

wonnenes Produkt ersetzt werden kann, hat lange Zeit den wirklichen Fortschritt in der Forschung verhindert. Die Beobachtung, daß gewisse Eierstocksextrakte einen ausgesprochenen hämostyptischen Einfluß bei der Menstruation zeigten, führte den Verf. zu der Annahme eines „Gegenhormons“, welches keineswegs mit dem Bestehen mehrerer Hormone verschiedener Funktion in einer Drüse identisch ist. Die Hypofunktion des Eierstocks ist leicht auszugleichen, jedoch die Störung der Hemmung, die zu einer Hyperfunktion führt, umfaßt das ganze somatische und psychische Sexualgebiet der Frau. Diese Verhältnisse werden am deutlichsten bei den Beziehungen von Milchsekretion und Uterusfunktion (Menstruation). Bei hormonaler Unterdrückung der Menstruation bleibt die Milchsekretion hoch, bei künstlicher Förderung der Menstruationsbildung wird die Milchbildung zurückgedrängt. Verf. hält diese Vorgänge für einen Beweis der Richtigkeit seiner Hypothese von der Annahme eines hemmenden, antagonistischen Prinzips, welches dem eigentlichen Eierstockshormon entgegenwirkt.

Rieper (Berlin).^o

Hensel, Georg: Corpus luteum-Hormon und Haarwachstum. Eine experimentelle Studie. (*Univ.-Kinderklin., Bonn.*) Z. exper. Med. **104**, 182—187 (1938).

Es handelt sich um Tierversuche an Meerschweinchen. Hochgraviden Meerschweinchen wurden die Haare der Bauchhaut entfernt. Sie wuchsen nicht neu. Die Wachstumshemmung hielt noch mehrere Wochen nach der Geburt an. Wenn man die Haare von der Bauchhaut von nichtschwangeren Meerschweinchen entfernte, so konnte durch mehrfache Injektion von Corpus luteum-Hormon eine deutliche Wachstumshemmung erzeugt werden. Wurde die Behandlung mit dem Hormon abgesetzt, so wuchsen die Haare wieder nach. Die haarwachstumshemmende Wirksamkeit des synthetisch dargestellten Corpus luteum-Hormon stand in keiner Weise dem aus Ovarien gewonnenem Extrakt nach. Behandlung der Meerschweinchen mit Follikelhormon bzw. Hypophysenvorderlappenhormon übte keinen hindernden Einfluß auf das Haarwachstum aus.

B. Mueller (Heidelberg).

Imagawa, Tosiwo: Über die Antigenität der Kopfhaare. (*Bakteriol. Inst., Ikadai-gaku, Chiba.*) Mitt. med. Ges. Chiba **16**, H. 8, dtsh. Zusammenfassung 86—87 (1938) [Japanisch].

Verf. hat menschliche Haare in Salzsäure aufgelöst und damit versucht, Kaninchen zu immunisieren, um ihr Serum auf Agglutinabilität mit Typhus sowie Bact. coli zu prüfen. Die Ergebnisse fielen negativ aus, auch bei der Mischung mit Schweineseren fielen die Prüfungen ebenfalls negativ aus. Auch beim Einführen menschlicher Haare in die Bauchhöhle von Kaninchen konnte er keine Antikörper im Kaninchenserum nachweisen.

Eicke (Berlin).^o

Versicherungsrechtliche Medizin. Gewerbepathologie.

(Gewerbliche Vergiftungen.)

Gafaer, William M., and Elizabeth S. Frasier: Frequency of disabling illness among industrial employees during 1932—37 and the first quarter of 1938. (Die Häufigkeit von mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankungen bei in der Industrie Beschäftigten in den Jahren 1932—1937 und im ersten Vierteljahr 1938.) (*Div. of Industr. Hyg., Nat. Inst. of Health, Washington.*) Publ. Health Rep. **1938**, 1562—1571.

Die Erhebungen berücksichtigen Erkrankungsfälle und nichtgewerbliche Unfälle, die mit Arbeitsunfähigkeit von mindestens 8 aufeinanderfolgenden Tagen verbunden waren; die Zahlen wurden für männliche und weibliche Beschäftigte getrennt ermittelt. Die Erkrankungszahlen liegen für Männer in den Jahren 1932—1936 niedriger als für Frauen, auch 1937 ist dieser Unterschied festzustellen, nur daß in diesem Jahre die Häufigkeit nichtgewerblicher Unfälle bei den Frauen niedriger ist als bei den Männern. Die Erkrankungszahlen lauten für Männer (auf je 1000 Versicherte bezogen) 1937 99,5, 1932—1936 durchschnittlich 86,7, für Frauen 1937 aber 151,1 und 1932—1936 durchschnittlich 144,6. Die Influenzaepidemie 1937 verursachte bei den Frauen eine ver-

