Motorrad sitzend, in voller Fahrt gegen eine geschlossene Bahnschranke fuhr und sofort mit heftigsten Schmerzen im Oberbauch, die allmählich immer stärker wurden und sich über den ganzen Bauch ausbreiteten, der Klinik zugeführt wurde. Die Operation deckte folgenden Befund auf: Der Magen war im Bereich des Pylorus vollständig durchgerissen, ferner war die Art. gastroduodenalis zerrissen, es blutete aus beiden Stümpfen. Die Bauchspeicheldrüse wies am Übergang des Kopfes in den Körper einen Riß durch die ganze Breite auf. Die Flexura duodeno-jejunalis, die der Platzwirkung durch den Inhalt des Zwölffingerdarms ausgesetzt gewesen war, war in 20 cm Länge von ihrem Bauchfellüberzug entblößt. Im retroperitonealen Raum von der Leberpforte an bis zum Promontorium fand sich ein unter Spannung stehender Bluterguß, der sich in das die rechte Niere umgebende Gewebe fortsetzte. Operation. Der Fall ging in Heilung über.

Der Fall ist ein typisches Beispiel für den Verletzungsmechanismus, in dem die betroffenen Organe über der Wirbelsäule durch den harten Anprall völlig durchquetscht wurden. Nach den in der Literatur niedergelegten Erfahrungen wird bei derartigen Verletzungen vornehmlich der pylorische und präpylorische Magenabschnitt betroffen, was ja aus den Beziehungen zur Wirbelsäule leicht verständlich ist. Neben derartigen vollständigen Magenrissen gibt es auch unvollständige, bei denen es nur zu Blutaustritten zwischen Mucosa und Muscularis kommt, die sich später unter Umständen zu hämorrhagischen Cysten umbilden können, aber auch die Unterlage für spätere Geschwüre und Spätperforationen sowie narbige Stenosen bilden können. Ein hierin einschlägiger Fall wird ebenfalls berichtet.

Bei einem 18jährigen Magd, die von einem Graswagen überfahren worden war, fand sich neben einer totalen Durchreißung des Choledochus eine Ruptur der Bauchspeicheldrüse und neben Zerreißung der Art. mesent. superior an der großen wie an der kleinen Kurvatur des Magens je ein subseröser bis zur Magenmitte reichender Bluterguß. Wiederholte operative Eingriffe im Verlaufe der nächsten Wochen. Exitus. Die histologische Untersuchung des Magendefektes ergab, daß anfänglich nur die inneren Schichten der Magenwand von dem Unfall betroffen waren, so daß der Mageninhalt zunächst nur in die Submucosa trat. Von hier aus nahm dann der Zerstörungsprozeß durch die Magenmuskulatur und die Serosa hindurch seinen Fortgang. —

Zum Schlusse weist der Verf. darauf hin, daß man in solchen Fällen, in denen bei einem vorher magengesunden Individuum im Anschluß an ein Trauma Zeichen einer fortschreitenden Geschwürsentwicklung auftreten, wohl dem Trauma eine gewisse ursächliche Bedeutung zumessen würde, allerdings komme noch eine konstitutionelle Komponente hinzu.

Max Budde (Gelsenkirchen).

Hugueney, Louis: Du refus, par la victime d'un accident du travail, de se soumettre à une opération chirurgicale et de ses conséquences aux yeux de la cour de cassation.

(Über die Weigerung eines Unfallverletzten, sich einer chirurgischen Operation zu unterziehen, und über die Konsequenzen in den Augen der Spruchbehörde.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 13. VI. 1932.*) Ann. Méd. lég. etc. **12**, 492—496 (1932).

