

entleibungsart anbelangt, so steht an erster Stelle die Vergiftung (54% M., 82% F.), dann bei Männern Erschießen und Erhängen, bei Frauen an zweiter Stelle Sturz von einer Höhe, an dritter Stelle Erschießen und Schnittverletzungen. *L. Wachholz.*

Kołaczyński, T.: Selbstmordverdacht, Tod nach Verschlucken von Fremdkörpern. Czas. sad. lek. 2, 93—100 (1934) [Polnisch].

Ein psychopathischer Sträfling starb an starker Magenblutung, die er sich durch Verschlucken von größeren Holz- und Drahtstücken zuzog. Es handelte sich um psychopathische Selbstverstümmelungssucht. *L. Wachholz (Kraków).*

Canuto, Giorgio: Probativo esame istologico in un caso di autolesionismo. (Histologischer Nachweis einer Selbstbeschädigung.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Torino.*) (*5. riun. d. Assoc. Ital. di Med. Leg., Roma, 1.—4. VI. 1933.*) Arch. di Antrop. crimin. 53, 1381—1387 (1933).

Verf. hatte Gelegenheit, eine Anzahl von Arbeitern zu beobachten, die im Verdacht standen, daß sie sich selbst Verletzungen beibrachten, um diese dann als Folgen von Arbeitsunfällen anzumelden.

In einem dieser Fälle behauptete ein Arbeiter, daß eine Hautverletzung auf der Streckseite des Interphalangealgelenkes seines rechten Daumens die Folge einer Schnittverletzung bei der Arbeit sei. Es sei ein Tangentialschnitt gewesen, durch den ein Stück Gewebe abgetrennt worden sei. Umfang und Lokalisation dieses Gewebsverlustes entsprächen denen des Schorfes, der 12 Tage nach dem Unfall an der genannten Stelle des rechten Daumens zu sehen war. Die Randzone dieses eingetrockneten Bezirkes sollte dem Rande der ursprünglichen Schnittwunde entsprechen. In der Umgebung des Schorfs fanden sich bläschenförmige Epidermisablösungen. Verf. konnte durch histologische Untersuchung eines excidierten Gewebstückes nachweisen, daß der Epidermisüberzug sich ununterbrochen von den peripheren Blasen bis zum schorfigen Innenbezirk fortsetzte. Damit war bewiesen, daß ein Gewebsverlust in der vom Arbeiter angegebenen Art durch Schnitt nicht stattgefunden hatte.

C. Neuhaus (Münster i. W.).

Lassale, J.: Auto-mutilation sexuelle au cours d'un raptus anxieux chez un dément précoce. (Geschlechtliche Selbstverstümmelung im Verlauf einer ängstlichen Verstimmlung bei einem Dementia praecox-Kranken.) (*Val-de-Grâce, Paris.*) Paris méd. 1934 II, 219—222.

Ein 21-jähriger Soldat, der während eines 7monatigen Dienstes keine geistigen Störungen aufwiesen hatte, erkrankte mit ängstlicher Verstimmung und wahnhaften Ideen und schneidet sich in einem unbewachten Augenblick mit einem Rasiermesser den Hodensack ab. Nach Heilung der Wunde Abklingen der psychischen Störung. Es bleibt nur eine gewisse Gleichgültigkeit gegenüber der Selbstverstümmelung zurück, über deren Motive er keine Angabe machen kann. Ein ähnlicher Verstimmungszustand hat im 16. Lebensjahr bestanden. Es handelt sich offenbar um einen zweiten Schub einer schizophhren Erkrankung nach mehrjähriger Remission. *G. Strassmann (Breslau).*

Dufresne, Eugène: Auto-mutilation et corps étrangers. (Selbstverstümmelung und Fremdkörper.) (*Hôp. Saint-Jean-de-Dieu, Montréal.*) Un. méd. Canada 63, 1099—1101 (1934).

Bericht über ein 18jähriges schwachsinniges, psychopathisches Mädchen, das sich trotz Überwachung zahlreiche Selbstbeschädigungen zufügte, offenbar aus dem Trieb, sich interessant zu machen. 3 Bauchoperationen mußten bei ihr durchgeführt werden. Die Blinddarmoperationswunde beschädigte sie durch Einführen von Nägeln und Nadeln, ebenso eine 2. Narbe an einer wegen angeblicher Verwachsungen gemachten Laparotomie, dann verschluckte sie einen Löffel, der eine Gastrostomie erforderte, und schließlich führte sie eine Medaille in die Scheide ein, die später aus dem Douglas herausgeholt werden mußte. *G. Strassmann (Breslau).*

Versicherungsrechtliche Medizin.

Häbler: Arzt und Unfallgesetz. (9. Jahrestag. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Würzburg, Sitzg. v. 12.—13. X. 1934.) Arch. orthop. Chir. 35, 100—106 (1934).

Der Vortrag beschäftigt sich vor allen Dingen mit der Bestimmung des § 559 R.V.O., daß Heilbehandlung und Berufsfürsorge bei Unternehmern usw. erst mit Beginn der 14. Woche einzutreten braucht, wenn die verletzte Person nicht voraussichtlich länger als 1 Jahr die Hälfte ihrer Erwerbsfähigkeit oder mehr verlieren wird.

An Hand von Beispielen aus dem Material einer Berufsgenossenschaft, die von dieser Bestimmung Gebrauch macht, wird gezeigt, welch ungeheueren Schaden für das Heilungsergebnis diese Bestimmung bringen kann. Nicht reponierte Knochenbrüche, in unglaublicher Stellung verheilte Frakturen, nicht reponierte Luxation eines Ellenbogens kommen erst nach $\frac{1}{2}$ Jahr oder noch später in die Fürsorge der B. G. und sind dann meistens nicht mehr zu bessern, so daß Erwerbsminderungen von 50 und mehr Prozent bestehen bei Verletzungen, die wesentlich besser, meist sogar unter 25% E. M. hätten ausgeheilt werden können. Das späte Eintreten der Leistungspflicht bringt ferner mit sich, daß kurz nach der Verletzung vor allen Dingen Röntgenbefunde, Aufzeichnungen von Ärzten über den genauen Anfangsbefund usw. fehlen und damit oft die Frage des Zusammenhanges einer vorliegenden Erkrankung mit dem Unfall überhaupt nicht oder nur unbefriedigend entschieden werden kann. In einem Jahre zeigten 30% aller Gutachten dieser B. G. infolge der Anwendung des § 559 entweder schlechtes Ergebnis oder Unmöglichkeit der Entscheidung, und es wird daher Änderung dieser Bestimmung, als dem ärztlichen Denken widersprechend, gefordert. Weiterhin wird gefordert, daß eine Möglichkeit geschaffen wird, höchstinstanzliche Urteile dann zu ändern, wenn sich einwandfrei beweisen läßt, daß sie auf Grund falscher Voraussetzungen gefällt wurden.

Häbler (Würzburg).

Hanon, Julio L., und Federico Bonnet: Binokulares Sehen. Sozialmedizinische Betrachtungen. Rev. Asoc. méd. argent. 48, 1179—1182 (1934) [Spanisch].

Verf. schildern die Verhältnisse des binokularen und körperlichen Sehens. Bei Ausfall des binokularen Sehens durch Verlust oder Herabsetzung des Sehvermögens eines Auges kommt es unter anderem zum Fortfall eines Sechstels des Gesichtsfeldes und einer Verminderung der Sehschärfe um $\frac{1}{10}$. Hinweis auf die besonderen Anforderungen gewisser Berufe und die Bedingungen der Wiedererlangung des körperlichen Sehaktes. Nach argentinischer Gesetzgebung wird der Verlust eines Auges mit 42% bewertet. Bei einem Arbeiter, bei dem die Sehschärfe durch Unfall auf $\frac{1}{3}$ der Norm sank, nahmen die Vorgutachter eine Erwerbsminderung von 28% an. Verf. glaubten wegen Wegfalls des binokularen Sehaktes infolge Herabsetzung der Sehschärfe dieselbe E.M. wie bei völligem Verlust des Auges, d. h. 42%, annehmen zu müssen. Goy.

Charlin, Carlos: Die hysterische Blindheit. Arch. Oftalm. Buenos Aires 9, 492 bis 494 (1934) [Spanisch].