hältnismäßig geringere Erhöhung der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankungen als bei den Männern: Die Influenza- und Grippehäufigkeit 1937 lag bei den Männern bei 21,4 Fällen auf 1000 um 43% höher als in den Jahren 1932—1936, bei den Frauen aber bei 33,9 Fällen auf 1000 nur um 18% höher als in den früheren Jahren. Hinsichtlich der Häufigkeit der einzelnen Erkrankungen war in den Jahren 1932—1937 eine Neigung zur Zunahme festzustellen für Erkrankungen des Rachens und der Gaumenmandeln, für Durchfälle und Darmkatarrhe, Blinddarmentzündung, Bronchitis (nur bei Männern), Lungenentzündung (nur bei Männern), Hauterkrankungen (nur bei Männern), dagegen fand sich eine Neigung zur Abnahme bei Lungenentzündung (nur bei Frauen), Tuberkulose der Atemwege, Magenerkrankungen außer Krebs (nur bei Frauen), Rheumatismus und Krebs. Im ersten Vierteljahr 1938 erkrankten von 1000 Männern an Erkrankungen und nichtgewerblichen Unfällen 95,8, das ist seit 1934 mit einer Erkrankungszahl von 93,0 auf 1000 die niedrigste Zahl. *Estler.*

Lutz, W., und Ch. Merki: Statistische Untersuchungen zur Frage der Gewberdermatosen, insbesondere des Gewberbeekzems. (*Univ.-Klin. f. Hautkrankh., Basel.*) *Z. Unfallmed.* 32, 14—45 (1938).

Die schweizerische Dermatologische Gesellschaft hat sich zu der Ansicht bekannt, daß bei mehrfach wiederholten Rezidiven sowie besonders bei ungewöhnlich lange sich hinziehenden Ekzemen zweifellos der individuelle Faktor mehr in den Vordergrund gerückt werden müsse und damit auch Kürzungen der Versicherungsleistung begründet werden dürften. Verff. versuchen diese Entscheidung auf eine möglichst genaue und sichere Grundlage zu stützen. Aus diesem Grunde untersuchten sie die Akten aller in den Jahren 1928—1933 bei der Kreisagentur Basel zur Anmeldung gekommenen Hauterkrankungen. Auf Grund ihrer in zahlreichen Tabellen niedergelegten Untersuchungsergebnissen kommen Verff. zu dem Schluß, daß im ganzen die Aussichten für die weitere Erwerbsfähigkeit nicht so schlechte sind; denn als direkte Folge des Ekzems haben nur 14% der nachkontrollierbaren Erkrankten ihre Tätigkeit verlassen. Hierbei handelte es sich meistens um Hilfsarbeiter. Von den übrigen 86%, die keine ausgesprochene Arbeitseinbuße erlitten, sind 47,8% im gleichen Betriebe verblieben, 38,2% haben die Arbeitsstätte aus anderen Gründen verlassen. Es zeigte sich in vielen Fällen, daß die weitere Arbeitsfähigkeit des Erkrankten in hohem Maße von seinem eigenen Verhalten abhängt. Vielen war es möglich, die schädigende Arbeit weiter zu versehen, sobald sie ihre Haut nicht unnötig Schädigungen aussetzten. Insbesondere muß darauf geachtet werden, daß nicht durch ungeeignete Reinigungsmaßnahmen die Haut zusätzlich belastet und eine vorliegende Hauterkrankung unterhalten wird. *H. Wilde (Essen).*

Holstein, Ernst: Erkrankungen der Caisson-Arbeiter. *Z. ärztl. Fortbildg* 35, 520 bis 523 (1938).

Verf. gibt eine kurze Beschreibung des Vorgehens bei Druckluftfundierungen unter Wasser mit Angabe der beim Ein- und Ausschleifen in die Senkkästen auftretenden Gefahren, sowie der Behandlung der Druckluftkrankheiten. Für die Durchführung der Druckluftarbeiten sind die Vorschriften der Verordnung vom 29. V. 1935 maßgebend.

Holtzmann (Karlsruhe).

Seherstén, Bertil: Über Taucherkrankheit. (*Marinens Sjukh., Karlskrona.*) *Nord. med. Tidskr.* 1938, 1303—1309 u. dtsch. Zusammenfassung 1309 [Schwedisch].

An der Hand zweier im Kriegshafen von Karlskrona beobachteten Fälle von Taucherkrankheit spricht Verf. über Ursachen, Symptome und Behandlung dieser Erkrankung. Der eine Taucher hatte 95, der andere 115 Minuten in einer Tiefe von 32 m gearbeitet. Nachher kamen sie für 20 Minuten aus dem Wasser. Nach Haldanes Arbeit über Taucher- und Caissonkrankheiten sollten Taucher, die in der erwähnten Tiefe arbeiten, nach höchstens 82 Minuten an die Oberfläche kommen. Der eine Taucher bekam nach 2 Stunden starke Muskel- und Gelenkschmerzen. Blutdruck 65 mm Hg. Er wurde ein paar Minuten lang ohnmächtig, nachher litt er an starkem Durst. Der zweite

Taucher erkrankte schon in 15—20 Minuten, nachdem er an die Oberfläche gekommen war, an denselben Symptomen, aber er litt auch an Parese der Unterschenkel, Schwindel, Herz- und Gefäßinsuffizienz, blutigen Stühlen und Harnretention. Beide wurden mit Erfolg behandelt, der eine in der Kompressionskammer eines Unterseebootes, der zweite in einem Tauchersack nach Dräger. Beide waren nach einer Woche vollkommen geheilt.

Révész (Sibiu).

