

keit, Colibakterien in kürzester Frist abzutöten, während hämolytische Streptokokken weiterwuchern. Während des Fastens bei ausreichender Vitaminzufuhr wurde das Vermögen des Blutes, hämolytische Streptokokken abzutöten, größer, dagegen verlor es in den ersten 10 Tagen die Fähigkeit, Colibakterien abzutöten. In den folgenden 3 Wochen fand sich eindeutig eine Verbesserung der Bactericidie sowohl gegenüber Streptokokken wie gegenüber Colibacillen, die in allen Versuchen eine völlige Vernichtung sämtlicher Keime zeigte. Nach Abschluß des Fastens stellte sich der ursprünglich vorhandene Zustand schnell wieder her.

H. Linden (Berlin).

Moriyama, Hideo: Reversible inactivation of vaccinia virus by acid. (Reversible Inaktivierung des Vaccinevirus durch Säure.) (*Dep. of Bacteriol., Shanghai Science Inst., Shanghai.*) J. Shanghai Sci. Inst., Sect. IV 2, 291—295 (1937).

Verf. ging bei seinen Versuchen von der Beobachtung aus, daß ein Toxin seine Toxizität durch Einwirkung einer Säure verliert, nach anschließender Neutralisierung aber wieder zu gewinnen vermag. Hierbei wird eine reversible intramolekulare Veränderung im Toxin angenommen. Bezüglich des Vaccinevirus konnte Verf. Entsprechendes beobachten. Er ging bei seinen Versuchen so vor, daß eine bestimmte Menge von Rohlymphe in 50% Glycerin konserviert einen halben Monat im Eisschrank aufgehoben, fein zerkleinert und nach Zentrifugation bei p_H 4,6 durch Kaolin adsorbiert wurde. Das Vaccinevirus wurde dann wieder durch Zusatz einer verdünnten NH_4OH -Lösung freigemacht und das p_H durch Zusatz von Essigsäure auf 7,5 gebracht. Mit dem so gereinigten Vaccinevirus wurde ein Kaninchen intracutan infiziert. Zur Säuerung des Virus wurden entweder $n/10$ - oder $n-HCl$ -Lösung und zur Neutralisierung $n/10$ - oder $n-NaOH$ -Lösung zugesetzt. Durch Säuerung (p_H 3,8) wurde eine Trübung erzeugt, die nach Neutralisation wieder verschwand. Die Wirksamkeit des Vaccinevirus, die durch Herabsetzung des p_H auf 3—5 durch Zusatz von Salzsäure verlorengegangen war, konnte ganz oder doch wenigstens z. T. durch Neutralisation wieder hergestellt werden. Allerdings schien die Reversibilität im Laufe der Zeit verlorenzugehen.

Haagen (Berlin).

Aschoff, L.: Das Allergieproblem vom Standpunkt des pathologischen Anatomen. Med. Welt 1937, 1023—1029.

Der Inhalt des ausgezeichneten Aufsatzes ist wegen seiner Vielseitigkeit schwer wiederzugeben. Zum Schluß heißt es: „Die Allergie ist an eine komplizierte Allergen-Antikörperreaktion der Gewebe und ihrer Zellen, besonders der Subcutis gebunden. Erst bei der Reaktion werden die Reizsubstanzen für die Gewebszellen frei. Wie sie im einzelnen entstehen und wie sie sich zu den verschiedenen Immunkörpern verhalten, wissen wir nicht. Eine Ausweitung des Wortes Allergie auf jede Umstimmung des Körpers, auch wenn sie nicht auf einer nachweisbaren, durch Eiweiß direkt oder indirekt hervorgerufenen Allergen-Körperreaktion beruht, ist zu verwerfen, weil der Begriff Allergie dann uferlos oder gleichbedeutend mit jeder Konstitutionsänderung wird. Wir müssen daran festhalten, daß unser Körper dauernd von der Wiege bis zur Bahre physiologischen und pathologischen Umstimmungen (Allobiosen, Metakinesen, Pathergien) ausgesetzt ist, wobei die verschiedensten Grade der Überempfindlichkeit, aber auch der Unterempfindlichkeit erreicht werden können. Nur ein kleiner Teil davon fällt unter den Begriff der Allergie (Hyperergie oder Hypergie). Aufgabe des Klinikers wird es sein, mit den Pathologen, Serologen und Bakteriologen zusammen die Allergie an richtiger Stelle in die Sensibilitätsänderung einzuschalten.

Hallervorden (Potsdam).

Versicherungsrechtliche Medizin. Gewerbepathologie. **(Gewerbliche Vergiftungen.)**

Tizzano, Antonio: La teoria di Lexis e la statistica delle cause di morte. (Die Lexissche Theorie und die Statistik der Todesursachen.) *Fol. med. (Napoli)* 23, 816 bis 833 (1937).