Verf. macht darauf aufmerksam, daß hysterisch Blinde sich anders benehmen als wirklich Blinde. Während die letzteren dem Sprechenden ihr Gesicht zuwenden und ihn sogar anblicken, ohne ihn zu sehen, tut dies der hysterisch Blinde nicht. Er hält meist den Blick gesenkt und macht keinen Versuch, sich dem Sprechenden zuzuwenden und ihn anzusehen.

Lauber (Warschau).

Hesse, Robert: Über ein einfaches Verfahren, Vortäuschung und Übertreibung von Schwachsichtigkeit nachzuweisen. Klin. Mbl. Augenheilk. 94, 81—86 (1935).

Verf. setzt dem zu Untersuchenden ein Plusglas von etwa 3,0 Dioptr. vor und neutralisiert dieses Glas stufenweise mit Minusgläsern, wobei er beim Wechseln der Gläser immer wieder das durch das Plusglas verschlechterte Sehvermögen dem Patienten zum Bewußtsein kommen läßt. Die Besserung des Sehvermögens ist so eindrucksvoll, daß sie auch von Simulanten zugegeben wird. Einige Beispiele beweisen die guten Ergebnisse dieser Prüfungsmethode.

Jendralski (Gleiwitz).

Voss, Gerd: Kasuistische Beiträge zur Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Unfall und thyreotoxischen Erkrankungen. (Ambulanz von Prof. Dr. G. Voss, Düsseldorf.) Med. Klin. 1935 I, 184—185.

Bericht über 2 Fälle. Im ersten hatte eine Frau ein starkes Kopftrauma erlitten, das eine Hirnerschütterung und eine geringe Eindellung hinter dem rechten Scheitelbeinhöcker zur Folge hatte. Innerhalb 8 Tage traten die Augäpfel vor, die Haut der Lider färbte sich braun, Zittern der Hände, Herzklopfen und Atemnot stellten sich ein. Später wurde Gräfesches Zeichen, Schilddrüsenvergrößerung, Schwitzen und Tachykardie festgestellt. Blutdruck betrug 230/120 mm Hg. Im 2. Falle traten bei einem bis dahin gesunden Manne nach einem Kraftwagenunfall folgende Erscheinungen auf: Geringes Vortreten der Augäpfel, Gräfesches

Zeichen angedeutet, mäßige Tachykardie, undeutliche Vergrößerung der Schilddrüse. Im 1. Fall wird die Entstehung der Basedow-Krankheit auf die Schreckwirkung zurückgeführt, im 2. Fall wird die Deutung als vegetative Reaktion im Sinne Reichardts abgelehnt, dagegen eine leichte Thyreotoxikose angenommen, da es sich um einen bis dahin völlig gesunden Mann gehandelt habe. Eine Grundumsatzbestimmung ist in beiden Fällen unterblieben. *Giese.*

Brogie, Maximilian: Der traumatische Diabetes und seine Begutachtung. (*Med. Abt., Stadtkranken., Aue i. Sa.*) Münch. med. Wschr. 1934 II, 1939—1941.

Diabetes nach Pankreasverletzung ist sehr selten, da nach Tierversuchen wenigstens vier Fünftel der Drüse ausfallen muß, ehe Diabetes entsteht. Den sog. neurotraumatischen Diabetes lehnt v. Noorden auf Grund der Kriegserfahrungen ab, während andere die Möglichkeit zugeben, daß durch ein Trauma des Zentralnervensystems eine latente Anlage manifest werden kann. Infizierte Wunden und Infektion der Gallenblase können bei minderwertiger Anlage des Inselsystems einen Diabetes auslösen, ein psychisches Trauma kann nur eine vorübergehende Verschlimmerung eines bestehenden Diabetes bedingen. *Giese (Jena).*

Behrendt, Theodor: Zur Frage Trauma und Zuckerausscheidung. (*Versorgungs-ärztl. Untersuchungsstelle, Dresden.*) Mschr. Unfallheilk. 42, 113—120 (1935).

Bericht über die wechselnde Begutachtung eines Kriegsverletzten. 1916 angeblich Schädelbruch durch Überfahren, 1923 DB. anerkannt wegen Komotionsneurose nach Schädelbruch. 1926 wegen Diabetes im Krankenhaus behandelt, wo röntgenologisch ein Bruch des rechten Scheitelbeines, ferner Neuritis optica mit Stauungspapille, stark erhöhter Liquordruck und doppelseitige Ischias festgestellt wurde. Der Diabetes wurde als die Folge des Liquordruckes auf die Zuckerzentren aufgefaßt. Wegen zunehmender Verschlechterung wurde schließlich durch Gerichtsurteil 100proz. Rente zugewilligt. Erst als auf Grund der neuen Bestimmungen geprüft werden mußte, ob der Mann Hirnverletzter war, standen die Krankenblätter des Feldlazarettes zur Verfügung. Danach hatte es sich nur um eine Weichteilverletzung der Stirngegend gehandelt, die ohne Folgen abgeheilt war, und 1918 war auf der Nervenstation eines Reservelazarettes neurologisch normaler Befund erhoben worden. Danach war das Gutachten des Krankenhauses, das einen neurogenen Diabetes angenommen hatte, als irrig anzusehen, und die Rente für den echten insulinären Diabetes zu Unrecht zugewilligt worden. *Giese (Jena).*

Rösler, Otto: Traumatische Leukämie und Priapismus. (*II. Med. Abt., Landeskranken., Graz.*) Münch. med. Wschr. 1935 I, 217—219.

Ein 38-jähriger Bergmann, 1917 im Kriege an Malaria erkrankt, welche erst 1925 vollständig erlosch, 1931 an Gasvergiftung durch Einatmen von Schmelzdämpfen beim Rosten von Kupfererzen, erlitt am 5. V. 1934 eine sehr erhebliche Einwirkung stumpfer Gewalt auf die Wurzel des Penis. Keine äußere Verletzung. Nach 1½ Tagen heftige Schmerzen in Damm- und Penis, welcher anschwellt und steif wurde, so daß das erigierte Glied am 9. V. bis zur Nabelhöhe reichte. 23 Tage nach dem Unfall Überführung in die Klinik, wo auf Druck empfindlicher Milztumor festgestellt wurde, über welchem deutliches Reiben zu hören und zu tasten war. Auch die Leber ist etwas vergrößert, einzelne Lymphdrüsen und Stränge sind angeschwollen, das Sternum nur wenig druckempfindlich. Libido geschwunden. Gewichtsverlust 16 kg. Vermehrung der weißen Blutkörperchen auf 357000. Im Ausstrich Bild der myeloischen Leukämie. Auf Röntgenbestrahlung der Milz besserte sich der Priapismus sofort, nach 3 Serien von je 5 Bestrahlungen sank die Zahl der Weißen bis Ende August auf 34800, um freilich in der Folge noch einige Steigungen zu zeigen, Leber und Milz schwellen allmählich erheblich ab. Eine energische Arseninjektionskur, Ende Oktober begonnen, brachte allmählich weitere Besserung insbesondere des Blutbildes bis auf 9725 Weiße mit fast völligem Rückgang der unreifen Elemente. — Obwohl die Blutuntersuchung, der bei sofortiger Vornahme eine entscheidende Bedeutung zugekommen wäre, leider erst am 23. Tage nach dem Unfall erfolgte, ist Verf. der Überzeugung, daß Leukämie und Priapismus in diesem Falle weder auf die weit zurückliegende Malariaerkrankung noch auf die Gasvergiftung zurückzuführen sind, da Patient bis zu dem schweren Trauma, welches die Schwellkörper des Penis getroffen hatte, voll arbeitsfähig und in den letzten 3 Jahren nie krank gewesen war, während sich der Milztumor unter den Augen des erstbehandelnden Arztes entwickelte. Diese Annahme wird auch durch den roten Blutstatus vom 24. Tage nach dem Unfall gestützt, welcher mit 5,5 Millionen Roter, 70% Hämoglobin, zahlreichen Normoblasten sowie Kernteilungsfiguren mehr die Zeichen einer Überreizung als einer Erschöpfung des erythroblastischen Systems zeigte, somit auf einen kurzen Bestand der Leukämie deutete. *Klix (Berlin).*

Brind, A.: Zur Frage über den Einfluß des Traumas auf den Verlauf der Syphilis. *Sovet. Vestn. Venerol. i Dermat.* 4, 46—49 (1935) [Russisch].

