

darstellt, daß der Staat auch verpflichtet ist, ihn gegen Verhöhnungen zu schützen. — Der Angeklagte, der eine höhnische Bemerkung über den Sterilisierten gemacht hatte, wurde mit einem Monat Gefängnis bestraft. *Henneberg (Berlin).*

### **Versicherungsrechtliche Medizin und Gewerbehygiene.**

**Rössle, R.: Zur Frage der Verwaltungssektionen.** (*Path. Inst., Univ. Berlin.*) Virchows Arch. **296**, 535—550 (1936).

Nach kurzem Überblick über die geschichtliche Entwicklung des Leichenöffnungswezens erhebt Verf. von neuem die Forderung auf Einführung der Verwaltungssektionen, für die, ganz abgesehen von dem wissenschaftlichen, ein weitreichendes staatliches Interesse zum Schutze des Gemeinwohles besteht. Die bekannten Mißstände in der Ausstellung der Totenscheine werden kurz gestreift und dann der Aufgabenkreis der Verwaltungssektionen umrissen. Diese würden betreffen: die sog. plötzlichen Todesfälle; die unklaren Todesfälle in Versorgungshäusern, Kinderheimen und ähnlichen Fürsorgeanstalten; weiter Verdachtsfälle einer seuchenhaften, gemeingefährlichen Krankheit (für letztgenannte besteht durch § 7 des Seuchengesetzes bereits die Möglichkeit einer polizeilichen Sektionsanordnung). Des weiteren würden hinzugehören die Fälle, wo die Beibringung eines sog. Leichenpasses für den Transport auf der Bahn oder dem Seewege erforderlich ist; dann die Feuerbestattungsleichen und schließlich die versicherungsrechtlichen Fälle, insbesondere bei Fragen aus der Unfallversicherung. Verf. erhofft u. a. damit eine wirksamere Bekämpfung der Auswüchse des Kurfuschertums und sieht in der zahlenmäßigen Sektionsvermehrung einen großen Wert für die Ausbildung der jungen Ärzte, besonders der Amtsärzte. Auch für die Vertiefung unserer Kenntnisse auf dem Gebiete der Erbpathologie dürfte manches gewonnen werden. Die Entscheidung über die etwaige Vornahme und Anordnung einer Verwaltungssektion soll den Gesundheitsämtern zugewiesen werden. An Hand einer Karte wird gezeigt, daß bei Zugrundelegung eines Arbeitsbereiches von 60 km Entfernung die in Deutschland vorhandenen Prosekturen, pathologischen Universitätsinstitute und Institute für gerichtliche Medizin ausreichen würden, um möglichst binnen 24 Stunden die polizeilich angeordnete Sektion auch in weiten Landbezirken auszuführen. Hinsichtlich der Kostenfrage wird gesagt, daß ein Teil der künftigen Verwaltungssektionen, wie die versicherungsrechtlichen, nicht der Staatskasse zu Last fallen; daß ferner auf anderen Gebieten Einsparungen an den kostspieligen gerichtlichen Sektionen zu erwarten sind, so daß durch die neu hinzukommenden plötzlichen Todesfälle keine zu erhebliche finanzielle Belastung zu befürchten sei. Die Erfahrungen in Hamburg und Thüringen, wo die Verwaltungssektion bereits eingeführt ist, sowie die vorbildlichen Verhältnisse in Österreich werden kurz gestreift.

*Schrader (Marburg a. d. L.).*

**Holthöfer: „Gewerbmäßig“ im Lebensmittelrecht.** Reichsgesdh.bl. **1935**, 633 bis 634.

Verf. gibt einen Überblick über den verschiedenen Begriffsbereich von „gewerbmäßig“ im deutschen Lebensmittelrecht und über die einseitige Auslegung dieses Begriffs durch die Rechtsprechung. *Kärber (Berlin).*

**Poppe, Erik: Alkohol und Unglücksfälle.** (*Bezirkskrankenh., Vestfold, Tensberg u. Chir. Abt., Städt. Krankenh., Bergen.*) Münch. med. Wschr. **1936 I**, 361—363.

Das verhältnismäßig geringe Material von 162 Fällen liegt den Untersuchungen zugrunde. Es umfaßt nur Männer über 17 Jahre, denen bei Einlieferung in die Abteilungen innerhalb 8 Stunden nach dem jeweiligen Unfall Blut entnommen wurde. Die chemischen Untersuchungen führte Prof. Hansen am Pharmakologischen Institut Oslo aus. Von diesen 162 Fällen waren 66 = 40,7% „blutpositiv“, d. h. hatten eine Alkoholkonzentration im Blute zwischen 0,27—3,46‰. In 43 Fällen von diesen 66 (= 68%) zeigte die klinische Diagnose Übereinstimmung mit dem Ergebnisse der Blutalkoholbestimmung. In etwa 16% der 96 blutnegativen Kranken, die Kopftraumen