Thiry, U.: Introduction à l'étude des maladies professionnelles chez les ouvriers des filatures de coton. (Einführung zum Studium der Berufskrankheiten von Arbeitern in Baumwollspinnereien.) Arch. Méd. soc. et Hyg. etc. **1**, 749—751 (1938).

Im Krankenhaus Gand fiel dem Verf. auf, daß die Textilarbeiter häufig über Erkrankungen der Luftwege und Lungen klagten. Er führte deshalb Erhebungen und Untersuchungen klinisch-röntgenologischer und bakteriologischer Art in solchen Betrieben durch. In einer Baumwollspinnerei wurden Agar- und Sabouraud-Platten von 10 cm Durchmesser während 30 Sekunden, 1 oder 2 Minuten belüftet und nach der Zahl der gewachsenen Keime wie nach deren Art ausgewertet. Außerdem wurde die Zahl der in einem Liter Luft verschiedener Betriebsabteilungen enthaltenen Keime ermittelt. Durch subcutane Injektionen der Kulturen isolierter Keime wurde am Meerschweinchen die pathogene Wirksamkeit der Keime geprüft. Während bei den noch nicht längere Zeit im Betrieb tätigen Arbeitern ausschließlich normale Lungenbefunde erhoben wurden, zeigten die schon längere Zeit in der Baumwollspinnerei tätigen Arbeiter überwiegend (15 von 17 Arbeitern) Affektionen der Lunge, offensichtlich mehr entzündlicher Art als durch Reizwirkung hervorgerufen. Diese Arbeiter, die insbesondere Sklerosen und Emphysemen der Lungen zeigten, wären ohne röntgenologische Untersuchung gesund erschienen. Entzündungen der Nase und des Schlundes wurden zwar nur bei 4 von 125 Arbeitern festgestellt, aber die Mehrzahl aller Arbeiter zeigte Vergrößerungen der Hals- und Nackendrüsen, die wohl auf chronische Entzündungen der tieferen Luftwege zurückzuführen sind. Von den erwähnten 15 Arbeitern zeigten 8 Lungensklerose, 3 Lungensklerose und Emphysem, 2 chronische Bronchitis und 2 Pachypneumonie.

Estler (Berlin).

Riedl, Ladislav: Lungenerkrankungen der Paprikaschäler, eine neue Berufskrankheit. Čas. lék. čes. **1938**, 749—750 [Tschechisch].

Beim Schälen der Paprikafrüchte und ihrem Vermahlen nach vollkommener Trocknung kommt es zu starker Entwicklung von Staub, der von den Arbeitern eingeatmet wird und ihre Lungen schädigt. In noch höherem Maße sind Arbeiter der Schädigung ausgesetzt, wenn alte, mit Schimmel besetzte Paprika verarbeitet wird, da der eingeatmete Schimmelstaub in die durch den Paprikastaub (namentlich bei der „scharfen“ Paprikasorte) gesetzten Verletzungen eindringt. Die Erkrankung zeigt sich subjektiv in Schmerzen im Rücken und auf der Brust, Kopfschmerzen, Ermüdung und nervöser Unruhe, Auswurf von zähem Schleim, später Dyspnoe und erhöhte Blutkörperchengeschwindigkeit. Das bunte Bild der Erkrankung läßt sich klinisch und anatomisch in 3 Formen einteilen: Die akute Form ist charakterisiert durch Bronchitis, Peribronchitis, Kongestion, Bronchioalveolitis exsudativa. Diese Formen können eine Tbc. evtl. röntgenologisch eine miliäre Aussaat vortäuschen. Oft aber ist der Röntgenbefund in Fällen mit deutlich physikalischen Befunden (Schallverkürzung oder Dämpfung) negativ. Bei der subakuten Form, die sich nach 2 bis 5 Jahren entwickelt, findet man peribronchiale und perivaskuläre Sklerose, Tramitis und gleichzeitig häufig Pleuritis. Bei der chronischen Form kommt es zur Dekompensation im Kreislauf, Thrombophlebitis der Lungengefäße und Funktionsstörungen des linken Herzens. Im Vordergrund stehen hier anatomisch die fibrösen Veränderungen. Als Komplikationen treten Broncho- und croupöse Pneumonie, spontaner Pneumothorax und Tbc. auf. Die Prognose der akuten und subakuten Form ist günstig, die der chronischen ungünstig, doch kann auch hier Entfernung von der Arbeit eine Besse-

rung des Leidens bringen. Prophylaxis gegen die Staubentwicklung bzw. gegen die Möglichkeit der Staubeinatmung ist die einzige Therapie. *Marx (Prag).*

Enzer, N., and O. A. Sander: Chronic lung changes in electric arc welders. (Chronische Lungenveränderungen bei Elektro-Schweißern.) (*Mt. Sinai Hosp., Milwaukee.*) *J. industr. Hyg. a. Toxicol.* **20**, 333—350 (1938).

Verff. berichten über akute und chronische Lungenschädigungen nach Einatmung von Elektroschweißgasen. Die Untersuchungsergebnisse von 26 Mann werden mitgeteilt, und aus einer pathologischen Studie ergibt sich, daß bei Schweißern, die über eine Reihe von Jahren mit reinen Metallelektroden gearbeitet haben, Fleckelungen im Röntgenbild entstehen und auf Eisenoxyd zurückzuführen sind, wenn nicht die Arbeit, die eine erhebliche Konzentration von Eisenteilchen in den Gasen verursacht, eingeschränkt ist. Auf die Ähnlichkeit silikotischer Knötchen wird besonders hingewiesen. Beeinträchtigung der Funktion der Lunge mit solchen Eisendepots fehlt bis zur Entwicklung von klinischen Symptomen oder bis zur Anfälligkeit für Infektionen.