Verf. schildert 8 Fälle von Syphilis, deren Späterscheinungen nach Trauma ein-

setzen. Die erwähnten Kranken waren entweder gar nicht oder nur ungenügend behandelt.

A. Petrow (Charkow).

Oliver, Thomas: Compressed air illness in colossal bridge building. (Caissonkrankheit.) Arch. Gewerbepath. 5, 313—318 (1934).

Der Nestor der Gewerbepathologie bespricht in der kurzen Abhandlung das Wesen, die Entstehung und die Behandlung der Caissonkrankheit, die auch jetzt noch bei Bau von großen Brücken und Tunnels beobachtet wird. Da die Krankheit nur während der Dekompressionsphase auftreten kann, so wird auf eine sorgfältige und besonders langsame Durchführung dieser Phase entsprechend hingewiesen. Es wird auch das vom Verf. erprobte Verfahren der Behandlung besprochen.

Belonoschkin (Würzburg).

Mellinghoff, Karl: Hauterseheinungen bei Caissonkrankheit. (Med. Klin. u. Poliklin., Univ. Greifswald.) Z. klin. Med. 127, 457—459 (1934).

Verf. lehrt in der Hautmarmorierung von Caisson-Kranken ein Zeichen kennen, das die Möglichkeit an die Hand gibt, frühzeitig und objektiv die Menschen herauszufinden, die zu dieser Krankheit neigen. Er beobachtete einen 36-jährigen Schlosser, der mehrere Monate ohne nennenswerte Störungen seines Befindens bei einem Brückenbau Schlosserarbeiten verrichtet hatte. Am 20. XII. 1933 stellte sich nun, nachdem Patient die übliche Schicht von 8 Stunden geleistet hatte, $\frac{1}{2}$ Stunde später beim Waschen Atemnot, Husten und Schwächegefühl ein, Störungen, die trotz sofortiger Rekompensation in der Sanitätsschaluppe zu völligem Kollaps sich steigerten, der trotz Anwendung von Cardiacis und Analeptics am folgenden Tage seine Einlieferung in die Klinik notwendig machte. Hier fiel sofort eine deutliche Marmorierung der Haut auf, die besonders an den Extremitäten, namentlich aber an der Außenseite beider Oberarme, weniger am Stamm, ausgeprägt war und die beim Husten und beim Valsalvaschen Versuch noch viel deutlicher hervortrat. Doch ging diese Erscheinung in den nächsten Tagen spurlos zurück, um nur unter den zuletzt erwähnten Umständen noch einige Zeit vorübergehend wiederzukehren.

Verf. erklärt dieses Symptom als Folge von Gasabscheidung der subcutanen Gewebe in das Capillarblut. Vergrößerung der Bläschen, Abflußbehinderung, Stauung, bis die Haut im ganzen dunkelblau aussieht, sind die weiteren Stadien dieser Störung, die in den Krankengeschichten öfters erwähnt wird, und die auch bei unserem Patienten zuerst an den Armen und Beinen nicht fehlte. Aber allmählich löst sich in dem Maße, wie die Stickstoffbläschen fortgetragen werden, die Verstopfung. Unter den oben erwähnten besonderen Umständen (Husten, Valsalva) tritt aber die Marmorierung an den Oberarmen wieder deutlich hervor. Ob außer diesen rein mechanisch wirkenden Faktoren noch andere Momente (z. B. lokale, die Gefäßwand lähmende Stickstoffwirkung u. a.) die eigentümliche Hautzeichnung beeinflussen, steht dahin.

Solger (Neiße, O.-Schl.).

Schwarzacher, W.: Gerichtlich-medizinische Beobachtungen bei dem Grubenunglück im Kaliwerk Buggingen. Festschr. Zangger Tl 1, 109—120 (1935).

In der Kaligrube Buggingen war vermutlich durch elektrischen Kurzschluß die Auszimmerung in Brand geraten, wobei 86 Bergleute sich nicht mehr rechtzeitig vor den Rauchgasen retten konnten. Zur Bekämpfung des Feuers wurden die Grubenbaue abgedämmt und 4 Wochen nach dem Brand geöffnet. Dabei fand sich in der Grubenluft hinter den Dammmauern ein CO-Gehalt von 1,4%. Zur Erleichterung der Identifizierung der verunglückten Arbeiter war auf gerichtsärztliche Anregung hin in der Zwischenzeit eine sorgfältige Aufzeichnung von körperlichen Eigenheiten, Haar- und Barttracht, Tätowierungen, zahnärztlichen Maßnahmen, Beschaffenheit der Kleider, Tragen von Uhren, Ringen usw. angelegt worden; durch diese vorbereitenden Maßnahmen wurde in ausschlaggebender Weise die Identifizierung aller Toten ermöglicht. 85 Leichen wurden obduziert. Bei der weitgehenden Entstellung und Fäulnis waren für die Identifizierung Gebiß- und Skelettbefunde, Tätowierungen sowie besondere Merkmale an den Kleidungsstücken am bedeutungsvollsten. Der äußere Befund war in der Hauptsache durch mumienartige Vertrocknung der freiliegenden Hautstellen gekennzeichnet, während die bekleideten Körperteile und Auf liegestellen hochgradige Fäulnis zeigten. Spuren höherer Hitzeeinwirkung und Veränderungen im Sinne einer Brandverletzung fanden sich nicht. Von den inneren Befunden war der auffälligste eine tropfige Verflüssigung des Unterhautfettes, ferner eine Farbänderung des anfangs himbeerartig gefärbten Muskelgewebes, das innerhalb weniger Minuten in ein dunkles Braun überging. Die nachträgliche spektrographische Untersuchung von in Paraffinöl eingelegten Muskelstücken nebst experimentellen Studien ergab, daß es sich hierbei um Kohlenoxyd-Hämochromogen handelte, wobei dem Verf. bei diesen Beobachtungen zum erstenmal die Feststellung seiner spontanen Bildung in der Leiche gelang. Weiterhin fand sich mehrfach in den großen Luftwegen feinflockige Rußauflagerung. Dieser Befund im Zusammenhang mit dem vorgenannten ließ die Schlußfolgerung

dahin ziehen, daß die verunglückten Bergleute durch die vordringenden Rauchgase in kürzester Zeit einer tödlichen Kohlenoxyvergiftung erlegen sind, wobei gleichzeitig Kohlendioxyd mitgewirkt haben mag. Die beim Bergen der Leichen sehr erhebliche Geruchsbelästigung wurde bei der anschließenden Aufbahrung durch Verwendung von Chloramin und Torfmüll in dichten Holzsärgen behoben.

Schrader (Marburg a. d. L.).

Strauss, Israel, and Nathan Savitsky: The sequelae of head injury. The psychogenic factor. (Die Folgen nach Schädelverletzung. Der psychogene Faktor.) *Amer. J. Psychiatry* **91**, 189—202 (1934).

Anläßlich einer früheren Untersuchung hatten die beiden Autoren davor gewarnt, einfach alle auf Schädeltraumen folgende Kopfschmerzen als psychogen zu betrachten. In dieser Arbeit beschäftigen sich die Autoren mit dem psychogenen Faktor bei Kopfschmerzen nach Schädeltrauma. Man findet vielfach in der Literatur (Reichardt, Stier, Naegeli) eine feindselige Einstellung gegen die Patienten mit traumatischer Neurose. Diese Einstellung zeigt sich z. B. auch in der Rechtsprechung. Im Gegensatz zu den deutschen bejahen die amerikanischen Gerichtshöfe die Zahlungspflicht bei traumatischer Neurose. Die Autoren unterscheiden 3 Typen neurotischer Reaktionen nach Schädeltrauma. 1. Schreckneurosen. Diese Neurosen sind die traumatischen Neurosen im engeren Sinne. 2. Psychoneurosen, deren Entstehung durch das Trauma beschleunigt wurde. 3. Sekundäre Überlagerungen bei organischen Folgen des Traumas. Die Schreckneurosen schwinden in der Regel spontan, wenn nicht sekundäre Faktoren sich ihrer bemächtigen. Der Arzt hat sich weder als Anwalt der Versicherungen noch als Rechtsanwalt der Patienten zu verhalten. Fragen forensischen Charakters soll der Arzt mit dem Kranken nicht besprechen. Psychotherapie ist bei allen drei Formen von neurotischen Folgen nach Schädeltrauma unerlässlich. Der Kranke soll so bald als möglich zu seiner Arbeit zurückkehren. Dort, wo eine Entschädigung in Frage kommt, ist womöglich eine einmalige Abfertigung zu empfehlen. [Vgl. *Arch. of Neur.* **31**, 893 (1934).]