erlitten hatten, konnte erst auf Grund der Blutuntersuchung die klinische Diagnose gesichert werden. Es wird die allgemein bekannte Tatsache bestätigt, daß die Mehrzahl der Unfälle sich an Feiertagen bzw. an deren Vorabenden oder nach einem Fest o. ä. ereignet hatte. Für eine statistische Auswertung hinsichtlich Unfallhäufung an bestimmten Wochentagen bei „Blutnegativen“ usw. ist das Material zu klein. Aus dem gleichen Grund ergibt die graphische Darstellung nach Altersgruppen keine sicheren Unterlagen. In allgemein sozialhygienischer Hinsicht ist wichtig, daß „Blutpositive“ durchschnittlich 28 Tage im Krankenhause gelegen haben, wobei die Ausgaben für diesen Aufenthalt in keinem Falle vom Kranken selbst bestritten worden sind. Auf das bekannte Mißverhältnis zwischen Alkoholgeruch der Respirationsluft und Blutalkoholgehalt wird hingewiesen. Das allmählich sehr große Schrifttum über derartige Fragen ist nur auszugsweise gebracht. *Jungmichel (z. Zt. Heidelberg).*

**Gordon, Alfred:** *Affections nerveuses organiques tardives à la suite des traumatismes et le problème médico-légal de l'incapacité.* (Organisch-nervöse Späterscheinungen nach Schädeltraumen und ihre gerichtsärztliche Bedeutung.) *Revue neur.* **64**, 662 bis 667 (1935).

Verf. berichtet über eine Reihe von Fällen mit Schädeltraumen, bei denen sich erst nach Wochen bis zu 11 Monaten schwere klinische, zum Teil tödliche Krankheitsbilder entwickelten. Häufig werden diese Fälle nicht richtig untersucht, oder die in der Zwischenzeit auftretenden neurologischen Symptome sind so flüchtig und verwaschen, daß sie auch bei gründlicher fachärztlicher Untersuchung übersehen werden. Trotzdem können sich im Anschluß an solche Schädelverletzungen im Gehirn schwere pathologische Veränderungen entwickeln, die dann plötzlich ausgesprochene klinische Krankheitsbilder hervorrufen. Diese Tatsache muß bei der Begutachtung derartiger Fälle sorgfältig berücksichtigt werden. Oft wird bei ihnen im Anschluß an das Schädeltrauma überhaupt kein Schadenanspruch gestellt, dadurch, daß der Kranke selbst oder der zuerst behandelnde Arzt die vorhandenen Symptome nicht ernst genug nimmt, weil sie nur leichter Natur waren und eine verhältnismäßig harmlos aussehende äußere Verletzung vorlag. Häufig ist der Unfall überhaupt vergessen, wenn dann die schweren neurologischen Späterscheinungen auftreten; auch die Versicherungsgesellschaften haben dann oft keine Aufzeichnungen über das Unfallereignis und die ersten Krankheitserscheinungen. Die Fälle des Verf. zeigen, daß es bei Schädeltraumen irgendwelcher Art, auch wenn zuerst geringfügige klinische Erscheinungen vorliegen, unbedingt erforderlich ist, daß über diese und den Unfall selbst eingehende Aufzeichnungen und Akten angelegt werden. *Weimann (Berlin).*

**Kartagener, M.:** *Spätschäden am Herzen nach elektrischen Unfällen.* (*Med. Poliklin., Univ. Zürich.*) *Schweiz. med. Wschr.* **1936 I**, 13—16.

Zunächst weist Kartagener darauf hin, daß die Ursache des plötzlich eintretenden Todes beim elektrischen Unfall zentrale Atemlähmung sein kann oder ein primärer Herztod mit Kammerflimmern eintreten könne. Die neueren Untersuchungen von Schlodmka und Schrader lassen beide Todesmöglichkeiten zu; während die Literatur über die unmittelbar nach dem elektrischen Unfall auftretenden Schädigungen ziemlich umfangreich ist, ist sie über Spätfolgen und Folgen, die erst nach einer längeren latenten Zeit auftreten, sehr spärlich.

Kartagener beobachtete einen 50jährigen Elektromonteur, der Anfang November 1930 mit einer 550 Voltspannung in Berührung kam, eine Verbrennung an der rechten Hand davontrug, im übrigen aber keinerlei erhebliche Störungen nach diesem Unfall bemerkte und nach 2 Stunden Ruhe seiner Arbeit wieder nachging. Im Januar 1931 Auftreten von Herzinsuffizienzerscheinungen mit Dyspnoe und Arrhythmie, Erweiterung des Herzens, deren Ätiologie anfangs nicht geklärt wurde, auf Behandlung sich vorübergehend besserte, im September 1932 infolge Verschlimmerung zur Klinikaufnahme führte, wobei neben Hypertrophie und Dilatation des Herzens, Vorhofflimmern, Extrasystolen, Deformation der T-Zacke des Elektrokardiogramms und ausgedehnte sonstige Insuffizienzerscheinungen festgestellt wurden. 21 Monate nach dem Unfall wurde die Herzerkrankung als mit dem Unfall im Zusammenhang stehend der Versicherungsgesellschaft gemeldet. Da das Vorliegen einer Coronarsklerose bei einem