Lochkemper (Düsseldorf).

Doese, Martin: Gewerbemedizinische Studien zur Frage der Gesundheitsschädigungen durch Aluminium, insbesondere der Aluminiumstaublung. (*Univ.-Inst. f. Berufskrankh., Berlin.*) *Arch. Gewerbepath.* **8**, 501—531 (1938).

Nach Darlegungen über die industrielle Bedeutung des Aluminiums werden die bisher bekannten Tatsachen und Theorien über Wirkungen und Schädigungen durch Aluminium und seine Verbindungen aufgezählt sowie der Fall eines 55jährigen Mannes, der vor Jahren 25 Wochen hindurch hauptsächlich Eisenmöbel mit Aluminiumbronze unter Anwendung des Spritzverfahrens lackierte, eingehend geschildert. Der Kranke hatte dumpfen Schmerz beim Beklopfen des Kopfes, chronischen Rachenkatarrh und Atemnot. Im Röntgenbild bestand erhebliche Vermehrung der Zeichnung und eine ziemlich gleichmäßig verteilte sehr dichte kleinwabige Verschattung des Lungengewebes ohne Ballungen. Bei einer Kontrolle nach 1½ Jahren hatte sich der Zustand nicht geändert. In 100 ccm des Auswurfes von dem Kranken wurden 12,6 mg Aluminium nachgewiesen. Nach dieser Erfahrung wurden 86 Arbeiter aus Aluminiumwerken systematisch untersucht, 70 aus der Hüttenindustrie und 16 aus Werken der Weiterverarbeitung. Diese Untersuchungen hatten ein völlig negatives Ergebnis hinsichtlich von Lungenschädigungen, dagegen fanden sich häufig chronisch-katarrhalische Veränderungen in den oberen Luftwegen.

Gerstel (Gelsenkirchen).

Holtzmann: Staublung durch Glaswolle. *Ärztl. Sachverst.ztg* **44**, 263 (1938).

Ein 39jähriger Mundatmer hatte 2 Jahre Isolierungen mittels Glaswolle ausgeführt. Es bestand ein chronischer Katarrh des Kehlkopfes und der Luftröhre verbunden mit starkem Husten. Im Röntgenbild bestand eine sehr ausgeprägte Lungenzeichnung, die Hili erschienen strahlig verbreitert. Diese Schattenstränge zogen durch das ganze Lungenfeld fast bis zur Peripherie. Ferner bestanden feine netzartige Schattenstränge, besonders am linken Herzrand, die den unteren Hiluspol markierten. Aus der Ähnlichkeit dieses Befundes mit dem der Asbeststaublung wird auf eine Verursachung der Lungenveränderungen durch den feinfaserigen Glasstaub geschlossen.

Gerstel (Gelsenkirchen).

Matz, Philip B.: A study of silicosis. (Eine Silikosestudie.) (*Research Subdiv., Med. a. Hosp. Serv. of the Veterans' Administrat., Washington.*) *Amer. J. med. Sci.* **196**, 548—559 (1938).

In Amerika ist die Silikose die wichtigste Berufserkrankung. Es wird besonders darauf hingewiesen, daß die Silikose durch die häufig begleitende Tuberkulose eine sehr große soziale Bedeutung hat, weil durch sie die Tuberkulose in die Familien und in die Betriebe eingeschleppt wird. In einer Gruppe von 167 Invaliden hatten 30% reine Silikosen, 11% Silikosen mit unspezifischen Infektionen, 42% Silikosen mit Tuberkulose und 16% Silikotuberkulosen. Die Unterschiede in der Art der Erkrankung werden auf den verschiedenen Kieselsäuregehalt des Staubes, die Unterschiede in der Körnchengröße, die Aussetzungszeit, das Vorhandensein organischen und nicht kieselsäurehaltigen Staubes neben dem Kieselsäurestaub und auf eine persönliche Empfänglichkeit zurückgeführt. Außer Lungentuberkulose, übermäßiger Kreislaufbelastung, Emphysem,

Lungeninfektionen, Bronchiektasen und chronischer Pleuritis wurden besonders häufig Zahnerkrankungen festgestellt. Bei 23 Leichenöffnungen wurden 18mal Hypertrophie und Dilatation des Herzens beobachtet, bei den klinischen Untersuchungen bestanden ähnliche Häufungen von Herzbefunden. Schließlich haben Kranke mit Silikose häufig Pneumonien, Lungenabscesse und chronischen Rachenkatarrh. Gerstel.

Domenici, Folco: Silicosi e silico-tubercolosi. (Silikose und Silikotuberkulose.) (*Inst. f. Berufskrankh., Univ. Berlin.*) *Fol. med. (Napoli)* **24**, 289—305 (1938).