Die Frage, ob man einem Unfallverletzten die Radikaloperation eines Bruches zumuten kann, hat die Gerichte beschäftigt, und zwar einmal, weil ein Teil der Ärzte nicht zugeben wollte, daß diese Operationen nicht ohne Gefahr und im Erfolg nicht absolut sicher sei, und andererseits, weil juristisch keine Richtlinien bei Verweigerung eines chirurgischen Eingriffes bei Unfallverletzungen und deren Folgen vorhanden waren. Verf. versucht unter Hinweis auf einige Entscheidungen des Kassationshofes die noch fehlenden Richtlinien festzulegen: Im ersten Fall wurde die Operation gleich zu Anfang der Behandlung abgelehnt, das andere Mal erst nach Abheilung der Verletzung. Der eine Arbeiter beantragte wegen einer neuen Schwielen unter dem Fuß, der andere wegen einer Sehnenscheidenentzündung am Handgelenk Nachprüfung seiner Entschädigung. Beide wurden abgelehnt, weil die Antragsteller eine Operation verweigerten, die nach Ansicht der Sachverständigen die Verschlimmerung verhüten haben würde. Ihre Berufung gegen dieses Urteil wurde verworfen mit der Begründung, daß die ihnen zugemutete Operation sowohl unbedeutend und gefahrlos, als auch wenig schmerzhaft und auch ohne unangenehme Folgen gewesen sein würde. Das Urteil stellte sich also auf den Standpunkt, daß einem Unfallverletzten eine Operation zugemutet werden kann, sofern sie ungefährlich und nicht besonders schmerzhaft sei. Dagegen wurde der Antrag eines Arbeitgebers, welcher zur Verminderung der Rente eines Arbeiters nach Abheilung einer Verletzung die Vornahme einer Operation durchgeführt wissen wollte, abgelehnt, mit der Begründung, daß ein Arbeiter das Recht habe, den operativen Eingriff zu verweigern. Die Frage, ob eine Operation gefährlich oder ungefährlich sei, komme erst dann zur Erörterung, wenn der Verletzte selbst einen Antrag auf Erhöhung der Rente stelle. Verf. hofft, daß die Anerkennung einer Bruchoperation bei Unfallverletzten als eines ersten Eingriffes genügen würde, dem Arbeiter das Recht zuzugestehen, diesen Eingriff zu verweigern, um so mehr, als in anderen Ländern dieses Recht längst anerkannt sei. *Spiecker (Duisburg).*

Dervieux: Décisions judiciaires dans une affaire concernant le refus par un blessé de subir une opération (cure radicale de hernie). (Gerichtliche Entscheidungen über einen Fall betreffs Verweigerung eines Verletzten, sich operieren zu lassen [Radikaloperation einer Hernie].) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 14. XI. 1932.*) Ann. Méd. lég. etc. **12**, 664—668 (1932).

Die gerichtlichen Entscheidungen der verschiedenen Instanzen werden samt den ärztlichen Gutachten wiedergegeben. Der erste Gutachter (Prof. Camelot) hatte die Weigerung der Patientin, sich die Hernie operieren zu lassen, für unbegründet erklärt. Der zweite Gutachter (Prof. Jaudier) hatte erklärt, daß eine absolute Garantie für den günstigen Verlauf der Operation nicht gegeben werden könne.

Die Berufungsinstanz gab der Beschwerde des Verletzten Folge und erklärte, daß mit Rücksicht auf Möglichkeit eines Rezidives und die Mortalität der Operation (0,25 pro 100) eine Herniotomie nicht als benignen und unzweifelhaft gefahrlos angesehen und dem Kläger daher nicht zugemutet werden könne. *Kalmus (Prag).*

Tausch, M.: Kann eine Tuberkulose des weiblichen Genitalapparates nach Unfall auftreten? (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) Mschr. Unfallheilk. **39**, 468—472 (1932).

29jährige Frau stürzt von einem Heuwagen. Schlagartiges Aufhören der zur Zeit des Unfalles schon am 2. Tage bestehenden regelrechten Periode. 5 Wochen bettlägerig, Gesamtbefinden verschlechtert, unregelmäßige Menstruationsblutungen und Ausfluß. 2 Jahre nach dem Unfall wird eine Tuberkulose des Endometriums mit doppelseitigen Adnextumoren wohl tuberkulöser Natur festgestellt. Am wahrscheinlichsten ist, daß die Genitaltuberkulose schon vor dem Trauma latent bestanden hat, aber erst nach diesem manifest wurde. Es wird demnach die Verschlimmerung eines bereits bestehenden Leidens angenommen, für das der Unfallnachweis, sowie der zeitliche Zusammenhang mit dem Trauma erbracht zu sein scheint. *Roloff.*

Anglesio, B.: Sulla trombosi venosa traumatica. (Zur Frage der traumatischen Venenthrombose.) (*Clin., Cesare Ferrero di Cambiano, Osp. S. Giovanni, Torino.*)

(*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 273—280 (1931).