50jährigen Manne nicht ausgeschlossen schien, wurde nur ein Teil der Herzveränderung zu Lasten des Unfalles gehend angenommen und der Teilfaktor für den Unfall auf 25—30% geschätzt. Im Februar 1933 erlag der Mann seinem Herzleiden. Die Autopsie ergab keine Anhaltspunkte für eine Coronarsklerose, sie brachte keine Klärung der Ätiologie, es fanden sich keine diesbezüglichen schweren Veränderungen am Herzen, so daß das Vorliegen einer elektrischen Spätschädigung des Herzens an Wahrscheinlichkeit gewann und der Teilfaktor der Entschädigungspflicht auf 50—66% angesetzt wurde. Ein weiterer Fall betraf einen 45jährigen Elektriker, der eines Tages frühmorgens tot in der Werkstatt aufgefunden wurde und 2—3 Wochen vorher einen elektrischen Schlag erlitten hatte (250 V), keine unmittelbaren Folgen des Unfalles verspürte. Die Autopsie ergab eine geringe Coronarsklerose, sonst keine wesentlichen Veränderungen am Herzen; auch der Pathologe kam infolge der Diskrepanz zwischen dem plötzlichen Herztod und dem pathologisch-anatomischen Befunde zu dem Schluß, daß durch den elektrischen Schlag eine Zusatzschädigung des Herzmuskels erfolgt sei, die schließlich den Tod herbeigeführt habe. Ein 3. Fall betraf einen 39jährigen Handlanger, der mit einer 500 Voltspannung in Berührung kam, bewußtlos wurde, unter der Diagnose „elektrischer Shock“ einem Krankenhaus zugeführt wurde, aber schon nach 24 Stunden wieder entlassen werden konnte. 3 Monate später Kopfschmerzen, ischiasartige Beschwerden, Tachykardie, Extrasystolie, starke Labilität der Herzaktion bei dosierter Arbeit. In der Folgezeit Entwicklung eines an Parkinsonismus erinnernden neurologischen Bildes, das vom Neurologen mit sehr großer Wahrscheinlichkeit auf das elektrische Trauma zurückgeführt wurde. Kontrolluntersuchung nach 1 und 3 Jahren ergab Weiterbestehen der Tachykardie und der Labilität der Herzaktion. (Schlomka u. Schrader, vgl. diese Z. 25, 71.) *Schmoeger* (Forst).

**Funk, Karl:** Über Erfahrungen mit Herz- und herznahen Steckschüssen. Bl. Vertrauensärzte Leb.versch. 25, 25—33 (1936).

Verf., der leitende Arzt der Münchener Rückversicherungsgesellschaft, der großen europäischen Zentrale für Versicherung erhöhter Risiken, berichtet über die neuen Aufgaben, die der Lebensversicherung durch die Anträge von Schwerkriegsbeschädigten erwachsen. Die sehr große Zahl der schweren Schußverletzungen, insbesondere auch der vielen Lungen- und Kopfsteckschüsse, über deren Prognose aus früheren Kriegen keine vergleichbaren Erfahrungen vorlagen, ließ versicherungstechnisch einen tragbaren Ausgleich innerhalb dieser Gruppe von Risiken erwarten. Anders lagen die Beurteilungen für die Zukunft der mit Herzschnüssen Behafteten. Die Gesellschaft entschloß sich, selbst auf die Gefahr eines finanziellen Verlustes, sich die Gelegenheit zum Sammeln von Erfahrungen über diese seltenen Verletzungen nicht entgehen zu lassen. Sie ging sogar daran, außer Kriegsherzverletzungen auch Herzschnüsse infolge Selbstmordversuchs zu versichern. Von den vorliegenden Anträgen betrafen 14 Herzsteckschnüsse und 4 herznahe Steckschnüsse. Davon wurden 11 bzw. 2 angenommen. Die Beobachtung dieses Materials zeigte, daß der Sterblichkeitsverlauf gerade bei diesen Risiken allen Erwartungen entgegen ungewöhnlich günstig war. Alle 13 angenommenen Antragsteller waren bei Berichterstattung noch am Leben, ja sogar von den 5 abgelehnten Fällen ist inzwischen nur 1 gestorben. Bei diesem Fall bestand von vornherein Verdacht auf ein Wandern des im Herzbeutel befindlichen Fliegerbombensplitters. Die Versicherung solcher außergewöhnlich schwer abschätzbaren Risiken war also in jeder Hinsicht durchaus befriedigend. *Schütt* (Berlin).

**Wette, W.:** Die gutachtliche Bewertung der Unfallfolgen nach Bauchverletzungen. Chirurg 7, 625—632 (1935).

Auf Wunsch der Schriftleitung gibt Verf. einen Überblick über die praktischen Fragen der rentenmäßigen Bewertung der Unfallfolgen nach Bauchverletzungen. Er warnt immer wieder davor, subjektive Klagen, die nach Monaten und Jahren vorgebracht werden, zur alleinigen Unterlage von Rentenentschädigungen zu machen. Bei der einfachen unkomplizierten Bauchquetschung können nach Ablauf einiger Wochen bei von Anfang an negativem objektiven Befund die vorgebrachten subjektiven Beschwerden nicht als erwerbsmindernd angesehen werden, wobei die Erfahrungen an unversicherten Patienten und bei Sportverletzungen zu verwerfen sind. Nicht jedes leise Unbehagen und nicht jedes mit der Ausübung des Berufes vereinbare Schmerzgefühl soll auf Kosten der Allgemeinheit entschädigt werden, sondern nur die Einschränkung der Konkurrenzfähigkeit des Verletzten auf dem allgemeinen Arbeits-