In Übereinstimmung mit der Lexisschen Theorie konnte Verf. zeigen, daß die

natürlichen Todesursachen in ihrer Verteilung fast vollkommen der Gaußschen Fehlerkurve folgen. *Romanese (Turin).*

Schweighäuser, Franz: Der sozialversicherungsrechtliche Begriff der „Krankheit“. Vertrauensarzt u. Krk.kasse 5, 203—206 (1937).

Ein fehlerhafter Zustand des Körpers, der keine ärztliche Behandlung erfordert oder Arbeitsunfähigkeit nicht zur Folge hat, ist keine Krankheit im Sinne des 2. Buches der RVO. Es werden eine Reihe prinzipiell wichtiger Entscheidungen des RVA. angeführt, die die Ausnahmen hierzu aufführen und begründen. Keine Krankheit im Sinne der Krankenversicherung ist Kurzsichtigkeit, Altersschwäche, Leistenbruch, Plattfuß usw. Bei Krankheiten, die auf krankhafter Veranlagung beruhen oder wenn sie bei Betriebsunfall verursacht oder von dem Versicherten oder einem Dritten verschuldet sind, ist die Kasse leistungspflichtig, weil es auf die Ursache der Krankheit im übrigen nicht ankommt. Andererseits kann die Kasse das Krankengeld ganz oder teilweise den Mitgliedern verweigern, wenn sie sich eine Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln zugezogen haben. Eine Krankheit, die ein Versicherter bei einem Selbstmordversuch sich zugezogen hat, gilt als vorsätzlich herbeigeführt. Weiter wird Krankheit angenommen bei dem Vorliegen ärztlicher Behandlung. *Nippe (Königsberg i. Pr.).*

Bohne, G.: Ist Extrauterin gravidität eine Krankheit im Sinne der Krankenversicherung? Zbl. Gynäk. 1937, 1699—1702.

Eine Krankenversicherungs-Gesellschaft hatte die Übernahme der Kosten für Behandlung einer Extrauterinschwangerschaft abgelehnt unter Hinweis auf die Vertragsbestimmung, wonach Schwangerschaft und deren Folgen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen seien. Der vom Ehepaar beim Amtsgericht gestellte Antrag auf Bewilligung des Armenrechts wurde auf Grund eines Sachverständigengutachtens abgelehnt. Das Gericht hatte gefragt, ob eine Bauchhöhlenschwangerschaft nicht als Schwangerschaft, sondern als besondere Krankheit anzusehen sei, oder ob unter Schwangerschaft auch die Bauchhöhlenschwangerschaft zu rechnen sei. Der Sachverständige hatte gesagt, daß die Bauchhöhlenschwangerschaft auch eine Schwangerschaft sei wie eine normale, da die Einnistung des Eies genau so stattfände wie in der Gebärmutter, daß sie aber gleichzeitig einen lebensgefährlichen Zustand darstelle. Zu diesem Tatbestand bemerkt Verf. sehr richtig, daß die Arbeit des Sachverständigen schon mit einer Kritik der Fragestellung hätte einsetzen müssen. Das Entweder—Oder war nicht angebracht, denn viele Zustände lassen sich für die Rechtsprechung nicht ausschließend abgrenzen. Wenn in diesem Falle auch der Beginn der Schwangerschaft — Befruchtung des Eies — der gleiche natürliche war, so war jedoch die Einnistung am unrechten Ort, im Eileiter, das Wesentliche, die Lebensgefahr Bedingende und damit das Krankhafte. Im Umfange der öffentlichen Versicherung ist diese Frage längst zugunsten der Kranken geregelt. *Giese (Jena).*

Iekert, Franz: Invalidität bei offener Lungentuberkulose — eine wichtige Entscheidung des Reichsversicherungsamtes. Öff. Gesdh.dienst 3, A 552—A 554 (1937).

Das RVA. erklärt in seiner Entscheidung vom 13. II. 1937 die offenen Tuberkulösen für invalide wegen nicht Verwertbarkeit der ihnen verbliebenen Arbeitskraft. Bis jetzt gewährten die Versicherungsträger ein Heilverfahren nur dann, wenn zu erwarten war, daß der Tuberkulöse wieder eine Reihe von Jahren erwerbsfähig wurde. Künftig werden sie wahrscheinlich die Bedingung einflechten, daß der Betreffende durch die Kur auch bacillenfrei werden müsse, denn für Bacillenhuster müssen sie auch ohne Heilverfahren die Invalidenrente zahlen. Praktisch werden für Heilstättenkuren sog. Bacillenfälle in der Hauptsache nur dann in Frage kommen, wenn die Betreffenden ihre Einwilligung zu einer Operation (Thorakoplastik, Exairese, Pneumothorax usw.) geben. *Nippe (Königsberg i. Pr.).*

Cia, Felipe M.: Lähmungen infolge Serumbehandlung in ihren Beziehungen zur gerichtlichen Medizin. (*Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 2. VI. 1937.*) Archivos Med. leg. 7, 145—152 (1937) [Spanisch].