Bericht über 2 Fälle von Thrombose der Vena subclavia und einen Fall mit Thrombose der Vena femoralis. Das Trauma, das die Thrombose ausgelöst hatte, bestand 2 mal im Anheben einer schweren Last, beim 3. Fall Sturz senkrecht auf die Beine, jedesmal aber, ohne daß die thrombosierte Vene von irgendeinem Verletzungsmechanismus direkt betroffen worden wäre. Junge Leute von 19—25 Jahren. Durch Injektion von 40 proz. Uroselektanlösung in die Vena cefalica gelang es, die Ausbreitung der Thrombose im Röntgenbild darzustellen. *Regele.*

Imbert, Léon: Les phlébites traumatiques. (Die traumatischen Venenentzündungen.) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 233—254 (1931).

Unfälle führen sehr häufig zu Phlebitiden. Die Erscheinungen der durch Verletzungen bedingten Gefäßschädigung weichen in vielfacher Hinsicht von den postoperativen und durch interne Erkrankungen bedingten Phlebitiden ab. Es wird hervorgehoben, daß dem Syndrom der Phlebitis auch Störungen des arteriellen und lymphatischen Systems zugesellt zu sein pflegen. Die Folgestörungen der entzündlichen Venenschädigung können in ihrer Gänze vorläufig noch nicht erfaßt werden. *Nobl (Wien).*

Klieneberger, C.: „Insektenstich“, Gesichtsrose, Staphylokokkensepsis, Tod eines Steingrubenarbeiters, Unfallbeziehung. Gutachten. Med. Klin. 1932 II, 1716—1717.

Ein 27jähriger Fürsorgearbeiter starb, nachdem er bereits 4 Tage an sog. Kopfrosee krank gelegen, nach etwa 16stündiger Krankenhausaufnahme unter septischen Erscheinungen. Die kulturelle Blutuntersuchung ergab gemeine Eiterkokken, die nach dem Befunde von Schrunden an der rechten Nasenseidewand von der Nase aus in den Blut- und Lymphweg eingedrungen sind. Von dem behandelnden Arzt wird bescheinigt, daß der Verstorbene infolge eines Insektenstiches während der Arbeit an Kopfrosee erkrankt sei, die von der an der Nasenseidewand sitzenden Stichwunde ihren Ausgangspunkt genommen hätte, also sehr gut seit dem 4. VIII. existieren konnte. Behandlung erst am 7. VIII., Krankenseinweisung am 9. VIII. Die Berufsgenossenschaft lehnt den Zusammenhang mit einem Betriebsunfall ab, da Insektenstiche nur dann als Ursache eines Betriebsunfalles anerkannt werden können, wenn Art und Lage des Betriebes zu der Annahme berechtigen, daß der Verletzte der Gefahr, gestochen zu werden, durch den Betrieb in besonderem Maße ausgesetzt war. Bei einem auf der Höhe liegenden Steinbruch sei das nicht anzunehmen. Zur Beurteilung der Sachlage wäre zunächst zu prüfen, ob am 4. VIII. die Wahrscheinlichkeit, in diesem Steinbruch gestochen zu werden, größer war als anderswo; des weiteren, ob der Gestorbene ein besonders eifriger Arbeiter war, und ob besondere Staubentwicklung geherrscht hat; und endlich, ob die Arbeit eine derartige war, daß ein Arbeiter sich eines stechenden Insektes nicht natürlich erwehren konnte. Mindestens ist der Nachweis zu führen, daß der schließlich zum Tode führende angenommene Insektenstich weniger wahrscheinlich auch außerhalb des Betriebes zu dem gleichen verhängnisvollen Erfolge geführt hätte. Die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhanges ist eine nicht ärztliche, vielmehr rein richterliche. *Spiecker (Duisburg).*

Desclaux, Louis: Syphilis méconnue et considérée comme un accident de travail. (Unerkannte Syphilis, als Betriebsunfall betrachtet.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 13. VI. 1932.*) Ann. Méd. lég. etc. 12, 520—524 (1932).