markt durch Unfallfolgen. Hierher gehören besonders viele Fälle von Zerrungen, bei Verheben usw., bei denen nach 8 oder 13 Wochen eine Schonungsrente nicht mehr in Frage kommt. Entweder es bestehen tatsächlich Beschwerden, dann können sie nicht auf eine monatelang zurückliegende Zerrung zurückgeführt werden, oder aber eine Begründung für die Beschwerden läßt sich nicht erbringen, dann ist eine Rentengewährung ebenfalls unzulässig. Quetschungen und Zerreißen der Bauchmuskulatur mit oft schwer resorbierbaren Hämatomen machen oft eine Schonungsrente von 10 bis 20% für einige Zeit notwendig. Muskelnarben nach subcutaner Zerreißen berechnen nicht ohne weiteres zur Rentengewährung. Die Fälle von Probeparotomie bei Bauchkontusion, bei welchen keine Verletzung gefunden wird, sind individuell zu behandeln, vielfach mit Schonungsrente bzw. Einschränkung der Erwerbsfähigkeit in mehr oder minder hohem Grade für etwa 13 Wochen. Schädigungen durch die Probeparotomie sind zu entschädigen, wenn die Operation durch fragliche Unfallfolgen notwendig wurde (Kirschner). Wenn aber eine natürliche Krankheitsursache zur Parotomie führte, welche irrtümlich wegen einer fraglichen Unfallfolge gemacht wurde, so kann eine Entschädigung nicht stattfinden [Reichsversicherungsentscheidung I A 1542/27 vom 15. II. 1928 aus „Entscheidungen und Mitteilungen des R.V.A. 24 (1929)“]. Quetschungen des Magendarmkanals ohne Kontinuitätstrennung heilen oft folgenlos aus, wenn akute Komplikationen ausbleiben (Sekundärperforation). Die Frage Ulcus und Unfallfolge wird nur kurz gestreift, vor oberflächlicher Begutachtung solcher Fälle wird eindringlich gewarnt, und es wird auf zahlreiche positive Entscheidungen der Spruchkammern entgegen den klinischerseits abgegebenen Gutachten hingewiesen. Geheilte Risse des Magendarmkanals begründen auf die Dauer keine Entschädigungspflicht, wenn Passagehindernisse nicht objektiv nachweisbar sind. Verwachsungsbeschwerden ohne objektive Beweise sind nicht anzuerkennen (A. W. Fischer, Chirurg 1934, 537): Beschwerden durch Adhäsionen treten nur dann auf, wenn diese Wegsamkeitsstörungen für den Darminhalt verursachen. Solche Störungen mit Kolikschmerzen sind nach Fischer mit 25—30% zu bewerten. Abweichungen davon sind möglich. Der Anus präternaturalis ist je nach Lage mit 30 bis 40% oder, wenn er im Bereich des oberen Dickdarms liegt, auch viel höher zu bewerten, ebenso wie Incontinentia ani. Die nichttödlichen Leberverletzungen heilen in der Regel ohne Dauerschaden aus. Der Verlust der Milz bedingt nach Verf. und nach A. W. Fischer keine Dauerrente (Baumecker, vgl. diese Z. 23, 349), auch nicht bei Änderung des Blutbefundes. Die Unfallrente ist keine Risikoprämie im Hinblick auf möglicherweise später einmal eintretende Schädigungen, sondern dient ausschließlich dem Ersatz der durch den Unfallschaden verursachten tatsächlichen Erwerbsminderung. Nach 2 Jahren ist in der Regel die Rente zu entziehen. Der Verlust einer Niere bedingt jedoch für eine Reihe von gefährdeten Betrieben (Bergbau usw.) eine Einschränkung der Wettbewerbsfähigkeit, so daß auch eine solche auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in Betracht kommt und Entschädigungspflicht anzuerkennen ist (vgl. König-Magnus sowie Liniger, Weichbrodt-Fischer). Die Hernien sind nur in extrem seltenen Fällen traumatisch entstanden. Größere Hernien müssen operiert werden, die Ablehnung der Operation bedingt die aus § 606 R.V.O. sich ergebenden Folgen. Bei Narbenhernien liegen die Verhältnisse viel weniger einheitlich, häufiger kommen dabei Renten in Frage, zumal Operation nicht immer Dauererfolg verspricht.

Walcher (Halle a. d. S.).