Beschreibung des Sektionsbefundes bei einem 53jährigen Formmacher, der an Silikose und Tuberkulose litt und der an einem doppelseitigen Spontanpneumothorax gestorben war. Es handelte sich um eine ursprünglich reine Silikose, zu der später eine Tuberkulose hinzugekommen war. Es ist zu unterscheiden zwischen reiner Silikose und Silicotuberkulose, wobei beide Formen häufig zusammen vorkommen. Steiger (Wallenstadtberg).^{oo}

Taylor, Henry K., and Hyman Alexander: Silicosis and silicotuberculosis. (Silikose und Silicotuberkulose.) (*Dep. of Radiol., Sea View Hosp., New York.*) *J. amer. med. Assoc.* **111**, 400—408 (1938).

Nach einem geschichtlichen Überblick über Forschungsarbeiten werden das klinische Bild und vor allem die Ergebnisse der Röntgenuntersuchungen mitgeteilt, Fragen zur Differentialdiagnose und zu Komplikationen werden erörtert, insbesondere zur Silicotuberkulose. Von 65 Kranken mit Silikose und Silicotuberkulose wurden dem Hospital 43 mit der Diagnose Lungentuberkulose, 19 mit Silicotuberkulose und 3 ohne Diagnose überwiesen. Lochtkemper (Düsseldorf).

Magnin: Silicose aiguë et silicose chronique dans les montagnes rocheuses (U.S.A.) à la fin du siècle dernier. (Leichte und chronische Silikose in den Rocky Mountains [U.S.A.] am Ende des vorigen Jahrhunderts.) *Méd. Trav.* **10**, 4—22 (1938).

Erneute Wiedergabe einer Arbeit von Winthrop Bette aus der *Denver Medical Times* vom 25. VII. 1899, in der damalige Erfahrungen über Staublunge im Staate Utah niedergelegt waren. Bette hatte damals über die Lebensdauer und Arbeitszeiten von 21 Arbeitern berichtet, die sämtlich nach durchschnittlich 14monatiger Arbeit vor Stein binnen 33 Monaten gestorben waren. Damals gab es keinerlei Schutzmaßnahmen gegen den Staub. In der Aussprache wird über einige Beobachtungen von Silikose bei Tunnelbohrern und Brückenbauern berichtet.

Gerstel (Gelsenkirchen).

Nissen, Karl: Zur Dienstbeschädigung Lungentuberkulöser. (*Hindenburglaz., Berlin-Zehlendorf.*) *Dtsch. Mil.arzt* **3**, 241—245 (1938).

Fast alle wegen aktiver oder inaktiver Lungentuberkulose entlassenen Soldaten stellten Versorgungsansprüche. DB. im Sinne der Entstehung darf nach Ansicht des Verf. nur anerkannt werden, wenn das Eindringen der Keime mit den Eigentümlichkeiten des militärischen Dienstes ursächlich und zeitlich nachgewiesenermaßen mit Wahrscheinlichkeit zusammenhängt. Die Möglichkeit allein dieses Zusammenhanges genügt dazu ebensowenig wie etwa der Umstand, daß ein lungengesund eingestellter Soldat während seiner Dienstzeit erkrankt. Der juristische Standpunkt, daß die Auslösung einer Krankheit in ihren Auswirkungen der Entstehung gleichzustellen ist, wenn sie dieser auch nur nahestehen, ist ärztlich eigentlich nicht haltbar. Eine inaktive Tuberkulose kann durch den Heeresdienst aktiviert und richtunggebend verschlimmert werden. Verf. bespricht im Rahmen des Themas im einzelnen die Zusammenhänge zwischen Tuberkulose und Sport, Unfall, Kampfgasvergiftung, chronischen und Infektionskrankheiten, insbesondere noch zwischen KDB. und Alterstuberkulose. Schematismus scheint ihm in der Begutachtung der Lungentuberkulose besonders unangebracht.

Mayer (Münsingen i. W.).^{oo}

Spot a, Benjamin B.: Bleivergiftung. Polineuritis. Berufskrankheit. (*Clin. Neurol., Hosp. Rawson, Univ., Buenos Aires.*) (*Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 6. VII. 1938.*) *Archivos Med. leg.* **8**, 275—278 u. franz. Zusammenfassung 278 (1938) [Spanisch].

Beschreibung eines Falles von beruflicher Bleivergiftung bei einem syphilitischen Potator mit (motorischer) Polineuritis der unteren Glieder. Romanese (Turin).

Csepai, Ch.: Can lead poisoning cause gastric-duodenal ulcers? (Kann Bleivergiftung Magen-Zwölffingerdarmgeschwüre verursachen?) (*Centr. Diagnost. Sect.,*

Hungar. Soc. Insurance Inst., Budapest.) J. industr. Hyg. a. Toxicol. **20**, 521 bis 522 (1938).