Die meisten Lähmungen nach Serumbehandlung treten nach Injektion von Tetanusantitoxin auf. Nach den Erfahrungen des Verf. nur nach prophylaktischer Anwendung. Da diese Lähmungen jedoch selten sind, kann dem Arzt gegenüber ein Entschädigungsanspruch nicht geltend gemacht werden, wenn er aus einem berechtigten Verdacht heraus eine prophylaktische Injektion macht, die dann zu Lähmungen führt, besonders da ihm unter Umständen eine unterlassene Prophylaxe als Kunstfehler angerechnet wird.

Bade (München).

Göbbels, Hans, und F. Jaeger: Haftpflichtansprüche nach Alkoholinjektion bei Ischias. (*Chir. Univ.-Klin., München.*) Med. Welt 1937, 1254—1255.

1921 wurde durch eine 70proz. Alkoholinjektion in den Nervus ischiadicus zur Behandlung einer Ischias, die sich gegenüber allen übrigen Mitteln refraktär gezeigt hatte, durchgeführt. In der Folgezeit trat Lähmung und Unempfindlichkeit des betreffenden Beines ein, später aus unbekanntem (?) Grund Unterschenkelamputation und jetzt nach 15 Jahren soll der Arzt schadensersatzpflichtig gemacht werden. Hans Göbbels: Haftpflichtansprüche können sich stützen auf vertragliches Verschulden (§ 276 BGB.) oder auf unerlaubte Handlung (§ 823 BGB.). Schadensansprüche, die sich auf vertragliches Verschulden begründen, lassen sich innerhalb einer Frist von 30 Jahren geltend machen (§ 195 BGB.). Nach der Feststellung der Anfrage ist die jetzt vom Patienten als Kunstfehler und somit als schuldhaft schadenstiftende Handlung diesem schon lange bekannt. Es besteht also die Einrede der Verjährung aus § 852 BGB. Weiter ist zu prüfen, ob die so verspätete Geltendmachung solcher Ansprüche aus Vertrag auch bei nicht eingetretener Verjährung eine Handlung wider Treu und Glauben darstellt. Neuerdings ist neben dem Begriff der Verjährung die Rechtseinrichtung der „Verwirkung“ gesetzt worden. Dieser dem Gemeinschaftsprinzip entsprechende Gedanke würde insbesondere von der höchstrichterlichen Rechtsprechung aus mancherlei Gründen nicht allzugern angewendet. Andernfalls sei weiterhin zu untersuchen, ob die materiellen Voraussetzungen für die Annahme eines ärztlichen, die Haftpflicht bedingenden Kunstfehlers gegeben sind. Es sei zu untersuchen, ob ein Verschulden des Arztes zu einem Schaden des Patienten, und zwar in ursächlichem Zusammenhang zwischen dem Verschulden und dem eingetretenen Schaden erfolgt sei. G. bestreitet ein Verschulden des Arztes. Immerhin habe Lange in einem Vortrag in Leipzig auf der Naturforscherversammlung ausgeführt, daß, wenn alle Mittel erschöpft seien, die Schlössersche Alkoholinjektion zu empfehlen sei. Jaeger führt aus, daß Alkoholinjektionen in motorische Nerven als gefährlich zu verbieten seien. Schösser habe sich bei seinem Bericht sehr vorsichtig ausgedrückt. In der Aussprache zu Schlösser sei darauf hingewiesen worden, daß die Alkoholeinspritzung in den Nerven zur Degeneration und Lähmung des Nerven führen müsse, und wenn so günstige Fälle trotzdem berichtet würden, sei die Injektion offenbar in die Nachbarschaft des Nerven, aber nicht in den Nerven selbst gegangen.

Nippe.

Schellworth, W.: Multiple Sklerose und Dienstbeschädigung. (*Versorgungsrztl. Untersuchungsstelle, Berlin.*) Ärztl. Sachverst.ztg 43, 215—218 (1937).

Schellworth behandelt ausführlich die Bedenken, die der Annahme einer Dienstbeschädigung bei multipler Sklerose entgegenstehen und weist vor allem darauf hin, daß nach den statistischen Feststellungen die multiple Sklerose bei Kriegsteilnehmern nicht häufiger beobachtet ist, als in Friedenszeiten, und daß auch während der Kriegszeit das Verhältnis der erkrankten Männer zu den erkrankten Frauen sich nicht geändert hat. Er betont ferner, daß Symptome und Verlauf der Krankheit bei Kriegsteilnehmern keinerlei Abweichungen gegenüber dem sonst bekannten Krankheitsbild gezeigt haben. Es sei daher sicher nicht berechtigt, daß tatsächlich so gut wie alle während des Krieges an multipler Sklerose erkrankten Kriegsteilnehmer und fast alle

später nachweislich Erkrankten, die den Beginn ihrer Beschwerden auf die Kriegszeit verlegten, tatsächlich als kriegsbeschädigt anerkannt seien. Da jedoch im Hinblick auf das Volksempfinden und im Hinblick auf die noch immer ungeklärte Ursache der multiplen Sklerose Ablehnung der Dienstbeschädigung nicht immer und nicht ohne weiteres möglich sei, empfiehlt er — in nicht ganz konsequenter Weise — wenn überhaupt, dann nur einen Kannbezug im Härteausgleich zu gewähren. *Stier* (Berlin)._o

Vogt, Bruno: Rhythmusstörungen des Herzens und anginöse Zustände nach elektrischem Unfall. (*Med. Klin., Med. Akad., Düsseldorf.*) *Klin. Wschr.* 1937 II, 1671 bis 1672.