Unter 2 Bedingungen ist die Syphilis als entschädigungspflichtige Krankheit anzusehen: einmal, wenn eine Wunde als Eintrittspforte der Infektion gedient hat, oder wenn eine latente Lues durch eine gewerbliche Schädigung aktiviert wird. Es gibt aber Fälle, die nicht so leicht zu entscheiden sind. So war in der angeführten Beobachtung ein Arbeiter von einem Wagen gefallen und hatte sich das Knie verletzt. Bei der Untersuchung am nächsten Tage fand sich an der betreffenden Stelle eine Ulceration, die trotz Behandlung fortschritt und schließlich das obere Drittel des Schenkels umfaßte. Nach einigen Monaten schöpfte man Verdacht auf Syphilis, der durch die entsprechenden Untersuchungen bestätigt wurde. In diesem Falle war also eine Entschädigung nicht angebracht, und man sollte daher, wenn Trauma und Verletzung nicht im Einklang miteinander stehen, die Untersuchung fortsetzen und dabei auch an Syphilis denken.

Jeffrey C. Michael (Houston, Texas) (übersetzt von Joseph [Berlin]).

Muller: La défiguration en accidents du travail. (Die Entstellung durch Betriebsunfall.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 10. X. 1932.*) Ann. Méd. lég. etc. 12, 611—615 (1932).

Verf. teilt einen Fall mit, der durch Verbrennung außer funktionellen Schädigungen

eine ausgedehnte Entstellung des Gesichts erhalten hatte. Für die letztere wurde ihm eine Entschädigung von 10% E.M. zuerkannt, weil nach Ansicht des Verf. dem Verletzten es schwer fallen würde, in einem anderen Betriebe Stellung zu finden. Muller setzt sich dafür ein, daß in bestimmten Fällen auch die Entstellung durch Unfall entschädigt wird.

Foerster (Münster i. W.).

Bahia, Alvaro: Ein interessanter Fall von Gesichtsverletzung durch ein schneidendes bohrendes Instrument ohne Entstellung. Arch. Inst. Nina Rodrigues 1, 114—117 (1932) [Portugiesisch].

Bei einem Schadenersatzprozeß zeigte sich, daß eine durch ein Instrument entstandene Narbe genau innerhalb einer Falte zu liegen kam, von denen sich mehrere im runzeligen Gesicht des Klägers fanden. Eine Entstellung konnte also nicht angenommen werden. *Collier*.

Leclereq, J., et M. Muller: Le cancer cutané consécutif à un accident du travail. (Der einem Arbeitsunfall folgende Hautkrebs.) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrhk. 68—73 (1931).

Nach Aufzählung einiger in der Literatur beschriebener Fälle über Entwicklung von Hautcarcinom im Anschluß an Verletzungen bringt Verf. kurze Krankengeschichten einiger eigener Fälle. Hautcarcinome sind also offenbar als Unfallfolgen anzuerkennen und als solche rentenberechtigt. Die Bildung einer Narbe ist keine Vorbedingung für die Entwicklung eines Carcinoms. Dasselbe kann sich vielmehr in der noch frischen Wunde bilden. Bei Verbrennungen sowie Einwirkung von Kohle oder Teer tritt die Carcinombildung früher ein. Eine solche bösartige Degeneration von Hautwunden ist aber selten und wird nur bei Arbeitern beobachtet, welche das 60. Lebensjahr überschritten haben.

H. Löwenstädt (Gumbinnen).

Wenzel: Neuere Kältemittel und ihre Gefahren. Zbl. Gewerbehyg., N. F. 9, 184 bis 190 (1932).

Verf. kommt zu den Schlußfolgerungen, daß die in Deutschland geltenden Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften ausreichend seien, nur sollte der aus technischen Gründen empfohlene Zusatz von Brommethyl zu den anderen Verdampfungsmitteln wegen der besonderen Giftigkeit dieses Stoffes ausgeschlossen werden.

Erika Rosenthal-Deussen (Magdeburg).

Borysowicz, Jerzy: Bemerkungen über chronische Vergiftung mit Schwefelkohlenstoff. Polska Gaz. lek. 1933, 38—39 [Polnisch].

Chronische Vergiftung mit Schwefelkohlenstoff einer 20jährigen Arbeiterin in einer Gummifabrik, wo Schwefelkohlenstoff zu Vulkanisierzwecken verwendet wird. Das Krankheitsbild erinnerte an Hysterie: Gesichtsblässe, maskenartiger, müder Gesichtsausdruck, matte Stimme, verlangsamte Redeweise, langsamer, schwerfälliger Gang, weinerliche Verstimmung, Gedächtnisschwäche, außerdem Lippencyanose, profuse Menses, sonst negativer Befund.

Borysowicz erwähnt zugleich kurz 4 andere Fälle dieser Vergiftung, die in der Wilnaer Nervenklinik irrtümlich als Neurasthenie bzw. Hysterie bzw. Schizophreniefälle zur Aufnahme gelangten.