Im Zentraldiagnostischen Institut der Ungarischen Sozialversicherungsanstalt werden jährlich eine große Zahl Personen, die an Magengeschwüren leiden, untersucht. Da die Beschäftigung der Untersuchten vermerkt wird, stand Verf. das erforderliche Material zur Verfügung, um die Häufigkeit von Magengeschwüren bei einzelnen Beschäftigungen, insbesondere bei Bleiarbeitern, zu ermitteln. 1932—1936 wurden 8975 Personen eingewiesen, darunter befanden sich 1611 Personen, die an Magengeschwüren litten, d. i. ein Hundertsatz von 17,9. Je größer die Zahl der Untersuchten einer Berufsgruppe war, um so näher lag die Zahl der Magengeschwürkranken zu diesem Wert von 17,9%. Unter 450 Bleiarbeitern litten 40 an Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren, d. i. ein Hundertsatz von 8,8. Wenn auch wegen der etwas niedrigen Zahl der zur Untersuchung gekommenen Bleiarbeiter die Zahl 8,8% nicht zu dem Schluß berechtigt, daß Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre bei Bleiarbeitern weniger häufig seien als bei Arbeitern anderer Berufsgruppen, so darf doch gefolgert werden, daß Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre bei Bleiarbeitern nicht häufiger sind als bei anderen Arbeitern. Von den 450 Bleiarbeitern zeigten 80 Anzeichen der Bleivergiftung, einige darunter litten nur eine kurze Zeit (3—6 Monate) daran. Unter diesen 80 Personen befanden sich nur 2 mit Magen-Darmgeschwüren. Verf. stimmt deshalb der Annahme, daß Bleivergiftung Magen-Darmgeschwüre verursachen könne, nicht zu. *Estler.*

Hotz-Jenny, Margrit: Die akute und chronische Kohlenoxydvergiftung. Statistische Arbeit auf Grund des Materials der Suva aus den Jahren 1930—1934. (*Med. Abt., Zentralverwaltung d. Schweiz. Unfallversicherungsanst., Luzern.*) Zürich: Diss. 1938. 47 S.

Verf. wertet 276 CO-Vergiftungen an Hand der Akten der Suva aus den Jahren 1930—1934 und der Rentenfälle seit 1922 aus. Es sind 246 = 95,65% akute und 12 = 4,35% chronische Vergiftungen. Die akuten CO-Vergiftungen gliedern sich in 195 Betriebs- und 69 Nichtbetriebsunfälle, darunter 68 = 24,6% Todesfälle. Die Ursache ist in 37,5% der Fälle Leuchtgas, 26,8% Ofengas, 14% Auspuffgas, 12,15% Rauchgas, 2,65% autogenes Schweißen, 2,3% Sprenggas, 4,5% Einzelfälle. Neben der Bildung des CO-Hämoglobins und Entstehung einer Anoxämie wird eine toxische Schädigung verschiedener Intensität für wahrscheinlich gehalten, da dadurch die Spätschädigungen und Folgezustände, wie auch das chronische Krankheitsbild erklärt werden können. Bei der Besprechung des Kohlenoxydnachweises wird die Infrarotphotographie als weit empfindlicher bezeichnet als der spektroskopische Nachweis (?? d. Ref.). Es wird die Symptomatologie der akuten und subakuten CO-Vergiftung besprochen und auf neuere klinische Feststellungen hingewiesen sowie das Für und Wider der Existenz der chronischen CO-Vergiftung angeführt. *Klawer* (Halle a. d. S.).

Wenzel: Lösemittel und ihre Gefahren. *Zbl. Gewerbehyg., N. F.* **15**, 217—224 (1938).

Die für den Menschen gefährlichen Lösemittel sind vorwiegend organischer Natur. Man unterscheidet ungefähr 120 nach folgenden Gruppen: aliphatische, aromatische, heterocyclische Kohlenwasserstoffe, Alkohole, Äther, Ketone, Ester und Glykol mit einem Derivat, abgesehen von denen, die unter Phantasienamen im Handel erscheinen, und von denen 10 mit Angabe der wirksamen Stoffe genannt sind. Ihr Verwendungszweck ist sehr groß (Fette, Öle, Wachse, Lacke, Kunstfasern, Zellhorn, Filme, plastische Massen, Gummiwaren, künstliche Perlen, Zigarettenpapier, Pomaden, Parfüms, Pulver, Sprengstoffe, Reinigung von Lederwaren, chemische Wäscherei, Metallwaren, Kleb-, Schmier-, Wachs- und Bohnermassen, Schleif-, Härte-, Imprägnier-, Netz-, Dispergiermittel, pharmazeutische, kosmetische Mittel usw.). Als Gefahren kommen in Betracht: die Feuergefährlichkeit (Tabelle im Text) und die Gesundheitsschädigungen (Einatmung, Wirkung auf die Haut usw.). Was über die Herkunft und die Anwendung gesagt ist, liest man am besten im Original nach. Als wichtigste Maßnahmen zur Verringerung der Gefährdung sind die gründliche Absaugung und die Wiedergewinnung