Erwin Stengel (Wien).o

Port: Unfall und Skoliose. (*9. Jahrestag. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Würzburg, Sitzg. v. 12.—13. X. 1934.*) *Arch. orthop. Chir.* **35**, 36—40 (1934).

Nicht jede seitliche Ausbiegung der Wirbelsäule ist eine Skoliose. Diese kann nur entstehen im Wachstumsalter. Sie ist die Anpassung des Wachstums der Wirbelsäule an eine Ausbiegung derselben. Diese Ausbiegung kann bedingt sein durch eine große Anzahl recht verschiedener Ursachen, darunter auch einmal durch einen Unfall. Hier spielt die sog. Muskelzerreißen eine große Rolle. Sie ist genau so zu bewerten wie die plötzlichen Schmerzen, welche auch bei Erwachsenen so häufig auftreten und als Hexenschuß bezeichnet werden. Sie werden in der Unfallpraxis jetzt allgemein als Unfallfolgen abgelehnt. — Es kann natürlich vorkommen, daß eine Kompressionsfraktur eines Wirbels bei Jugendlichen zu einer Skoliose führt, es ist aber bis jetzt noch kein solcher Fall in der Literatur beschrieben worden. Öfter ist eine einseitige Spondylo-listhesis beschrieben. Man findet sehr häufig Röntgenbilder, bei welchen man an ein solches Abgleiten des 5. Lendenwirbels denken kann. In der Würzburger Klinik wurden 50 solche Fälle zusammengestellt (Kastner). Es zeigte sich, daß diese Erscheinung nur bei alten Skoliosen gefunden wird, zusammen mit einer Deformierung des Os sacrum. Bei seitlicher Aufnahme stand der 5. Lendenwirbel stets normal über dem Os sacrum. Bei stereoskopischer Aufnahme sieht man diese Verhältnisse sehr klar. Nur bei einem einzigen Jugendlichen war ein solches Abrutschen nach einem Unfall gefunden worden. Die stereoskopische Aufnahme zeigte, daß es sich um eine Kompressionsfraktur des 5. Lendenwirbels handelte. Die Annahme des Zusammenhanges zwischen Unfall und Skoliose erfordert große Vorsicht und genauen Einblick in das Wesen der Skoliose. *Autoreferat.*

Simons, B.: Die klinische Bedeutung der Zwischenwirbelscheibenschädigungen. (*9. Jahrestag. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Würzburg, Sitzg. v. 12.—13. X. 1934.*) *Arch. orthop. Chir.* **35**, 43—49 (1934).

Kurze mit guten Röntgenabbildungen zweier Fälle ausgestattete Mitteilung,

aus der hervorgeht, daß die schweren Bandscheibenzermürbungen im Sinne der Osteochondrosis eine bemerkenswerte klinische Bedeutung beanspruchen, mögen sie vorwiegend durch degenerative Zerstörungen oder seltener durch rein traumatische Einwirkungen entstanden sein. Da praktisch den Zwischenwirbelscheiben jede Regenerationsfähigkeit fehlt, einmal eingetretene Veränderungen irreparabel sind und die fibröse, immer einen Elastizitätsverlust bedeutende Ausheilung sehr langsam vor sich geht, so wird die oft beobachtete lange Dauer der Beschwerden verständlich.

Heinemann-Grüder (Potsdam).

Schnitzler, Oskar: Bedeutung von Berufs- und Sportschäden bei Morbus Dupuytren. (*Chir. Univ.-Poliklin., München.*) Münch. med. Wschr. 1935 I, 248—249.

Die eigentliche Ursache der Dupuytren'schen Kontraktur ist unbekannt. Erblichkeit (wahrscheinlich dominant) ist jetzt für viele Fälle sicher. Bei 120 Kranken zeigte sich, daß sie großenteils Berufsgruppen angehören, bei denen die Arbeitsleistung eine übermäßige Beanspruchung der Hohlhände mit sich brachte. Die Erkrankung ist um so ausgeprägter, je stärker die Beanspruchung der Hohlhände ist. Man muß also daran denken, daß lang dauernde Schädigungen beruflicher Art bei entsprechender Krankheitsbereitschaft das Leiden erzeugen können. Einmaliges Trauma spielt keine Rolle. Auch sportliche Überlastung der Hohlhand scheint ätiologisch wichtig zu sein.

Esser (Bonn).

Andreesen, Remmer: Das reizempfindliche Knie, unter besonderer Berücksichtigung der Meniscusschäden der Bergleute. (9. Jahrestag. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Würzburg, Sitzg. v. 12.—13. X. 1934.) Arch. orthop. Chir. 35, 58—72 u. 75—76 (1934).

Dieses Knie ist eine Berufskrankheit, bedingt durch die Art des Arbeitens in hockender, kniender Stellung oder mit äußerster Beugung und gleichzeitiger Innen- bzw. Außenrotation des Unterschenkels an Betriebspunkten von 70—80 cm Höhe. Innenbanderschaffung, abnorm lockerer Meniscus, Erschlaffungen und Dehnungen der Kreuzbänder sind Ausdrucksformen. Nicht selten findet man doppelseitige abnorme Seitenbeweglichkeit und sogar Schubladensymptome. Am deutlichsten wirkt die Überbeanspruchung auf die inneren Menisken. Bei extremer Beugung wird aus dem schlanken C ein plumpes, indem er nach hinten zutritt und ein Spannungszustand an der vorderen seitlichen Kapselansatzstelle eintritt mit Fältelung an der dem Gelenkinnern zugelegenen Kante der Menisken am Übergang vom mittleren zum hinteren Drittel und Fransenbildung. Sehr häufig besteht gleichzeitig Hypertrophie und bindegewebige Entartung des Fettkörpers, in 10% Osteochondritis dissecans an Oberschenkelknochen und Kniescheibe, während Chondropathia patellae und Knorpelursuren am Oberschenkel selten sind. 1212 Fälle, 821 durch Operation bestätigt. Voraussetzung jeder Meniscusschädigung in der Regel die Beugung im Kniegelenk. Direkte scharfe oder stumpfe Gewalt nur 5 Fälle. Aber direkte Gewalteinwirkungen an der Außenseite treffen den inneren M. mittelbar mit Abreißung, mit Zerreißung des Innenbandes und häufig Einbruch am äußeren Schienbeinknorren. Gewalteinwirkungen im Bochumer Material in 32,4%. In 41,5% (Regensburger) treten im Anschluß an geringfügige Ereignisse plötzlich einsetzende erhebliche Symptome ein mit Zeichen der Gelenksperre (Gelegenheitsanlässe). Da an der Göttinger Klinik derartige Fälle nur in 15% auftraten, muß auf die besondere Reizempfindlichkeit des Bergarbeiterknie geschlossen werden. 33% der Erkrankten befinden sich im 29. bis 30. Lebensjahr. 12—16% doppelseitig. Operationsbefunde zeigten, daß die Lösung der vorderen und seitlichen Kapselansatzstelle beim Bergarbeiter die bevorzugte ist (72%), Entwurzelung vorn oder hinten nur in 8,6%, makroskopisch o. B. 16,6%, gestielte Körper 2,8%. Sie entfernen immer den ganzen Meniscus und lassen den Kapselrest nie stehen. Denn in rearthrotomierten Gelenken fanden sie den letzteren immer verkümmert. Von ihm gehen häufig erneute Beschwerden und chronisch rezidivierende Ergüsse aus. Die histologischen Untersuchungen Toblers wurden

bestätigt. Es handelt sich um ein fest umrissenes Bild, um eine Art Ganglion mit gleichzeitiger Erkrankung von Gefäßen, Grundsubstanz und Zellen, deren Ursache eine rein mechanische Abnutzungskrankheit ist. An der vorderen seitlichen Kapselansatzstelle findet sie sich zuerst und mit Vorliebe. Die Arbeit mit Preßluftwerkzeugen kommt als Ursache nicht in Frage, weil sie an sich nicht häufig und keine Dauerbeschäftigung eines einzelnen Arbeiters ist. Andreesen hält die Totalexstirpation des Meniscus auch deswegen für wichtig, weil nur durch die histologische Untersuchung zu entscheiden ist, ob wirklich ein Unfall oder ein Gelegenheitsanlaß bei einem vorher erkrankten Gelenk vorliegt. Denn bei frisch innerhalb von 5 Tagen Operierten finden sich bei Gewalteinwirkungen alte Veränderungen selten. Die Akten über Unfall und Meniscus sind noch nicht geschlossen; dagegen müssen sehr viele Fälle unbedingt als Berufskrankheit aufgefaßt werden. (Bilder.)