Wachholz (Kraków).

Russell, Albert E.: Effect of cement dust upon workers. (Wirkung von Zementstaub auf die Arbeiter.) (*U. S. Publ. Health Serv., Washington.*) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrhk. 535—543 (1931).

Zusammenfassender Bericht über die ausführlich vom Gesundheitsamt der Vereinigten Staaten veröffentlichten Untersuchungen. Durch 3 Jahre in großer Zementfabrik Zählung, chemische und petrographische Untersuchung der Staubteilchen und Untersuchung aller Arbeiter, meist 2mal, sowie Krankheitsstatistik. Die Erkrankungshäufigkeit war mehr als 2mal so groß als in einer zum Vergleich benützten Gummifabrik, Krankmeldungen wegen Bronchitis 6mal, wegen Grippe 3mal häufiger als dort, Hauterkrankungen 5mal häufiger. Die Staubteilchen schwankten zwischen 400000 und 105 Millionen im Kubikfuß (150—420000 im Kubikzentimeter), vorwiegend die höheren Zahlen, und bestanden im Rohmaterial zu 6,5%, im fertigen Zement zu 1% aus freier Kieselsäure von solcher Feinheit, daß sie in die Lunge gelangt, andererseits betrug der Kalkgehalt 60%. Trotz der häufigen akuten Erkrankungen der Luftwege wurden nur wenige tuberkulöse Arbeiter gefunden, unter diesen nur 2 mit offener, davon 1 mit progredienter Tuberkulose. Röntgenaufnahmen zeigten typisch lokalisierte, aber nur leichte Grade von Staublunge, niemals mit klinischen Symptomen.

Es ergibt sich, daß Zementstaub keine gefährliche Silikose hervorruft, ob wegen des relativ geringen Gehaltes an freier Kieselsäure oder dank der Beimischung von Kalk, bleibt unentschieden.

Erika Rosenthal-Deussen (Magdeburg).^{oo}

Head, Jerome R., and Samuel H. Rosenblum: Silicosis in a tuberculosis hospital. (Silikose in einem Tuberkulosespital.) (*Tbc. Wards, Cook County Hosp., Chicago.*) *J. amer. med. Assoc.* **99**, 915—916 (1932).

Die Ergebnisse klinischer Untersuchungen am Cook County Hospital in Chicago an 500 Patienten werden mitgeteilt. Die Zahl der Fälle an Silikose nimmt in den einzelnen Altersgruppen zu, und zwar in den Dezennien zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre von 3 auf 8%, in den Dezennien zwischen 40. bis 50. Lebensjahr, um in den späteren Dezennien auf 5 bzw. 6% abzusinken. Eine zweite Tabelle bringt die Dauer der Expositionszeiten bzw. des freien Intervalles bei den verschiedenen Beschäftigungen bzw. in den verschiedenen Betrieben. In fünf Leitsätzen werden die Ergebnisse der Untersuchungen zusammengefaßt: Unter den 500 männlichen Patienten wurden 17 mit Silicosis mit und ohne Tuberkulose gefunden (3,7%). Davon hatten 15 Tuberkulose und Silikose, während bei 2 Fällen eine definitive Diagnose nicht gestellt werden konnte. Die Zunahme der Häufigkeit mit höherem Alter ergab sich aus den oben angeführten Zahlen. In 25% war die Infektion bzw. Exposition in Chicago und seiner Umgebung, in der Mehrzahl der Fälle außerhalb, im Bergwerk, speziell in den Kohlenminen von Pennsylvanien und West-Virginia oder den Erzbergwerken des Westens erfolgt. Das freie Intervall zwischen dem Aufhören der Exposition und dem ersten Auftreten der Symptome betrug 4—18, durchschnittlich über 10 Jahre. *Kalmus* (Prag).

Mori, Antonio: Malattie da idiosincrasia e da anafilassi in rapporto alla patologia professionale. (Idiosynkrasie- und anaphylaktische Krankheiten in ihrer Beziehung zur Berufspathologie.) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrh. 922—931 (1931).