**Bergel, D.: Zur Frage der Dienstbeschädigung bei Dupuytrenscher Kontraktur.**  
Med. Welt 1936, 16—18.

Verf. hat bei 1182 Männern und Frauen, die sich wegen irgendeines Antrages an das Versorgungsamt gewandt hatten, 46 Fälle von Dupuytrenscher Kontraktur gefunden, das ist in 3,9% der Fälle. Unter den Vertretern der geistigen Berufe fanden sich in 3%, bei Leuten mit leichter Handarbeit in 8,4%, mit schwerer Handarbeit in 3,8% und bei Frauen in 1,3% Dupuytrensche Kontrakturen. Es kann hieraus

nach Verf. nur gefolgert werden, daß das chronische Trauma für die Entstehung einer D. K. von keiner erkennbaren Bedeutung ist. In 12 seiner Fälle war das Leiden vor dem 40. Lebensjahr, in einem mit 30 Jahren aufgetreten, so daß man es auch nicht als Alterskrankheit bezeichnen kann. Über die Vererbungsfähigkeit hat Bergel keine Erfahrungen sammeln können, im Gegensatz z. B. zu Debrunner, da die Untersuchten vor dem Versorgungsamt aus begreiflichen Gründen ein familiäres Vorkommen leugneten. Jedenfalls weist B. der anlagenmäßigen Bedingtheit der Erkrankung den weitaus größten Einfluß zu. *Maske (Leipzig).*

**Hoffmann, W.: Häufung von Dornfortsatzabrisse bei Schipp-Arbeitern.** Zbl. Gewerbehyg., N. F. 12, 179—182 (1935).

Bei den Erdarbeiten (Autostraßen) häufen sich die genannten Abrisse ganz außerordentlich, sie haben eine diagnostische Bedeutung, weil die Behandlung nur konservativ sein darf, und eine große wirtschaftliche Bedeutung für den Verletzten wie für den Versicherungsträger. Beim Hoch- und Weitschippen feuchter Erde treten solche Abrisse gerade bei muskelstarken und arbeitsfreudigen Männern auf, und zwar sind der 7. Halswirbel und der 1. und 2. Brustwirbel bevorzugt. Da manchmal schon tagelang vorher Schmerzen zwischen den Schulterblättern bestehen und der Abriß mit dem charakterischen „Krachen“ dann auch bei leichter Anstrengung eintritt, vermutet der Verf., daß durch die dauernde Anstrengung Zirkulationsstörungen auftreten und den Dornfortsatz in zunächst leichter Weise (Fissuren) schwächen. Röntgenologisch ist bei richtiger Technik, die beschrieben wird, die Diagnose meist leicht zu stellen, auch das klinische Bild erweckt rasch den richtigen Verdacht im Zusammenhang mit der Anamnese. Dieses Krankheitsbild ist bisher in den Büchern nicht genug gewürdigt; seine Häufung findet sich an bestimmten Arbeitsstellen, woran Bodenbeschaffenheit oder Arbeitstechnik schuld haben können. Die Ärzte müssen an dieses Krankheitsbild denken, dann werden sie es leicht erkennen. *Gerbis.*

● **Neitzel, Erich: Berufsschädigungen durch radioaktive Substanzen.** (Arbeitsmedizin. Hrsg. v. E. W. Baader, M. Bauer u. E. Holstein. H. 1.) Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1935. 46 S. RM. 3.90.

Die als Heft 1 der Schriftenreihe „Arbeitsmedizin“ erschienene zusammenfassende Darstellung des Verf. über Berufsschädigungen durch radioaktive Stoffe berührt ein Gebiet der Pathologie, das dem Arzt im allgemeinen ferner liegt. Besonders wertvoll ist der Abschnitt über Gesundheitsschädigungen in Radiumfabriken und -laboratorien, der eine Zusammenstellung der bisher noch nicht allgemein zugänglichen Erfahrungen der deutschen Gewerbeärzte auf diesem Gebiete bringt. Außer den bekannten lokalen Veränderungen der Haut, den Veränderungen des Knochenmarkes und des Blutbildes beanspruchen besonders die in einigen wenigen Fällen in früheren Jahren beobachteten schweren Veränderungen an den Lungen (Fibrose, Carcinom) besondere Beachtung. Die dauernde Einatmung von Emanation oder von radioaktivem Staub gilt als Ursache dieser sehr ernsten Schädigungen der Lungen. Eine eingehende Besprechung finden die ausländischen Erfahrungen über Gesundheitsschädigungen bei der Herstellung und Verwendung von Leuchtfarben sowie die „Joachimsthaler Bergkrankheit“, ferner aber auch die „Schneeberger Lungenkrankheit“, die man neuerdings auf dauernde Einatmung allerdings recht kleiner Mengen Radiumemanation zurückzuführen versucht. Die Durchführung des Strahlenschutzes gegen die Schädigung durch radioaktive Stoffe im Gewerbebetrieb bereitet bei der Bearbeitung stark radioaktiver Präparate noch gewisse Schwierigkeiten. Auch hier wird versucht, durch Regelung der Arbeitszeit (häufige Ablösung, Urlaub) einen Ausgleich zu schaffen. *Kärber.*

**Schulz, G.: Die Verpflichtung des Unfallverletzten zur Duldung von Operationen.** Mschr. Arb.- u. Angest.versich. 23, 482—485 (1935).