zu empfehlen. Zur Wiedergewinnung kommen in Frage: die Kondensation möglichst unter 0°, das Waschverfahren und die Absorption mit aktiver Kohle usw. Unter Umständen muß eine Gasmaske getragen werden. Für einige Lösemittel (Schwefelkohlenstoff, Nitro-, Amidostoffe usw.) bestehen Einschränkungen oder Verbote in bezug auf die Beschäftigung von Arbeiterinnen und Jugendlichen oder in bezug auf die Arbeitsdauer. Durch Anmeldezwang, ärztliche Untersuchungen, Auswechslung gefährdeter Arbeiter, erweiterten Erholungsurlaub, Waschpausen, Badezwang, Lieferung einer dicken Suppe vor Arbeitsbeginn, Mittel zur Einfettung der Haut, Schuhwerk und Handschuhe könnte mancher Erkrankung vorgebeugt werden. Weiter kommt in Frage: das Tragen von Gasmasken, körperliche Ertüchtigung, Verzicht auf besonders schädliche Lösemittel (Tetrachloräthan, Äthylenchlorhydrin usw.), geschlossene Apparaturen, Sicherung vor Feuergefahr, Blitzschutz, Verhütung elektrischer Aufladung, Feuerlöschvorrichtungen. Die wichtigste aller Maßnahmen ist die Aufklärung der Arbeiter. 4 Abbildungen: Spritzkabine, Tiefdruckmaschine mit Absaugung, Wiedergewinnungsanlage einer Tiefdruckerei und Schema einer Absorptionsanlage vervollständigen den Aufsatz.

Wilcke (Göttingen).

Symanski, H.: Akute Benzolvergiftungen und ihre Vermeidung. Med. Welt 1938, 1248—1249.

Es werden 3 Fälle akuter Benzolvergiftung, die anlässlich von Reparaturarbeiten in einem Benzolrührwerk entstanden waren, besprochen. Der Kessel des Rührwerkes war vorher tagelang mit Preßluft durchblasen worden, dabei waren offenbar einzelne Abschnitte doch nicht entlüftet worden. Als charakteristischer Befund kam es bei den drei Verunglückten nach einem einleitenden rauschartig-euphorischen Stadium zu einem Erschlaffungszustand mit Bewußtlosigkeit. Die sofort eingeleiteten Rettungsmaßnahmen hatten den Erfolg, daß sämtliche Beteiligten nach kurzer Krankenhausbehandlung völlig wiederhergestellt werden konnten; auch Nachkrankheiten traten nicht auf.

Bei der hohen Gefährlichkeit schon geringer Mengen eingeatmeten Benzols müssen alle nur irgend möglichen Vorichtsmaßnahmen getroffen werden. Solche Arbeiten, wie in den beschriebenen Fällen, dürfen nur mit Frischluftschlauchmasken vorgenommen werden, auch die Helfer bei derartigen Unglücksfällen müssen mit entsprechenden Schutzmitteln versehen sein.

Manz (Göttingen).

Reekzeh, P.: Betrachtungen zur Erkennung der Dissimulation von chronischen Vergiftungen. (Allg. Ortskrankenkasse, Berlin.) Med. Klin. 1938 I, 681—683.

Verf. führt kurz einige Betrachtungen an, die geeignet erscheinen, dem Praktiker die Erkennung der Verheimlichung von chronischen Vergiftungen — durch Blei, Quecksilber, Alkohol, Morphinum, Cocain und Nicotin — zu erleichtern.

Clauss.

Zanger, Heinrich: Rechts- und Feststellungsverhältnisse bei Unglücksfällen im Gewerbe der chemischen Ungeziefer- und Schädlingsbekämpfung. (Eine systematische Betrachtung der Aufgaben der Sachverständigen.) (Gerichtl.-Med. Inst., Univ. Zürich.) Ärztl. Sachverst.ztg 44, 255—262 (1938).

In der für Verf. bekannten ungeheuer übersichtlichen und umfassenden Weise werden die Aufgaben des Sachverständigen bei der Beurteilung von Unglücksfällen im Gewerbe der chemischen Ungeziefer- und Schädlingsbekämpfung in systematischer Weise zusammengestellt. Nicht nur in der Schweiz, sondern auch in Deutschland liegt eine Reihe von Mißständen vor, die unter allen Umständen behoben werden müssen. Jeder Sachverständige, der mit derartigen Begutachtungen betraut wird, wird, da sich auch bei uns in Deutschland Unglücksfälle der genannten Art häufiger ereignen, auf die systematischen Ausführungen, die mit markanten Beispielen versehen sind, zweckmäßig zurückgreifen, zumal in dem Aufsatz auch auf einige Literatur verwiesen wird.

Nippe (Königsberg i. Pr.).

Electrical injuries. (Elektrische Unfälle.) Brit. med. J. Nr 4056, 710—711 (1938).

Der Artikel bietet nichts bemerkenswertes Neues. Er geht auf die bei elektrischen Stromschäden vorliegenden bekannten anatomischen Veränderungen der Strommarke kurz ein, schildert die klinischen Erscheinungen und weist auf die Notwendigkeit künstlicher Atmung und intrakardialer Injektionen hin.

O. Schmidt (Bonn).

Alkohol und Verkehrsunfälle. Forsch. Alkoholfrage 46, 121—122 (1938).

Bekanntgabe einer vom wissenschaftlichen Ausschuß des Weltbundes gegen den Alkoholismus gefaßten EntschlieÙung, die bei Verkehrsunfällen grundsätzlich die Bestimmung des Alkoholgehaltes im Blut (oder allenfalls in anderen Körpersäften), jedoch unter Berücksichtigung des klinischen Befundes und einer etwa vorhandenen Intoleranz, sowie Auswertung des Untersuchungsergebnisses durch die zuständigen Sachverständigen fordert.

Hans Baumm (Königsberg i. Pr.).