Autor zählt die Stoffe auf, die die Fähigkeit besitzen, allgemeine Krankheitserscheinungen von Überempfindlichkeit hervorzurufen: 1. Ausdünstungen der Haut und ähnliches (Schuppen, Härchen, Schorf usw.); 2. der Blütenstaub einer großen Anzahl Pflanzen; 3. chemische Stoffe (Paraphenylendiamin, Teer, Aspirin, Arsenobenzol). Es folgt darauf ein noch ausführlicheres Verzeichnis der Substanzen, die hauptsächlich lokale Erscheinungen hervorrufen. Auf Grund dieser natürlich unvollständigen Verzeichnisse unterscheidet er folgende Kategorien von Arbeitern, die an Formen von Anaphylaxie oder Idiosynkrasie leiden können: Die Feldarbeiter, die Gärtner, die Blumenhändler, die Flachskämmer usw., die Viehhüter, die Stallburschen, die Fuhrleute, die Dungarbeiter, die Kürschner, die Lackierer usw. Das Verzeichnis geht noch weiter, aber man kann es schwerlich für erschöpfend halten. Vom Standpunkt der Berufspathologie aus gesehen, führen diese Erfahrungen zu den Fragen der Entschädigung und der Vorbeugung. Für Vorbeugung kann man mit ärztlichen Kriterien sorgen, während für eine Entschädigung für entstandenen Schaden die vom Gesetz vorgeschriebenen Bedingungen der plötzlichen Ursache und die Umstände der Arbeit bewiesen werden müssen. Der Autor ist der Meinung, daß bei vielen Formen von Anaphylaxie und Idiosynkrasie diese beiden Bedingungen als erfüllt angesehen werden können. *Flarer* (Messina).

Martí Granell, A.: Die artifiziellen Dermatitiden vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt aus. *Rev. Med. leg. etc.* **1**, 191—194 (1932) [Spanisch].

Der professionelle Charakter einer Dermatitis ist bei zweifelloser Abhängigkeit von beruflichen äußeren (mechanischen, chemischen) Noxen offensichtlich, zweifelhaft, wo auto-toxische Vorgänge in Betracht kommen; er ist anzunehmen, wenn Stauung der Handrückenvenen, subcutanes Ödem daselbst isoliert vorliegen, nicht aber, wenn daneben Varicen, Hämorrhoiden usw. eine allgemeine Disposition zu Ektasien und damit Dermatitis erkennen lassen, für welche die äußere Schädlichkeit dann bloß als nebensächliches, auslösendes Moment Geltung hat. Bei der Beurteilung ist stets die individuelle Prädisposition, der Zustand der Ausscheidungsorgane (Darm, Niere, Leber) entsprechend zu berücksichtigen. *Pfister*.

Schönfeld: Die versicherungsrechtliche Stellung der Gewerbeekzeme. (*Univ.-Hautklin., Greifswald.*) *Med. Welt* **1932**, 1147.

Neben der Prausnitz-Küstnerschen Reaktion empfiehlt Schönfeld die Abänderung derselben durch Urbach-Königstein mittels Blaseninhaltes aus Cantharidinblasen der erkrankten Person. Im Gegensatz zu den noch ungeklärten Säuglingsekzemen ist in vielen Fällen durch diese Methoden der direkte Nachweis einer Auslösung durch äußere Berührung mit schädigenden Substanzen zu erbringen. *Michael*.

Nielsen, Jens: Chronic occupational ray poisoning; a discussion based on a case of leucemia in a radium worker. (Chronische berufliche Strahlenschädigung; Diskussion über einen Fall von Leukämie bei Beschäftigung mit Radium.) (*Radium Stat., Copenhagen.*) *Acta radiol.* (Stockh.) **13**, 385—394 (1932).

Verf. berichtet über einen Fall von myeloischer Leukämie bei einer 47jährigen Assistentin des Kopenhagener Ra.-Instituts, in dem sie seit dem Jahre 1917 gearbeitet hatte.

Ihre wesentliche Beschäftigung bestand darin, mit gewissen regelmäßigen Unterbrechungen etwa täglich 1 Stunde die Ra.-Präparate herzurichten. An ihren Händen bestand eine Hautatrophie ohne Ulceration, auch die Fingernägel zeigten Veränderungen. Im September 1927 vaginale Radiumtherapie wegen Uterusfibromen. Außerdem 1928 aus dem gleichen Grunde mehrere Röntgenbestrahlungen. Im September 1929 wurde eine myeloische Leukämie festgestellt mit großem Milztumor und 300000 weißen Blutkörperchen. Im späteren Stadium trat eine Erhöhung der weißen Blutkörperchen auf 600000 auf. Der Tod trat im Jahre 1930 ein, eine Sektion fand nicht statt. An Hand der einschlägigen Literatur erörtert Verf. die Möglichkeit einer chronischen Radiumschädigung als ursächlichen Faktor dieser Erkrankung.