Der Verletzte muß nach den gesetzlichen Bestimmungen während der Dauer des Heilverfahrens alle Maßnahmen dulden, die zur ordnungsgemäßen Heilbehandlung gehören. Es ist jedoch umstritten gewesen, ob er während des Heilverfahrens oder nach

Abschluß desselben zur Erhöhung der Erwerbsfähigkeit eine Operation vornehmen lassen muß. Die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes hat eine solche Duldung nicht anerkannt, wenn sie einen Eingriff in den Bestand oder die Unversehrtheit des Körpers bedeutet, denn die Rücksicht auf bloße Vermögensinteressen dürfte nicht dazu führen, in die freie Willensbestimmung des Verletzten einzugreifen. Das Reichsgericht steht auf einem anderen Standpunkt. Es beschränkt das freie Selbstbestimmungsrecht über den Körper in verschiedenen Entscheidungen. Über die weitere Entwicklung in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes gibt die Arbeit weiterhin Aufschlüsse. *Elich (Berlin).<sup>oo</sup>*

**Frommer, Benedykt: Der Paraffinkrebs und das Sozialversicherungsgesetz.** Polska. Gaz. lek. **1935**, 876—877 [Polnisch].

Frommer teilt einen zweiten von ihm behandelten Fall eines Paraffinkrebsses bei einem 48jährigen Arbeiter mit, welcher seit 16 Jahren mit Paraffin beschäftigt war. Es bildete sich bei ihm ein histologisch erwiesenes Cancroid des Hodensackes. Trotz radikaler Operation kam es nach einem Jahr zur Bildung einer carcinomatösen Infiltrierung in der rechten Leiste. Der Kranke starb an zunehmender Kachexie. F. behauptet, daß der Paraffinkrebs im engsten Zusammenhang mit dem Paraffingewerbe steht, somit als Gewerbekrankheit im Sinne des Sozialversicherungsgesetzes anerkannt werden soll. *L. Wachholz.*

**Gerbis, Hermann: Zur Frage der chronischen Kohlenoxydvergiftung.** Dtsch. med. Wschr. **1935** I, 991—994.

Verf. nimmt Stellung zu Versuchsergebnissen von K. Süpfle. Die von Süpfle bei wiederholter Einatmung kleinerer oder etwas größerer CO-Konzentrationen an Hunden beobachteten Veränderungen (Anstieg des Hb-Gehaltes und der Erythrocytenzahl des Blutes, gesteigerte Reizbarkeit der Versuchstiere, Blutdrucksteigerung) werden vom Verf. mit ähnlichen Erscheinungen, z. B. bei Gasanstaltsarbeitern, in Beziehung gebracht und als Zeichen einer chronischen CO-Vergiftung gewertet. Die Schwierigkeiten, die bei dieser Annahme für eine Abgrenzung gegenüber anders bedingten Erkrankungen bestehen, werden vom Verf. anerkannt. (Süpfle, vgl. diese Z. **24**, 340.) *Kärber (Berlin).*

**Süpfle, K.: Schlußwort zu vorstehender Veröffentlichung von H. Gerbis.** Dtsch. med. Wschr. **1935** I, 994—995.

Verf. wendet sich dagegen, als Kronzeuge für die chronische CO-Vergiftung beansprucht zu werden. Das Krankheitsbild der sog. chronischen CO-Vergiftung des Menschen ist unspezifisch und mehrdeutig. Es steht nicht sicher fest, daß die z. B. von Gerbis beobachteten Erscheinungen bei Gasanstaltsarbeitern durch keine andere Ursache als CO bedingt sein können. Bis planmäßige exakte Versuche an freiwilligen geeigneten Versuchspersonen in Gaskammern unter schärfster versuchstechnischer und klinischer Kontrolle nicht das Gegenteil ergeben, betrachtet Verf. die Lehre von der chronischen CO-Vergiftung des Menschen als unbewiesene Hypothese. — Gegen die Untersuchungen von Hildegard Buresch, auf die sich Gerbis zum Teil stützt, werden versuchstechnische Bedenken erhoben. *Kärber (Berlin).<sup>1</sup>*

**Buresch, Hildegard: Gesundheitsstörungen durch kleine Leuchtgas mengen.** Reichsarb.bl. **15** (N. F.), III 127—III 128 (1935).

Die klinischen Erscheinungen, die der chronischen Kohlenoxydvergiftung zugeschrieben werden, sind unspezifischer Art. Verf. glaubt, daß der Nachweis kleinster CO-Mengen im Blut für die Feststellung der chronischen Kohlenoxydvergiftung ausschlaggebend sei. Um diesen Nachweis zu geben, hat Verf. die von Nicloux angegebene Verbrennungsmethode dahin modifiziert, daß sie von 2 Blutproben ausgeht, deren eine zur Vertreibung des Kohlenoxyds mit Sauerstoff ventiliert wird. Aus den nach Phosphorsäurezusatz gewonnenen Blutgasen wird die Kohlensäure absorbiert, nach Sauerstoffzusatz wird verbrannt und die gebildete Kohlensäure absorbiert. Aus der Differenz der Volumenverminderungen der beiden Blutproben wird der CO-Gehalt errechnet.