Bericht über einen Patienten, bei dem einige Stunden nach einem elektrischen Unfall (Hand—Fuß 500 V) starke Pulsbeschleunigung, leichte Pulsunregelmäßigkeit bei leisen Herztönen auftraten, wie lang anhaltende anginöse Beschwerden. Unter Hinweis auf die Literatur wird mit Hüllstrung u. a. angenommen, daß es durch den Strom zu Spasmen in den Coronarien kommen kann und mit oder ohne organische Schädigung zur bleibenden Neigung zu solchen Spasmen, die die anginösen Beschwerden auslösen.

Pietrusky (Bonn).

Hoppe, Hildegard: Perniziöse Anämie und Unfall. (*II. Med. Klin. u. Poliklin., Med. Akad., Düsseldorf.*) Düsseldorf: Diss. 1936. 17 S.

Das Krankheitsbild der perniziösen Anämie und der Wandel der Anschauungen über ihre Entstehung (früher Betonung der Störung des Knochenmarks, heute mehr der von Leber und vom Magen-Darmkanal) werden beschrieben. Die traumatische Entstehungsmöglichkeit nach Schädelverletzungen sei grundsätzlich nicht abzulehnen. Bei gehirngeschädigten Patienten sei Vermehrung der Reticulocyten beobachtet worden, was man durch Störung der erythropoetischen Regulationszentren erkläre, die man an der Hirnbasis, im Zwischenhirn und vor allem in den Stammganglien annähme. Die Schwierigkeit, die Aufeinanderfolge von Unfall und perniziöser Anämie zu begutachten, wird an einem eigenen Fall gezeigt, bei dem der Unfall als Ursache verneint wird. Das Beispiel zeigt, daß es wichtig ist, auch bei Schädelverletzungen rechtzeitig ein Blutbild zu machen.

Drope (Berlin).

Umber, Friedrich: Diabetes und Trauma. (*I. Inn. Klin., Krankenh. Westend, Berlin-Charlottenburg.*) *Mschr. Unfallheilk.* 44, 241—249 (1937).

Wie der Verf. ausführlich schon im „Handbuch der gesamten Unfallheilkunde“ von König und Magnus und 1927 (vgl. diese Z. 10, 126) ausführte, „gibt es traumatische Glykosurien, aber es gibt keinen traumatischen Diabetes“. Fehlgutachten sind häufig dadurch bedingt, daß nichtdiabetische Glykosurien und echter Diabetes nicht unterschieden wurden. Die extrainsuläre Reizglykosurie findet sich meist bei vegetativ labilen Menschen und kann als Folge von traumatischen oder toxischen Reizen auftreten, die das Zentralnervensystem treffen. Die Glykosurie verläuft weitgehend unabhängig von der Nahrungszufuhr, der Blutzucker ist normal, aber erregbar. Unter 1000 Kohlenoxydvergifteten waren 68% hyperglykämisch, Blutzucker bis zu 355 mg%, nur bei 8% Glykosurien. Für die insulinäre Glykosurie dagegen, den echten Diabetes, „ist die anlagemäßige erbliche Minderwertigkeit des Inselapparates die fast alleinige Ursache“. Familien- und Zwillingsuntersuchungen brachten den Nachweis einer erheblichen erblichen Belastung (Umber und Mitarbeiter, Steiner). Erworbene, nicht erblich bedingte insulinäre Zuckerkrankheit, als Folge eines Traumas oder Infektes ist äußerst selten und nur bei Zerstörung von mindestens $\frac{9}{10}$ der Bauchspeicheldrüse möglich. „Versicherungsrechtlich gleichbedeutend mit ursächlichem Zusammenhang zwischen Trauma und Diabetes ist der Nachweis einer wesentlichen dauernden Verschlimmerung insulinärer Diabetesanlage durch Trauma.“ Solche Fälle sind ebenfalls sehr selten. Besondere Schwierigkeiten treten auf bei Mischformen zwischen extra-insulärer Glykosurie und echtem Diabetes. (Vgl. diese Z. 26, 136.)

Martin Werner (Frankfurt a. M.).

Fischer, A. W.: Beschleunigung des Wachstums eines vorbestandenen Magenkrebses durch Unfall? (*Chir. Univ.-Klin., Gießen.*) *Mschr. Unfallheilk.* 44, 557—559 (1937).