Rud. Hummel (Leipzig).^{oo}

Diez, Salvatore: Sforzo e varici. (Traumatische Läsionen der Blutgefäße. Druck und Krampfadern.) (*Genf, Sitzg. v. 3.—8. VIII. 1931.*) Verh. 6. internat. Kongr. gewerbl. Unfälle u. Berufskrhk. 207—233 (1931).

An Kindern und Erwachsenen angestellte Untersuchungen des Verf. ergaben, daß die Blutdrucksteigerung an der Entstehung der Varicen keinen Anteil haben kann. Namentlich wendet er sich gegen die Ansicht, daß eine vorübergehende, durch Trauma bedingte Drucksteigerung für sich allein zur Aderdehnung führen könne. Was wiederholte und auch dauernde Hypertension nicht zu erzielen imstande sei, vermöge eine vorübergehende gesteigerte Spannung sicherlich nicht zu bedingen. Die gleichen Verhältnisse liegen auch bei der Varicocele vor. Betrachtungen über den Venendruck sowie experimentelle Versuche führen zu dem angeführten Schluß, der sich im übrigen mit den Feststellungen von Nobl, M. Wolf u. a. deckt. Zugegeben werden muß jedoch, daß bei bestehenden Varicen wiederholter traumatischer Druck zur Verschlechterung des Zustandes beisteuern kann.

Nobl (Wien).^o

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

Ferrio, Carlo: Commento critico al progetto di legge sul regime degli alienati del Belgio con particolare riguardo ai criminali e ai tossicomani. (Kritischer Kommentar zum Belgischen Irrengesetzentwurf mit besonderer Berücksichtigung der kriminellen und toxicomanen Geisteskranken.) (*R.R. Osp. Psichiatr., Torino.*) Arch. di Antrop. crimin. 52, 218—264 (1932).

Verf. hat sich der begrüßenswerten Aufgabe unterzogen, die moderne Irrengesetzgebung bzw. -Gesetzentwürfe der wichtigsten europäischen Staaten einer vergleichend-kritischen Untersuchung zu unterwerfen. Vorliegende Arbeit ist die erste dieser Serie; sie enthält durchwegs interessante und insbesondere für den Anstaltspsychiater praktisch wichtige Überlegungen, betreffend den neuen belgischen Irrengesetzentwurf. Es ist dem Verf. ohne weiteres zuzustimmen, wenn er für eine größere Selbständigkeit des Anstaltsarztes in bezug auf definitive Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken eintritt. Diesbezüglich steht das italienische I. G. dem belgischen scheinbar nach, da nach letzterem der Anstaltsarzt in den eben genannten Fragen unabhängig vom Leiter der Anstalt Maßnahmen treffen kann. In Wirklichkeit leidet jedoch im belgischen I. G. E. das Prestige des Anstaltsarztes 1. durch die Zulassung von Nichtärzten als Leiter psychiatrischer Anstalten und insbesondere durch die überaus weitreichenden und vom psychiatrischen Standpunkt gar nicht begründeten Befugnisse, die den Gerichtsbehörden in der Kontrolle der seitens des Psychiaters erfolgten Maßnahmen (so auch in Fragen definitiver Anstaltsunterbringung!) eingeräumt werden. In Italien reduziert sich demgegenüber das Überwachungsrecht der Geisteskranken seitens der Gerichtsbehörden im allgemeinen auf eine bloße Formalität und kommt praktisch lediglich in komplizierten Ausnahmefällen, vor allem bei Verdacht auf widerrechtliche Anstaltsunterbringung, zur Anwendung. Nichtsdestoweniger gewährt nach Verf. § 70 des italienischen I. G. (jeder Bürger kann gegen eine als unberechtigt angesehene Anstaltsunterbringung protestieren und deren Aufhebung verlangen) einen verhältnismäßig wirksameren Schutz gegen den von dem Laien und auch von der Gerichtsbehörde übermäßig gefürchteten und widerrechtlichen psychiatrischen Freiheitsentzug als die betreffenden Bestimmungen des belgischen I. G. E. I. Imber.^o