Verf. bestimmte mit diesem Verfahren den Kohlenoxydgehalt im Blut von Arbeitern verschiedener Gaswerke, wobei auch Maskenträger in die Untersuchung einbezogen wurden. Bei den Arbeitern, an deren Arbeitsplatz nur ganz geringe Kohlenoxydmengen vermutet werden können, fand Verf. über 50% positive Analysen, wenn nur ganz einwandfrei positive Ergebnisse als positiv angesehen werden. Bei den Generatorarbeitern, die Gasmasken tragen oder auf andere Weise geschützt sind, fand Verf. überraschenderweise alle Analysen positiv, zum Teil sogar in erheblichem Grade. Zu beachten ist, daß Verf. abweichend von der oben geschilderten Methodik an Stelle der Volumenverminderung der ventilierten Blutprobe zur Errechnung der Differenz die von ihr in früheren Untersuchungen an Normalblut ermittelte durchschnittliche Volumenverminderung von 1,01% benutzte. Errechnet man aus den von der Verf. mitgeteilten Zahlen die Hämoglobinsättigungen — dem von Verf. mitgeteilten Beispiel vermag Ref. nicht zu folgen —, so ergeben sich Werte, die uns zur Revision unserer Beurteilung der Wirksamkeit der Schutzmaßnahmen gegen Kohlenoxydeinatmung veranlassen müssen. Die Untersuchungen der Verf. bedürfen daher noch weiterer Nachprüfungen und Bestätigungen. *Estler (Berlin).<sup>oo</sup>*

**Buresch, Hildegard: Weitere Untersuchungen zur Frage der chronischen Kohlenoxydvergiftung.** (*Gewerbemed. Überwachungs- u. Untersuch.-Stelle, Berlin.*) Z. Hyg. **117**, 153—160 (1935).

Die vorliegende Arbeit gibt die Untersuchungen über den Kohlenoxydgehalt des Blutes an Arbeitern verschiedener Gaswerke Berlins, die schon in einer im Reichsarbeitsblatt 1935 erschienenen Veröffentlichung der Verf. mitgeteilt und in vorsteh. Referat besprochen wurden, ausführlicher wieder. Es kann im allgemeinen auf die Besprechung der früheren Arbeit verwiesen werden. Verf. betrachtet das Kohlenoxyd nicht nur als Blut-, sondern auch als Zellgift. Sie beruft sich hierbei auch u. a. auf die von Warburg in vitro nachgewiesene Hemmung der Zellatmung durch Kohlenoxyd, ohne zu berücksichtigen, daß Warburg diese Hemmung nur mit Kohlenoxyddrücken nachweisen konnte, die im allgemeinen unter praktischen Verhältnissen nicht vorkommen dürften. *Estler (Berlin).<sup>o</sup>*

**Spangenberg und Kötzing: Arsenwasserstoffvergiftungen in der Zinkvitriol-anlage einer Bleihütte.** Zbl. Gewerbehyg., N. F. **12**, 200—202 (1935).

In der Zinkvitriolanlage einer Bleihütte traten 3 Arsenwasserstoffvergiftungen auf, von denen 2 tödlich endeten. Zu diesen Vergiftungen war es dadurch gekommen, daß von dem in der Anlage tätigen Probierassistenten zuviel Säure in das zur Kupferfällung dienende Gefäß hineingeschüttet wurde, anscheinend um die Filtration zu erleichtern. Ferner hielt sich der Probierassistent beim Einrühren der Säure länger als üblich auf der Arbeitsbühne auf, da er einen Arbeitskameraden anzulernen hatte. Die an der Vergiftung Verstorbenen wurden bei einer Obduktion eingehend untersucht. Es wurde der typische Befund einer Arsenwasserstoffvergiftung erhoben. *Kötzing.<sup>oo</sup>*

**Firket, J., C. Batta et E. Leclere: Les accidents produits, dans l'industrie, par l'hydrogène arsénié (arsénamine).** (Die durch Arsenwasserstoff [Arsenamine] in der Industrie hervorgerufenen Unfälle.) Bull. Acad. Méd. Belg., V. s. **15**, 482—498 (1935).

In belgischen Metallhüttenwerken wurden eine Reihe schwerer, zum Teil tödlicher, Arsenwasserstoffvergiftungen beobachtet. Besonders wurden sie festgestellt bei der Wiedergewinnung von Kadmium. Die bekannten Vergiftungssymptome und Befunde bei der Autopsie werden beschrieben. Ferner werden Angaben gemacht über die giftigen Konzentrationen und über den Nachweis des Arsenwasserstoffes. Die Verf. fordern, daß die Kenntnis der Arsenwasserstoffvergiftung sowohl den Ärzten als auch den Industriellen vermittelt werden müßte. Die Industrie sollte Vorsichtsmaßregeln gegen die Vergiftungsgefahr treffen sowohl dort, wo mit dem Auftreten des Arsenwasserstoffes zu rechnen ist, als auch dort, wo die Gefahr unvorhergesehen drohen könnte.

*Kötzing (Magdeburg).<sup>oo</sup>*

**Firket, Jean: Cinq cas d'intoxication par l'hydrogene arsénié.** (Fünf Vergiftungsfälle durch Arsenwasserstoff.) (*20. congr. internat. de méd. soc. de langue franç., Bruxelles, 17.—20. VIII. 1935.*) *Ann. Méd. lég. etc.* **16**, 122—129 (1936).