Diese Frage wird aus folgenden Gründen verneint: Es gibt keine „Normalzeit“ für die Dauer eines Krebsleidens vom Augenblick des Auftretens der ersten Symptome bis zum Tode, sondern die Fülle der Ablaufvariationen ist derartig groß, daß man mit einer statistisch errechneten Durchschnittslebensdauer im Einzelfall praktisch nichts anfangen kann. Ferner ist fraglich, ob bei der geschützten Lage des Magens dieser überhaupt direkt durch den Unfall getroffen worden ist (im ersten unmittelbar nach dem Unfall ausgestellten Zeugnis war der Magen überhaupt nicht erwähnt). Endlich ist für die menschliche Pathologie nicht erwiesen, daß eine einmalige Gewaltwirkung auf eine Krebsgeschwulst ein beschleunigtes Wachstum dieser verursacht.

Giese (Jena).

● **Junius, Paul: Die entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten des Auges. Unter besonderer Berücksichtigung der Dritten Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten v. 16. Dezember 1936.** (*Klin. Mbl. Augenheilk.* Bd. 99, Beilageh.) Stuttgart: Ferdinand Enke 1937. 51 S. RM. 1.80.

Die dritte Verordnung betr. entschädigungspflichtige Berufskrankheiten legt die ärztliche Begutachtung in die Hand des Gewerbearztes, der meist — insbesondere bei Augenkrankheiten — einen „geeigneten Arzt“ zu Rate ziehen wird, der also sowohl als Anzeigender wie als Gutachter tätig wird. I. Bei der gewerblichen Bleivergiftung kommen Augenkomplikationen häufig vor, und zwar 1. in Gestalt der akut doppelseitig auftretenden Amaurose, die meist zurückgeht und bei der selbst im akuten Stadium der ophthalmoskopische Befund häufig negativ ist. 2. Die langsam auftretende Bleiamblyopie, die fast immer zur Erblindung führt und bei der es sich um toxisch bedingte Störungen am Sehnerven und Netzhaut mit deutlich nachweisbaren entzündlichen Erscheinungen derselben handelt. 3. Augenmuskellähmung (meist Abducens) toxisch bedingt, häufig mit Ulnarislähmung kombiniert. 4. Basedow-Symptome können bei Saturnismus vorkommen. II. Bei Phosphorvergiftung sind schwere Veränderungen am Sehnerv mit Degeneration der Nervenfasern und fettiger Entartung der Aderhautgefäße beobachtet worden. III. Bei Quecksilberintoxikation wird das Sehorgan kaum beeinflusst. IV. Arsen und seine Verbindungen führen zu chronischen schweren Conjunctividen, selten zu Nystagmus. V. Manganschädigung führt zu einem der multiplen Sklerose ähnlichen Krankheitsbild ohne Augenbeteiligung; gerade der negative Befund, das Fehlen der temporalen Abblassung kann unter Umständen diagnostisch wichtig werden. VI. Benzol und seine Derivate sind Blutgifte. Die Veränderungen betreffen in erster Linie die peripheren Fasern des Nervus opticus; Pupillenveränderungen sind häufig. VII. Schädigungen des Sehorgans durch Schwefelkohlenstoff sind lange bekannt in dem Sinne einer Neuritis retrobulbaris (Tabak- und Alkoholamblyopie ausschließen!). VIII. Schwefelwasserstoff führt zu chronischen schweren Reizerscheinungen an den Bindehäuten, namentlich in der Viscose-Kunstseidenindustrie (Spinnerauge). IX. Bei Kohlenoxyderkrankungen werden Abweichungen am Sehorgan, wie Pupillenstörungen und Hemianopsie, als Folge cerebraler Störungen: Erweichungen in der Kerngegend und Sehstrahlung beobachtet. X. Durch ultraviolette Strahlen, z. B. bei den Elektroschweißern vorkommende Augenschädigungen, fallen nicht unter den Begriff der „strahlenden Energie“, sie sind daher ebensowenig wie die nach chronischer Einwirkung von Kohlenstaub auftretende Bindehaut-Hornhauterkrankungen eine Berufskrankheit.

v. Marenholtz (Berlin).

Zollinger, F.: Isolierte Dornfortsatzbrüche mit besonderer Berücksichtigung der Muskelzugfrakturen („Schipperkrankheit“). (*Med. Abt., Zentralverwalt., Schweiz. Unfallversicherungsanst., Zürich.*) *Schweiz. med. Wschr.* 1937 I, 485—489 u. 505—509.