Aussprache: Bürkle-de la Camp berichtet über 160 Meniscusschäden von 1930 bis 1934 mit 96 Operationen. Von ihnen sind nur 11, von 64 konservativ Behandelten sind 2 ganz beschwerdefrei. Dauerrenten 7 (40, 25, 5 mit 20%). Hundertsatz höher als in Sportstatistiken. Er operiert mit Lexerscher Technik, d. h. er benutzt das obere $\frac{1}{3}$ bis $\frac{1}{4}$ des Schnittes, durch Resektionsschnitte werden die Seitenbänder ohne Verletzung vom Knochen abgelöst. Bei rückfälligen Kniegelenkergüssen hat sich die Lävöwische Teilsynovektomie bewährt. — Niessen: Meniscus und Unfall. Degenerationerscheinungen des Meniscus dürfen nicht zur Ablehnung eines Unfalls berechtigen. Denn sie kommen physiologisch sehr häufig vor, führen verhältnismäßig selten zu stärkeren Beschwerden und nur ausnahmsweise zu akuten Einklemmungserscheinungen. Er unterstreicht die starke Beanspruchung des Bergarbeiterkniees und betont, daß das Moment des indirekten Unfallmechanismus, so z. B. durch Drehung des Oberkörpers bei fixiertem Unterschenkel, viel zu häufig vernachlässigt wird. Franz (Berlin).^o

Campani, Arturo: Tubercolosi polmonari di origine traumatica contusiva diretta del torace. (Traumatische Lungentuberkulose nach direkter Thoraxkontusion.) (*Dispens. Antitbc. Prov., Modena.*) Riv. Pat. e Clin. Tbc. 8, 878—880 (1934).

Bericht über 2 Fälle, die den hilären Ursprung solcher Beobachtungen und ihr charakteristisches caudokranielles Fortschreiten beweisen. Heinz Lossen.^{oo}

Borchard, A.: Über stumpfe Verletzungen der Bauchwand und des Bauches und ihre Unfallsfolgen. Mschr. Unfallheilk. 41, 593—597 (1934).

Quetschungen und Zerrungen der Bauchwand sind nach 3—4 Wochen abgeklungen, Hämatome nach 6—8 Wochen resorbiert. Es gibt lokale Bauchfellentzündungen nach Quetschungen. Spontane Muskelrisse kommen vor. Subcutane traumatische Rupturen in Muskeln und Fascien sind selten. Kleine Mesenterialrisse können symptomlos verlaufen, größere intraabdominelle Verletzungen erfordern sofortigen operativen Eingriff. Heilt eine Bauchwunde ohne Hernie und der Darm ohne Verengung, so sind die Unfallsfolgen in 3—4 Monaten abgeklungen. Isolierte Serosa- und Schleimhautverletzungen regenerieren völlig. Magen- und Darmrupturen bei gefüllten Organen sind selten. Traumatische Blinddarmentzündung ist sehr selten. Verwachsungsbeschwerden sind sehr schwer zu beurteilen. Pankreasapoplexie ist nicht traumatisch. Subcutane Zerreißen von Milz, Bauchspeicheldrüse, Leber kommen vor.

P. Rostock (Berlin).^o

Hauser, G.: Duodenalggeschwür mit Perforation als Kriegsdienstfolge? Ärztl. Sachverst.ztg 40, 299—330 (1934).

Ein 32jähriger Beamter wird 1915, nachdem er am Vortage aus einem Krankenhaus, wo er wegen Blinddarmentzündung behandelt worden war, entlassen war, zum Heeresdienst eingezogen. In den Jahren 1915, 1916 und 1917 wiederholte Erkrankung an Schmerzen in der Magengegend mit Revierbehandlung. Nach Rückkehr aus dem Felde wieder ärztliche Behandlung wegen Magenschmerzen, 1920 Gastritis, 1926 wiederum Schmerzen in der Magengegend, besonders auf der rechten Seite, 1929 Antrag auf Heilbehandlung wegen Magendarmbeschwerden, 1932 Durchbruch eines chronischen, in Vernarbung begriffenen Geschwürs des Zwölffingerdarmes mit Todesfolge. Das Versorgungsgericht hatte die Ansprüche des Mannes abgelehnt, weil nach mehreren Gutachten von 1911—1925 alle Brückenerscheinungen fehlen sollten. Das Landesversorgungsgericht verwies zurück und Verf. erstattete auf Ersuchen des Versorgungsgerichtes sein Gutachten, aus dem die obigen Angaben entnommen sind. Er verweist besonders auf die Tatsache, daß Geschwürsbildung oft längere Zeit symptomlos verlaufen

könne, und betont, daß es nicht angängig sei, bei der Beurteilung des Verlaufes eines chronischen Leidens einzelne Phasen des Krankheitsverlaufes herauszugreifen und für sich allein zu beurteilen, sondern daß man das ganze Krankheitsgeschehen im Zusammenhange betrachten müsse.

Giese (Jena).

Kalk, Heinz: Duodenalgeschwür mit Perforation als Kriegsdienstfolge. Bemerkungen zu einem Gutachten von Geh. Rat Prof. Dr. H. Hauser. Ärztl. Sachverst.ztg 40, 331—332 (1934).

Kriegsdienstbeschädigung für ein Magen- und Duodenalgeschwür ist nur dann anzuerkennen, wenn das Geschwür nachweislich im Kriege, und zwar im Frontdienst entstanden ist. Anerkennung einer dauernden wesentlichen Verschlimmerung eines bereits vorhandenen Geschwürsleidens durch Kriegsdienst als D. B.-Leiden kann nur in seltenen Fällen unter ganz besonderen Momenten erfolgen. Kritisch ablehnende Stellungnahme unter diesen Gesichtspunkten zu einem Gutachten von Geheimrat Hauser. (Vgl. vorsteh. Ref.)

Schrader (Marburg a. d. L.).

Löffler, W.: Febris undulans Bang als Unfall und als Berufskrankheit. Festschr. Zanger Tl 1, 302—313 (1935).

Für die Beurteilung der Febris undulans Bang als Unfallfolge ist von ausschlaggebender Bedeutung die Kenntnis der Infektionswege, ob enterale oder parenterale Infektion vorliegt. Die enterale Infektion gelingt beim Maltafieber mit großer Leichtigkeit, während beim Affen und Menschen enterale Infektion mit *Bac. abortus* Bang nicht oder nur schwer zur Infektion führt. Die Infektion durch die lädierte Haut geht dagegen relativ leicht an. Ganz selten scheinen Übertragungen von Mensch zu Mensch vorzukommen, die als ärztliche Berufskrankheiten gelten müssen. Es muß nachgewiesen werden, daß die verletzte Stelle sicher oder mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit dem brucellahaltigen Material in Berührung gekommen ist. Löffler hat 1930 (Würzburg. Abh. 26, 421) über einen solchen Fall berichtet:

31jähriger Maurer, der nie rohe Milch trank und keinen Kontakt mit Vieh hatte, verletzte sich bei Maurerarbeiten am 12. III. 1930 am linken Zeigefinger und Handrücken. Eine im Stall untergebrachte Kuh war an Verwerfungsseuche erkrankt gewesen. Anfang Juni erkrankte Patient, im August wurde typische Bangsche Krankheit mit positiver Agglutination nachgewiesen. — In einem neuerdings von Löffler beobachteten Fall erkrankte ein Mann, welcher Kühlanlagen in Metzgereien zu revidieren hatte und hierbei das aufgehängte Fleisch oft mit den Händen beiseiteschieben mußte. Die Infektion durch fast ständig an Händen und Fingern bestehende kleine Verletzungen wird als überwiegend wahrscheinlich angesehen.