Berichtet wird über die Beobachtungen an 5 Arsenwasserstoffvergiftungen. Die Arsenausscheidung wurde verfolgt und ergab, daß in einem Falle nach 8 Tagen noch 0,75 mg Arsen in 24 Stunden und in einem 2. Falle nach 8 Tagen noch mehr als 2 mg Arsen innerhalb 24 Stunden im Urin ausgeschieden wurden. Es wird gefordert, daß Medizin, Toxikologie und Technik zusammenarbeiten müßten, um Vorschläge für industrielle Einrichtungen zur Verhütung derartiger Vergiftungen auszuarbeiten.

Kötzing (Magdeburg).<sup>oo</sup>

### **Vererbungswissenschaft und Rassenhygiene.**

**Eickstedt, Egon Frhr. v.:** Neue Wege der Rassenforschung. *Forsch. u. Fortschr.* **12**, 60—63 (1936).

In dieser Arbeit gibt der Verf. eine Übersicht seiner rassentypologischen Methode. Unter Zugrundelegung der bekannten Rassensystematik Europas wird nach individualbiologischer Beurteilung bei anthropologischen Untersuchungen für jede einzelne Person die für sie charakteristische Rassenzugehörigkeit bestimmt. Bei 5 Klassen (entsprechend der 6 Grundrassen Europas) der Gesamtwertigkeit, auf die die verschiedenen rassentypischen Merkmale jeweils anteilmäßig verteilt werden, ergeben sich eine Reihe von Möglichkeiten der Vereinigung, die auch in Zahlenverhältnissen ausgedrückt werden können. Bei Einnischung von dritten Rassenanteilen erhöhen sich dementsprechend die Anzahl der „Rassenformeln“, z. B. n o d, n o (d), n (o d) oder in Zahlenverhältnissen: 2:2:2; 3:2:1 und 4:1:1 (n = nordisch, o = ostisch, d = dinarisch). Voraussetzung für derartige Rassenuntersuchungen ist, daß sie nur von geschulten Anthropologen vorgenommen werden können. Hinzu tritt außerdem noch eine rein metrische Erfassung. Gegen diese individualbiologische Methodik, die zweifellos sehr viele Vorteile bietet, ist eine teilweise scharfe Kritik geübt worden, die der Verf. durch die vorliegenden Ausführungen entkräftet. Des weiteren werden einige auf diese Methode beruhende rassenkundliche Untersuchungsergebnisse aus Schlesien mitgeteilt. Der Fachanthropologe sei auf diese Arbeit des Verf. besonders hinzuweisen. Göllner (Berlin).<sup>oo</sup>

**Ngowyang, G.:** Über Rassegehirne. *Z. Rassenkde* **3**, 26—30 (1936).

Die Variabilität sowohl der makroskopischen als auch der mikroskopischen Merkmale des Gehirns ist derart groß, daß bestimmte Ausprägungsformen am menschlichen Gehirn, denen ein rassenmäßiger Charakter zuerkannt werden könnte, bisher noch nicht festgestellt wurden. Selbst das Vorkommen der Affenspalte (Sulcus lunatus) ist bisher bei allen Menschenrassen nachgewiesen worden. Gottschick (Hamburg).<sup>o</sup>

**Ssarkissov, S., und J. Filimonow:** Zur Frage über die sogenannten Rassenmerkmale im Bau der Großhirnrinde des Menschen. *Sovet. Nevropat.* **4**, Nr 7, 171—177 (1935) [Russisch].

Das Institut für Gehirnforschung (Moskau) studiert mehrere Jahre die Veränderlichkeit des Baues der Großhirnrinde des Menschen. In dieser Arbeit beschreiben die Verff. die Veränderlichkeit des Nacken-, niederen Scheitel-, oberen Limbus-, niederen Stirn-, niederen Schläfe- und präzentralen Gehirngebietes. Die Varianten des Nackengebietes des Gehirns der Chinesen (4 Hemisphären), Russen und eines Burjäten zeigten keine Rassenunterschiede. Das Studium des niederen Scheitelsgebietes des Gehirns der Russen, Chinesen und Juden hat keine pithekoiden und Rassenmerkmale gezeigt. Das niedere Stirngebiet wurde an dem Gehirn von 3 Russen, 2 Juden und 2 Chinesen untersucht. Die Größe des ganzen niederen Stirngebietes und der einzelnen Felder 44, 45 und 47 haben keine Verbindung zwischen Größe der Felder und Rasse gezeigt. Die Varianten des präzentralen Gebietes, die an 10 Hemisphären (5 Russen, 1 Jude, 2 Chinesen und 2 Tataren) untersucht wurden, haben keine Rassenbesonderheiten gezeigt. Die makroskopische Untersuchung des oberen Limbusgebietes wurde an 100 Hemisphären durchgeführt. Diese Untersuchung hat gezeigt, daß es unmöglich ist, die obengenannten Varianten des Baues und der Einrichtung der Furchen und der Krümmungen als typisch für eine gegebene Nationalität zu betrachten. Die Untersuchung der architektonischen Formationen hat gezeigt, daß es unmöglich