Kurze Zusammenfassung des besonders reichlichen reichsdeutschen Schrifttums, mit ausgezeichneter Symptomatologie, die Zollinger sehr eingehend schildert, da die

Diagnose von den schweizerischen praktischen Ärzten nur sehr selten gestellt werde. Das Hauptsymptom, der Schmerz zwischen den Schulterblättern, nicht etwa an der Bruchstelle, sei auch hier wieder erwähnt, da es am meisten zur Fehldiagnose führt. Im Gegensatz zu anderen Autoren hat Z. 3mal vorübergehende Parästhesien in den oberen Extremitäten gefunden, er erwähnt, daß Matthes unter seinen 107 Fällen niemals Nervenstörungen sah. Z. hält die Röntgenaufnahmen zur Diagnosenstellung nicht für unbedingt erforderlich. Röntgenaufnahmen sind unentbehrlich in Gutachtenfällen. Die ant.-post. Aufnahme ergibt durchaus typische und eindeutige Bilder, besonders, wenn die Aufnahme bei extremer Lordosierung der Hals- und Brustwirbelsäule gemacht wird. Verf. lehnt die vielfach im Schrifttum als notwendig erachteten Schrägaufnahmen ab. Er bringt eigene gute Bilder. Auch Z. fand bei 78 Fällen in der überwiegenden Mehrzahl, 49mal, D 1, bei 10 Fällen C 7 betroffen, übereinstimmend mit unseren Erfahrungen bei Reichsautobahnarbeitern. — Die von einigen Autoren den Unfallverletzten auferlegte „Operationspflicht“ lehnt Verf. ab, da die Resultate keine eindeutig guten seien. Z. lehnt mit der großen Mehrzahl der Autoren die Operation als unnötig und meist schädlich ab. Als die wichtigste therapeutische Maßnahme (zur Neurosenverhütung) empfiehlt Verf. dringend, den Verletzten die Diagnose zu verheimlichen und lediglich von „Muskelzerrung“ zu reden (was bei unserer Reichsunfallversicherung wohl kaum möglich sein wird. Ref.). In der großen Mehrzahl der Fälle sei ein therapeutischer Nihilismus die beste Behandlung; eine weise Beschränkung, auch in der Zahl der Beratungen, liege im gesundheitlichen Interesse der Verletzten. Z. stellt den Satz auf, daß im Bereich der unteren Hals- und obersten Brustwirbelsäule die Muskelzug-Dornfortsatzfraktur die häufigste, aber auch harmloseste Fraktur darstelle, aber nur dann, wenn der Kranke die Diagnose nicht kenne. — Bei der Besprechung des Entstehungsmechanismus werden die bekannten, sich vielfach deckenden Ansichten verschiedener Autoren erwähnt. Wahrscheinlich spielt nicht immer derselbe Muskel die Hauptrolle. Auch die verschiedene Stellung von Körper und Arm ist ausschlaggebend. — Die Arbeit bringt inhaltlich nicht viel Neues, bietet aber in kurzer und sehr übersichtlicher Form gerade dem Praktiker alles unbedingt Notwendige. *Karl Majerus.*

Bürkle-De La Camp, H.: Über die Erkrankungen der Muskeln, Knochen und Gelenke durch Arbeiten mit Preßluftwerkzeugen. (*Chir. Abt., Krankenh. „Bergmannsheil“, Bochum.*) Med. Welt 1937, 1348—1351.

Verf. führt zunächst aus, welche Voraussetzungen für den Versicherungsfall gemäß Ziffer 16 der 3. Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 16. XII. 1936 erfüllt sein müssen, er gibt dann eine Übersicht über Preßluftwerkzeuge, in der aber auch die Werkzeuge genannt werden, die nicht als Preßluftwerkzeuge im Sinne der Verordnung bezeichnet werden können, z. B. Sandstrahlgebläse und Spritzmaschinen (vgl. Entsch. v. RVA. vom 2. XI. 1932, EuM. 33, 1933, S. 137 Ref.). Nach Ausführungen zum technischen Verständnis der Rückstoßwirkungen erörtert Verf. die Frage, welche Gewebe hauptsächlich geschädigt werden, und bespricht das klinische Bild dieser Schädigungen. Zu der Frage, ob die Degenerationserscheinungen im Knie der Bergleute, insbesondere Meniscusschädigungen, unter Ziffer 16 der Verordnung fallen, äußert sich Verf. auf Grund eigener Kenntnis eines sehr großen Materials ablehnend. Auch dem Vorschlage, eine der Büngerschen Endarteriitis obliterans entsprechende traumatische Angioneurose (Junghanns) als Berufskrankheit anzuerkennen, schließt sich Verf. nicht ohne weiteres an. Es folgen Ausführungen über die Verhütung und die Behandlung der Erkrankungen, schließlich noch Erörterungen über die Häufigkeit der Schädigungen, insbesondere über Beobachtungen gleicher Erkrankungen bei Personen, die mit Preßluftwerkzeugen nicht gearbeitet haben (z. B. bei Terazzoarbeitern, Lokomotivheizern, Kraftfahrern usw.). Interessant sind die vorläufigen Ergebnisse der vom Verf. durchgeführten „Anlageuntersuchungen“, die die Bedeutung der körperlichen Anlage bei solchen Veränderungen klarstellen sollen.

Estler (Berlin).