In vielen Fällen läßt sich nicht exakt beweisen, daß wirklich die Haut die Eintrittspforte darstellt. Alle Schwierigkeiten wären überwunden, wenn die Bangsche Krankheit als Berufskrankheit der einschlägigen Berufsklassen (Tierärzte, Metzger, Landwirte, Fleischtransporteure, aller Gewerbe, die rohe Milch verarbeiten) erklärt würde. Bei eigentlichen Laboratoriumsinfektionen, wo in der Regel große Mengen *Brucella* durch Pipettieren oder Stichverletzung aufgenommen werden, ist die Tatsache des Unfalls meist ohne weiteres klar. Eine Infektion per os als Berufskrankheit kommt bei all denen in Frage, die mit Milchgewinnung und Milchverarbeitung beschäftigt sind: Käserei- und Stallinspektoren, Melkpersonal, Käser, Angestellte milchwirtschaftlicher Laboratorien, Molkereiarbeiter. Bei richtig durchgeführter Stallinspektion muß immer wieder die Milch durch Geschmack geprüft werden, wobei sich die Frage erhebt, ob nicht in der ganz frischen Milch die *Brucella abortus* stärker pathogen ist als in lange stehender, vielleicht auch abgekühlter Milch. Bei der Rahmprobe (nach 12stündigem Stehen der Milch) wird die besonders reichlich *Brucella* enthaltende Rahmschicht durch den Geschmack geprüft. — Die Aufnahme einer Erkrankung in die Liste der Berufskrankheiten erfolgt meist nicht ohne starke Debatte, vor allem wegen der Kostenfrage. L. glaubt nicht, daß die Zahl der als Berufserkrankung anzuerkennenden Bang-Fälle sehr groß sein wird. Heute ist die Febris undulans Bang nicht die schwerste, aber der Häufigkeit nach wichtigste Berufskrankheit gewerblichen Ursprungs. Sie übertrifft den Anthrax, der heute fast ausschließlich Berufskrankheit geworden ist, bei weitem an Häufigkeit und Dauer, glücklicherweise nicht an Schwere.

C. Hegler (Hamburg).

Keeser, E.: Berufsschäden im Kraftfahrwesen. (*Pharmakol. Inst., Univ. Hamburg.*)
Med. Welt 1935, 37—39.

Verf., der als Mitarbeiter des Buches Toxikologie und Hygiene des Kraftfahrwesens (Schriftenreihe Gesamtgeb. Gewerbehyg. 1930, H. 29) als besonders sachverständig gelten darf, gibt in dem vorliegenden Aufsatz eine Übersicht über die im Kraftfahrwesen möglichen Vergiftungen, wobei eingangs die lokalen Wirkungen der aliphatischen und aromatischen Kohlenwasserstoffe auf die Haut besprochen werden. Es folgt ein Hinweis auf die durch Hautresorption möglichen Schädigungen, als solche kommen in Betracht neben den genannten Kohlenwasserstoffen auch die metallorganischen Brennstoffzusätze (Antiklopfmittel), von denen insbesondere auch vom toxikologischen Standpunkt dem Tetraäthylblei besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist. Eine erheblich wichtigere Rolle als die Hautresorption spielt die Aufnahme über die Atemwege, auch hier kann das Bleitetraäthyl in Form seiner Zersetzungsprodukte gefährlich werden. Verf. schildert kurz die akute und die chronische Benzolvergiftung, die akute und die chronische Benzolvergiftung. Die toxikologische Bedeutung der Auspuffgase liegt in ihrem Gehalt an Kohlenoxyd, es wird deshalb die akute und subakute CO-Vergiftung besprochen. Die chronische CO-Vergiftung lehnt Verf. vom streng pharmakologischen Gesichtspunkt ab, vielmehr handelt es sich bei den unter dieser Bezeichnung beschriebenen Vergiftungen um wiederholte akute Vergiftungen. Die chronische Einatmung von Autoauspuffgasen führt zu einer Erhöhung der Thrombosebereitschaft des Blutes. Jedoch muß die Frage eines ursächlichen Zusammenhangs der Zunahme der Embolien und Thrombosen mit der Einatmung von Auspuffgasen als noch nicht geklärt angesehen werden.

Estler (Berlin).

Niederland, Willi: Berufsgefahren und Berufskrankheiten in der Metallbeizerei.
Jkurse ärztl. Fortbildg 25, H. 9, 29—43 (1934).

Die gesundheitlichen Gefahren in Metallbeizereien gliedern sich in Gesundheitsschädigungen durch die Ätzwirkung der verwendeten Säurelösungen sowie in Vergiftungen durch die beim Beizprozeß entstehenden Dämpfe. Der Grad der Gefährdung ist abhängig von der Art der verwendeten Säuren sowie vor allem von den technischen Betriebseinrichtungen und der Innehaltung wirksamer Schutzmaßnahmen. Durch eine Verordnung des Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom Jahre 1911 wurden besondere Grundsätze für die gewerbepolizeiliche Überwachung der Metallbeizereien aufgestellt. Am wichtigsten ist darin die Anordnung, daß die Säuredämpfe an der Entstehungsstelle in wirksamer Weise abzufangen sind. Es müssen deshalb die Entlüftungsanlagen die sich entwickelnden Gase möglichst unmittelbar am Säurebad oder in dessen nächster Nähe restlos absaugen.

Was zunächst die Ätzwirkungen anlangt, so sind sie bei den meistverwandten Säuren, nämlich der Salzsäure, Schwefelsäure und Salpetersäure, ziemlich gleichgeartet. Es finden sich bei den Arbeitern Veränderungen der Zähne (bis zu totalen Zahnnekrosen) infolge Auflösung der kalkhaltigen Bestandteile durch die angesäuerte Mundflüssigkeit bzw. unmittelbare Ätzwirkung der Säuredämpfe. Sie wurden bei Reihenuntersuchungen bei 40% der Arbeiter und darüber nachgewiesen. Nagel- und Hautschädigungen bis zu tiefreichenden Ulcerationen finden sich vornehmlich bei Salpetersäurearbeitern. An den Luftwegen treten katarrhalische Reizerscheinungen bei längerdauernder Arbeit in Erscheinung. Die größte Gefahr bilden die Nitrosegase bei der Anwendung von Salpetersäure. Sie stellen ein Gemisch von niederen Oxydationsstufen des Stickstoffes dar (NO , NO_2 , NO_4) und entstehen bei Einwirkung von Salpetersäure auf Metalle (sog. Gelbbrennen) oder organische Substanzen. 0,45—0,50 mg in der Atemluft führt rasch zu tödlichen Folgen. Die akute Vergiftung ähnelt klinisch weitgehend der Phosgenvergiftung (Beginn mit Reizerscheinungen uncharakteristischer Art, freies Intervall von mehreren Stunden; dann schwerste Krankheitserscheinungen mit stärkstem Lungenödem und Versagen der Herzkraft). Die Ursache dafür ist eine Umwandlung der Nitrosegase durch die vorhandene Flüssigkeit in den Luftwegen in Salpetersäure bzw. salpetrige Säure und nunmehr direkte Ätzwirkung. Bei schweren Vergiftungen ist tödlicher Ausgang im Verlauf der ersten beiden Tage die Regel. An chronischen Nachkrankheiten wurden Herzschädigungen, Lungenemphysem, langanhaltendes Lungenödem beobachtet. Ob eine chronische Vergiftung durch fortgesetzte Aufnahme kleinster Nitrosegasmengen vorkommt, ist noch umstritten.

Für den forensischen Nachweis ist wichtig, daß sich an eingetrocknetem Material von Kehlkopf, Luftröhre oder Bronchien die Nitritreaktion anstellen läßt. — In einem Schlußabschnitt der Arbeit bespricht Verf. den Gesundheitsschutz sowie die ersten Hilfsmaßnahmen bei Verätzungen und Nitrosegas-Vergiftungen.