Brachmann, Joachim: Gesundheitsschädigungen in Tiefdruckgebieten. (*Hyg. Inst., Univ. Leipzig u. Sächs. Ministerium f. Wirtschaft u. Arbeit, Dresden.*) Arch. f. Hyg. 118, 328—353 (1937).

Verf. untersuchte die Belegschaften von 4 Leipziger Tiefdruckbetrieben (Rotationstiefdruck), insgesamt 105 Personen, darunter 20 Frauen, und zwar Drucker und Hilfsarbeiter bzw. Hilfsarbeiterinnen. Diese Personen waren seit 1 Monat bis 21 Jahren im Beruf tätig. Die vorgebrachten Klagen waren unspezifischer Art: Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, trockener verschleimter Hals, Durst, Brechreiz und sonstige Magenbeschwerden, häufig wurde auch über eine allgemeine Hyperhidrosis und Kältegefühl geklagt. Objektive Krankheitszeichen fehlten im allgemeinen, wenn von den Veränderungen des Blutbildes abgesehen wird, häufig fand sich eine Rachenrötung. Während die Männer durchweg guten Allgemeinzustand aufwiesen, waren die Frauen in auffallend schlechtem Allgemeinzustand und blaß. Der Hämoglobingehalt der Untersuchten lag überwiegend zwischen 90 und 110%, nur in 2 Fällen unter 80 und in 13 Fällen zwischen 110—120%. Die Mehrzahl aller Untersuchten hatte einen Gehalt an Erythrocyten zwischen 4 und 5 Millionen, unter 4000000 hatten nur 20 Personen, über 5300000 acht. Der Färbeindex lag häufig über eins. Die Leukocytenwerte lagen zwischen 3100 und 8800, in 4 Fällen höher, nämlich 10000, 11000, 11200 und 13000. Weitaus der größte Teil aller Leukocytenzahlen lag an der unteren Grenze der Norm (6000) oder darunter. 15 Personen wiesen Leukocytenwerte unter 4000 und Granulocytenwerte unter 2000 auf. Ein primärer Leukocytenanstieg bei Beschäftigungsbeginn wurde nicht festgestellt. Subjektive Beschwerden und Blutbildveränderungen gingen nicht parallel, vielmehr wurde zumeist ein auffallender Widerspruch gefunden, die meisten Arbeiter mit sehr schlechtem Blutbild litten kaum unter subjektiven Beschwerden. Die Lymphocyten zeigten sich relativ, nicht aber absolut vermehrt. Die Xylol-Toluolschädigung ist demnach eine elektive Schädigung der Neutrophilen. An Beispielen wird die versicherungsrechtliche Beurteilung erläutert, Vorschläge zur Prophylaxe beschließen die Arbeit. *Estler (Berlin).*

Hartmann, Karl: Über oberflächliche und tiefe (scheibenförmige) Hornhautentzündung nach Schwefelwasserstoff bei Caisson-Arbeitern an der Nordseeküste. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 99, 456—468 (1937).

Nach eingehendem Bericht über frühere Beobachtungen teilt Verf. seine Erfahrungen mit. Caisson-Arbeiter erkrankten bei Gründungsarbeiten unter den typischen Erscheinungen der Schwefelwasserstoffschädigung der Augen: Starke Entzündung der Augen, zarte Defekte und Bläschen des Hornhautepithels, besonders im Lidspaltenbereiche, Herabsetzung der Hornhautsensibilität. In einem Falle entstand eine scheibenförmige Entzündung der Hornhaut mit Beteiligung der Regenbogenhaut, wahrscheinlich infolge Sekundärinfektion. Sonst war der Verlauf immer günstig. Das Schwefelwasserstoffgas stammte, wie auch die chemische Untersuchung ergab, aus einer als Darg bezeichneten Erdschicht. Zur Verhütung solcher Berufsschäden fordert Verf. augenärztliche Untersuchung der Arbeiter vor der Einstellung und Ausschluß aller Arbeiter, die an Erkrankungen der Luftwege, Tuberkulose, Skrofulose, chronischer Hornhaut-Bindehautentzündung leiden. Der H_2S -Gehalt der Grubenluft dürfe nicht mehr als 0,5% betragen. Ausgiebige Lüftung der Arbeitsräume hat sich als bestes Vorbeugungsmittel erwiesen. Nützlich ist das Tragen von dichtschießenden Schutzbrillen. Unter Umständen muß die Arbeitszeit verkürzt werden (auf 3 bis 4 Stunden pro Schicht), besonders wenn der H_2S -Gehalt der Luft mehr als 0,5% beträgt. *Jendralski (Gleiwitz).*

Spota, Benjamin B.: Sklerodermie als Berufskrankheit. (*Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 2. VI. 1937.*) Archivos Med. leg. 7, 162—167 (1937) [Spanisch].