Schrader (Marburg a. d. L.).

Walger: Die Bäcker-Dermatitis. Med. Welt 1934, 1325—1328.

Verf. hat einen Bäckerlehrling mit Ekzem, 4 Gesunde sowie 1 Ekzematiker und 4 Gesunde mit der Lappchen- und Intracutanmethode untersucht. Auf Grund seiner Deutung der Ergebnisse und unter Anführung der Stellungnahme Sterns in der „Mühle“ 1931, Schneiders in der Z. f. d. ges. Mühlenw. 1926 und der Ansicht aus einer englischen Mühlenzeitschrift 1928, 1929 und 1931 und sonstiger Ausführungen kommt Verf. zu der Angabe, die Arbeiten von Teleky und Zitzke über die Ursachen des Bäckerekekrzems seien widerlegt, das Bäckerekekrzem sei „eine echte Berufskrankheit“ und habe mit den „Mehlverbesserungsmitteln (Persulfaten) nichts zu tun“. (Vgl. diese Z. 20, 212 [Teleky u. Zitzke].) A. Neumann (Düsseldorf)._o

Schulze, Martin: [Die Schwielenlokalisation in Mansfelder Staublungen. (Path. Inst., Univ. Halle-Wittenberg.) Arch. Gewerbepath. 5, 665—676 (1934).

Durch frühere Autoren wurde nachgewiesen, daß die Lymphabflußgebiete eine große Rolle in der Entwicklung der Staublungen spielen, die Hiluslymphknoten zeigen oft stärkere Verschwielen vor dem Auftreten von größeren Staubveränderungen der Lungen selbst. Zenker hatte als Erster die sog. Pleuraknötchen als Folge einer Staubschädigung angesehen. Wätjen wies auf den Zusammenhang von großen Staubschwielen und -knoten mit einer Hilusverschwielen hin.

Durch histologische Untersuchungen mit dem Christellerschen Großschnittverfahren (Einzelheiten der Technik siehe im Original) untersuchte Verf. 25 Fälle. Von den Schnitten wurden Diapositive angefertigt (vgl. Abbildungen). Durch vergleichende Untersuchung derselben konnte eine Hilus- und eine subpleurale Form der Staubverschwielen unterschieden werden. Eine vorgeschrittene Verschwielen der Hiluslymphknoten ist Voraussetzung für beide Formen. Dieselbe kann durch den Staub allein oder aber durch vorhergehende oder gleichlaufende Erkrankungen der Lymphknoten (besonders Tuberkulose) bedingt sein. Durch die primäre Verlegung des Lymphabflusses am Hilus kommt es zur Stauung des Staubes in den Lymphabflußbahnen und sekundär durch die gestauten Staubmassen zu der fibroplastischen Wirkung auf das umgebende Gewebe. So können auch verkalkte Primäraffekte mit erheblicher Störung der Lymphabflußbahn subpleurale Verschwielen hervorrufen.

Walcher (Halle a. d. S.).

Meyer, Karl: Über Fortschreiten der Silikose nach Aufhören der Staubschädigung. Ärztl. Sachverst.ztg 40, 289—291 (1934).

In den zahlreichen Fällen, in denen erst längere Zeit nach dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung das Vorliegen einer schweren Tuberkulose festgestellt wurde, bestand oft Neigung, die Entschädigungspflicht abzulehnen, da die Verschlechterung nur durch die natürliche Fortentwicklung der Tuberkulose erklärt wurde. Dagegen war die Tatsache, daß die Silikose an sich (auch ohne jede Tuberkulose) nach Aufhören der Staubschädigung weiter fortschreiten kann, bekannt, es fehlte aber noch der genaue pathologisch-anatomische Beweis. Dieser ist in einem von Kirch (Erlangen) untersuchten Fall geliefert worden.

Ein Steinhauer zeigte 2 Jahre vor seinem Tode röntgenologisch und klinisch keine schwere Silikose, nachdem schon 1 Jahr vorher die Staubeinatmung aufgehört hatte. Mikroskopisch ergab sich das Fortschreiten der Silikose in den letzten 2 Jahren daraus, daß sich um die schweligen Herde noch zellreiche und faserarme Randpartien befanden und daß an anderen Stellen überhaupt fast reinzellige, noch nicht faserhaltige Herdchen vorlagen. In bezug auf die Frage, woher die später abgelagerte Kieselsäure stammt, wird vermutet, daß sie sich vorher in echter oder kolloidaler Lösung im Blut und in anderen Geweben befunden hat. Giese (Jena).

Albertini, A. von: Zur Pathogenese der Silikose. Festschr. Zangger Tl 1, 237—250 (1935).

Ausgangspunkt der Untersuchungen war die Frage, ob Kieselsäure als Verursacher der Silikose in die Schweizer Giftliste aufgenommen werden könne. Eine Giftwirkung der Kieselsäure muß sich an den giftempfindlichen Lymphocyten zeigen, die auf Gifte (Schwermetalle, Toxine, Röntgenstrahlen) mit Kernschädigung reagieren, und zwar mit Pyknose, Karyoklasie, Mikrocytose, Karyolysis. Bei hämatogen andringenden

Giften erkrankten elektiv die Flemmingschen Zentren, bei Allgemeinschädigung (Strahlen) die ganze Lymphdrüse, bei lymphogenem Andringen vorerst die Sinusbezirke. Tatsächlich zeigt bei Silikose die frisch befallene Lymphdrüse die beschriebenen karyoklastischen Veränderungen vorwiegend im Sinusgebiet, beginnend in der zellarmen äußeren Zone, fortschreitend ins lymphatische Grundgewebe. Die Sinusfasern und die Gitterfasern des lymphatischen Grundgewebes zeigen Verdickung und später schwere fibrinoide Verquellungsnekrose. Der freien Kieselsäure kommt also eine Wirkung zu, wie sie einem Gewebsgifte entspricht. *Gerbis (Berlin).*^{oo}

Jaeggi, A. E.: Zum exakten Nachweis des chemischen Unfalles. IV. Siliciumgehalt bei Lungensilikose. Festschr. Zangger Tl 1, 251—270 (1935).

Nach einem guten geschichtlichen Überblick über die Silicosisforschung wird ein chemischer Abriß dem Nachweise gewidmet, daß quarzhaltiger Staub auf chemischem Wege zur Fibrosis führt. Die Quarzwirkung auf die Gewebe wird näher an Beispielen erläutert und sodann wird über Untersuchungen verschiedener Autoren berichtet, die in Quarzlungen einen wesentlich höheren Kieselsäuregehalt fanden und auch nachwiesen, daß das Blut Silicosiskranker wesentlich reicher an Kieselsäure ist als das Blut anderer. Nach Kraut und Böhme zeigen 100 mg Blut asche bei Gesunden 1,8 mg SiO_2 , bei Arbeitern ohne nachweisbare Silikose 2,6 mg SiO_2 , bei Silicosiskranken 4,3 mg SiO_2 . — Die eingehenden Analysen von William McNally werden in Tabellenform übersetzt. *Gerbis (Berlin).*_o

Lanza, A. J., William J. McConnell and J. William Fehnel: Effects of the inhalation of asbestos dust on the lungs of asbestos workers. A preliminary study. (Wirkungen der Asbeststaubeinatmung auf die Lungen von Asbestarbeitern. Vorläufige Mitteilung.) Publ. Health Rep. 1935, 1—12.

Untersuchung der Arbeitsbedingungen in mehreren Asbestfabrikationsanlagen Nordamerikas und Kanadas sowie der dort beschäftigten Arbeiter, die zu folgenden wesentlichen Erkenntnissen führten: Längere Exposition gegenüber Asbeststaub verursacht eine Lungenfibrose, die sich röntgenologisch von der Silikose unterscheiden läßt und klinisch einen milderen Verlauf zeigt. Häufig wurde dabei Herzvergrößerung gefunden. Beziehungen zur Tuberkulose ergaben sich nicht. Es wird für die Asbestgewerbebetriebe eine besonders sorgfältige Untersuchung der Arbeiter vor der Einstellung sowie späterhin regelmäßige Kontrolle empfohlen. *Schrader.*

Schapiro, A.: Über die traumatischen Augenschädigungen industrieller und anderer Genese. Sovet. Vestn. Oftalm. 5, 571—575 (1934) [Russisch].

Der Verf. schildert Augenverletzungen bei zwei Arbeitsgruppen, nämlich bei Landarbeitern und Metallarbeitern. Dazu sind gesammelt 380 Fälle im Laufe von 3 Jahren (1930 bis 1932), 5,5% der allgemeinen Krankenzahl (6870). Von 235 Fällen sind mit der Arbeit verbundene Verletzungen 82,5%, zufällige Verletzungen 8,6%, Verletzungen bei Kindern 8,9%. Von der Anzahl der Feldarbeiter (145 Fälle) sind durch die Arbeit entstandene Verletzungen 46,9%, zufällige Verletzungen 24,8%, Verletzungen bei Kindern 28,5%. Bei den Feldarbeitern kommen die Verletzungen weniger zahlreich vor, sind jedoch schwererer Art als bei den Metallarbeitern. Die größte Zahl der Verletzungen bei Arbeitern entsteht durch kleine Metallstückchen (63,4%). Bei Feldarbeitern entstehen die meisten Verletzungen durch das Korn (14,5%), Brennholz (11%), durch Hörner des Viehes (3,5%). Die zufälligen Verletzungen entstehen größtenteils durch Schlagen (6,2%). Bei Kindern entstehen die Verletzungen durch Korn (6,2%), spitze Gegenstände (4,1%), Sprengpatronen und Schießpulver (3,5%), Schlagen mit dem Stock (4,8%). Am meisten wird die Hornhaut beschädigt, bei ersten 75,3% und bei letzteren 33%. An Komplikationen wären zu verzeichnen bei Arbeitern traumatischer Katarakt (0,9%), Hornhautgeschwür (0,4%). An Komplikationen bei Feldarbeitern Hornhautgeschwür (4,8%), Panophthalmitis (0,7%). *Kuriks (Tartu-Dorpat).*_o

Vogt, Alfred: Augenschädigungen durch grelle Lichtquellen. Festschr. Zangger Tl 1, 343—353 (1935).

Vogt, Alfred: Ein einzigartiger Fall von einseitigem Akkommodationskrampf und nachfolgender subkapsulärer Schalentrübung der Linse nach Einwirkung eines Acetylen-Sauerstoffgebläses auf die durch Schutzbrille geschützte Augengegend. (26. Jahresvers.

d. Schweiz. Ophth. Ges., Lugano, Sitzg. v. 23.—24. IX. 1933.) Klin. Mbl. Augenheilk. 92, 406—407 (1934).

Vogt entwickelt zusammenfassend seine und seiner Schüler bekannten Untersuchungsergebnisse über Augenschädigungen durch grelle Lichtquellen. Oberflächenschädigung des Auges, sog. Schneeblindheit, wird durch ultraviolette Strahlen hervorgerufen. Makuläre und paramakuläre Herde werden hauptsächlich durch sichtbare Strahlen und durch Ultrarot erzeugt. Das trifft für Sonnen- und Kohlenbogenlicht zu. Für Eisenbogenlicht kommt hierfür nach experimentellen Untersuchungen nur das sichtbare Licht in Frage. Geht man vom Bogenlicht (etwa 3500—4000°) zu Lichtquellen mit geringerem Intensitätsmaximum, wie z. B. zum Glashochofen mit 1200° bis 1600° über, so ergaben Untersuchungen, daß diese Glasmassen ungeheure Mengen von Ultrarot auswerfen. Hierbei sind 2 Abschnitte des Ultrarot zu unterscheiden: Kurzwelliges (800—2500 $\mu\mu$), das die Augenmedien durchdringt (= penetrierendes) und langwelliges (über 2500 $\mu\mu$) (= nicht penetrierendes). Das erstere erzeugt nach experimentellen Versuchen den Feuerstar, ohne Hornhaut und Regenbogenhaut zu schädigen, übt also eine auswählende Schädigung der Linse aus. Das sichtbare Licht spielt in der Feuerstargenese keine Rolle. Glas- und Eisenarbeiter sind demnach durch blaugrüne Eisenoxydulgläser vor dem penetrierenden Ultrarot zu schützen. Wiewohl wir hinsichtlich der schädigenden Eigenschaften der einzelnen Strahlenbezirke des Spektrums hinreichend unterrichtet zu sein scheinen, überrascht doch folgender Fall:

34-jähriger, körperlich und augengesunder Mechaniker. Vor 1 $\frac{3}{4}$ Jahren arbeitete er, auf dem Rücken liegend, mit einem Acetylen-Sauerstoffgebläse unter Verwendung einer Schutzbrille mit seitlicher Schutzwand, die mit den üblichen kleinen Löchern versehen war. Bei einer Drehung des Kopfes wirkte das Gebläse nur plötzlich oder höchstens 1 Sekunde ein. Keine Spur von Verbrennung. Es kam auf dem entsprechenden Auge zu einem monatelang dauernden Akkommodationskrampf von 3—4 Dioptrien Myopie, der jedesmal auf Atropin verschwand, und nach einem Jahr zu einer subkapsulären, den ganzen Umfang einnehmenden Linsentrübung vom Typus der Tetaniekatarakta. Eine Erklärung über Ursache des Akkommodationskrampfes, des Stares und ihrer Beziehungen zueinander läßt sich nicht geben. Es bleibt zur Zeit nur übrig, den Fall zu vermerken. Karbe (Dresden).

Petres, József: Einige seltenere industrielle Augenverletzungen. Orv. Hetil. 1935, 71—72 [Ungarisch].

Industrielle Verletzungen kommen am häufigsten im Alter von 16—30 Jahren vor, 91% der Verletzten gehört dem männlichen Geschlecht an. Die Verletzung traf im Material von Petres in 55% das linke, in 31% das rechte und in 10% beide Augen. 4% der Verletzten waren Einäugige. Größer ist die Prozentzahl der Verletzungen bei unkorrigierten Ametropen, Schielenden, Amblyopen. Die Verletzungen mit ätzenden Substanzen betragen in seinem Material 31% aller Verletzungen (bei Schmeichler 8, bei Elschmig nur 5%), und zwar waren am häufigsten Ätzungen mit Materialien der Bau- und der chemischen Industrie. Diese Verletzungen kamen häufiger bei Hilfsarbeitern als bei geschulten Facharbeitern vor. Mit der Entwicklung der chemischen Technologie kann man immer wieder Verletzungen mit neuartigen Substanzen beobachten, die in der Literatur noch nicht beschrieben sind. So bekam Verf. einen Fall mit schwerem Lidödem, Chemose und Bindehautblutungen nach Ätzung mit Dimethylsulfatdämpfen zur Beobachtung. Die Hornhaut blieb lange Zeit unempfindlich und gestichelt, ihre Regenerationsfähigkeit blieb also lange gestört. Erwähnenswert ist aus seinem Material noch ein Fall von Cataracta electrica, der sich $\frac{1}{2}$ Jahr nach schwerer Verletzung infolge Berührung einer elektrischen Leitung von 3000 Volt meldete. Es bildeten sich unregelmäßige graue Flecke besonders in der vorderen Rindenschicht, während in der hinteren Rinde radiäre Trübungen (wie im Fall von Pelláthy) aufgetreten sind. (Pelláthy, vgl. Orv. Hetil. 1927, 261.) A. Linksz (Budapest).

Hippel, E. v.: Kann Kurzschlußblindung zu langsam fortschreitender Erblindung führen? (Geschichte einer Begutachtung.) (Univ.-Augenklin., Göttingen.) Klin. Mbl. Augenheilk. 94, 86—87 (1935).

Nach angeblicher Kurzschlußblindung (keine Zeugen) zeigte ein Kranker zunehmenden Verfall des Sehvermögens bis auf Erkennen von Fingern, starke periphere Einengung des Gesichtsfeldes bis auf 1° um den Fixierpunkt bei kaum krankhaft verändertem Augenhintergrund. Beobachtung ergab, daß der Kranke im täglichen Leben von seiten der Augen nicht behindert war. Die weite Pupille war durch Einträufeln eines Mydriaticums vorgetäuscht worden. Urteil: grobe Simulation. Jendralski (Gleiwitz).