Es wird hier die Sklerodermie bei Gefrierhausarbeitern besprochen und als Berufskrankheit anerkannt, da es sich zweifellos um eine auf Gefäßstörungen zurückzu-

führende Erkrankung handelt. Das dauernde Arbeiten in eiskalten Räumen und die häufigen plötzlichen Temperaturwechsel, vor allem die Tatsachen der früheren Gesundheit erweisen die Tatsache, daß es sich um eine Berufserkrankung handelt, für die eine Entschädigung geleistet werden muß. *Bade (München).*

MacCormac, H.: Industrial dermatitis and the Workmen's compensation act. (Gewerbliche Dermatitis und Arbeiterentschädigungs- [Unfallentschädigungs-] Gesetz.) Brit. J. Dermat. **49**, 409—422 (1937).

Die relative Häufigkeit gewerblicher Hauterkrankungen wird sehr verschieden hoch beziffert, während Lane nur 2% angibt, berichtet Chajes (nicht Chazis) von 53%. Die englische Gesetzgebung entschädigt „Dermatitis, hervorgerufen durch Staub oder Flüssigkeiten“, es wird vom Arzt nicht gefordert, den vermeintlichen verursachenden Stoff zu bezeichnen. Bei einer kritischen Betrachtung der Begriffe kann bereits bei dem Begriff Dermatitis Anstoß genommen werden. Gewisse Stoffe können unabhängig von erworbener Überempfindlichkeit bei jedem Individuum bei der ersten Berührung ekzematogen wirken. Unterscheidet man Ekzeme exogenen und endogenen Ursprungs, so gehört das Gewerbeekzem zu ersteren. Die gewerblichen Hauterkrankungen sind nach zwei Gruppen zu trennen, in solche, die ein spezifisches Krankheitsbild geben (Ölacie, Chromulcera) und in solche, die das unspezifische Bild der Dermatitis oder des Ekzems zeigen. Verf. bespricht die Erscheinungsformen und die Abgrenzung des idiopathischen Ekzems, das nach Untersuchungen des Verf. gerade in den Altersstufen zwischen 40—60 Jahren bei Männern und Frauen außerordentlich häufig ist. Bei gewerblichen Ekzemen tritt dagegen ein brüsker Anstieg bereits zwischen 20 bis 30 Jahren auf, nach vermutlich durch Arbeitswechsel der Erkrankten und durch Abwanderung der Frauen bedingten Abfall der Kurve zeigt diese in den späteren Lebensaltern den gleichen Verlauf wie die Kurve des idiopathischen Ekzems. Bei persistierendem Ekzem mit der Tendenz auf andere Hautgebiete überzugreifen, dürfte gerade bei älteren Personen ein idiopathisches Ekzem anzunehmen sein. Die Lappchenprobe darf nicht überwertet werden. *Estler (Berlin).*

Gillespie, R. D.: Industrial dermatitis and the Workmen's compensation act. (Gewerbliche Dermatitis und Arbeiterentschädigungs- [Unfallentschädigungs-] Gesetz.) Brit. J. Dermat. **49**, 422—427 (1937).

Verf. erörtert die seelischen Einflüsse auf pathologische Vorgänge der Haut. Die Beweggründe zu neurotisch bedingten Hauterkrankungen können verschiedene sein, der Wunsch nach Entschädigung und Rente ist nicht die einzige Erklärung. Die Therapie solcher Fälle ist im allgemeinen unbefriedigend, Verf. gibt hierzu noch einige Ausführungen.

In der Aussprache weist Barker (London) auf angstneurotische Zustände hin, bei denen nach durchgemachter Dermatitis die Furcht vor Neuerkrankung bestehen kann. *Estler (Berlin).*

Hill, A. G. Erskine: Industrial dermatitis from the legal standpoint. (Gewerbliche Dermatitis vom rechtlichen Standpunkt.) Brit. J. Dermat. **49**, 427—434 (1937).

Verf. gibt eingangs einen Überblick über die Entwicklung der entschädigungsrechtlichen Behandlung der beruflichen Hauterkrankungen in Großbritannien. Der Begriff „Dermatitis, hervorgerufen durch Staub oder Flüssigkeiten“, wurde erstmalig in der Verordnung von 1918 gebraucht. Der „Certifying Surgeon“, der im allgemeinen praktischer Arzt ist, und der „Medical Referee“ (ärztlicher Obergutachter), der nur selten Spezialarzt ist, stehen vor vielen Schwierigkeiten, die durch Einschalten eines Facharztes, insbesondere für schwerere Fälle, erleichtert werden könnten. Schwierigkeiten ergeben sich nicht nur bei der Feststellung des Vorliegens einer Berufskrankheit überhaupt, sondern häufiger noch bei der Absetzung der Entschädigung.

In der Aussprache machte Dyson (Manchester) darauf aufmerksam, daß ein großer Teil der Fälle, bevor er zum ärztlichen Obergutachter geht, von einem von der Versicherungsgesellschaft bestimmten Dermatologen gesehen worden ist. *Estler (Berlin).*