Wyrsch, J.: Über die psychiatrische Begutachtung der Verunfallten. (Zu einem verhängnisvollen Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts.) (*Psychiatr. Univ.-Klin., Waldau-Bern.*) Z. Unfallmed. 32, 45—56 (1938).

Wyrsch bringt eine Zusammenstellung von Beobachtungen bzw. Gutachten über die Folgen von Kopftraumen, die in der Psychiatrischen Klinik in Waldau in den letzten Jahren erstattet sind. Es handelt sich im ganzen nur um 23 Fälle, von denen 16 auf Grund ambulanter Untersuchung begutachtet sind. Die Folgerungen, die aus diesem kleinen Material gezogen werden, können daher nur in beschränktem Maße als allgemeingültig angesehen werden; beachtlich ist jedoch vor allem, daß es in mehreren Fällen gelungen ist, bei ausgeprägt neurotischen Reaktionen durch klinische Behandlung und entsprechende psychische Beeinflussung die Untersuchten praktisch beschwerdefrei zu machen, so daß sie ihre Arbeitstätigkeit später wieder aufgenommen haben.

Stier (Berlin).

Thomson, A. P.: Sudden appearance of senility after an accident. (Plötzliches Altern nach einem Unfall.) (*Gen. Hosp., Birmingham.*) Lancet 1938 II, 135—136.

Verf. berichtet über einen 56jährigen Patienten, der nach einem Unfall, bei dem er mehrere Finger einer Hand einbüßte, innerhalb weniger Monate so stark alterte, daß er völlig einem Greise glich. Außer den Symptomen des Alters, wie schütterte und weißliche Verfärbung der Behaarung, Faltigwerden der Haut, Gewichtsabnahme und Aufhören des Geschlechtstriebes, fanden sich keine krankhaften Symptome. Als Ursache schuldigt Verf. eine Hypophysenschädigung an, die auf irgendeine nicht näher zu eruiierende Weise mit dem Unfall in Zusammenhang stehen soll. Im Laufe der Zeit machte sich bei dem Patienten eine geringe Besserung durch Dunklerwerden der Haare und Dichterwerden der Augenbrauen bemerkbar.

Daube (Hamburg).

Birkenfeld, Józef: Das Problem des ursächlichen Zusammenhanges zwischen bösartigen Neubildungen und Verletzungen in der ärztlichen Unfallbegutachtung. (*Klin. chir., univ., Kraków.*) Polski Przegl. chir. 17, 758—768 u. franz. Zusammenfassung 768 (1938) [Polnisch].

Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft wird im allgemeinen das Urteil zugelassen, daß ein einmaliges mechanisches Trauma die Entstehung einer bösartigen Neubildung provozieren oder eine schon vorhandene Neubildung zum schnelleren Wachstum anreizen kann. Solche Fälle sind jedoch ziemlich selten; man muß in der Beurteilung sehr vorsichtig sein und sich auf die allgemeine medizinische Erfahrung stützen.

L. Tonenberg (Warschau).

Lucke, Hans: Beitrag zur traumatischen Entstehung von Herzklappenfehlern. Med. Welt 1938, 1456.

Ein zur Zeit der Untersuchung 37jähriger Mann leidet an der außerordentlich seltenen Kombination einer Aorteninsuffizienz mit einer Aortenstenose. Ein mit 6 Jahren durchgemachtes Gelenkleiden (Polyarthrit?) wird als unwesentlich angesehen. Dagegen scheint ein schwerer Unfallsturz — mit etwa 30 Jahren —, aus 10 m Höhe mit dem vorderen Brustteil auf die Kante eines großen Kübels auf den sich stärker werdende Herzbeschwerden einstellten, zu einer Schädigung des Klappenapparats geführt zu haben.

M. Werner (Frankfurt a. M.).

Cavallazzi, Desiderio: Trauma in soggetto con empiema toracico. Valutazione medico-legale. (Trauma bei einem Kranken mit Pleuraempyem. Gerichtsmedizinische Bewertung.) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Milano.*) (7. congr. d. Assoc.

Ital. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Napoli, 15.—17. X. 1937.) Arch. di Antrop. crimin. 58, 718—723 (1938).

Ein 28jähriger Mann wurde von einem Auto angefahren; er wurde ins Krankenhaus aufgenommen obgleich sich nur ganz geringfügige Verletzungen fanden. Während der 8tägigen Beobachtung bis zum Tode verfiel der Kranke. Bei der Leichenöffnung fanden sich in der rechten Brusthöhle etwa 5 Liter eingedickter eitriger Flüssigkeit, durch die die rechte Lunge zusammengedrückt war. Die Lunge wog nur noch 150 g und war gleichmäßig carnifiziert. Mikroskopisch wurden Verdichtungen des Lungengewebes, Zusammendrückung der Einzelbläschen und Erweiterungen der Blutgefäße festgestellt, es handelte sich um ältere Atelektasen der Lunge mit ausgedehnter Fibrose des Parenchyms. Unter besonderer Berücksichtigung der italienischen Gesetzgebung werden die möglichen Zusammenhänge zwischen dem Unfall und dem tödlichen Ausgang erwogen. Es wird dem vorherigen Zustand des Kranken der wesentliche Anteil (chronisches Empyem) zugeschoben, wenn auch durch seelische Erregungen das vorher mühselig aufrechterhaltene Gleichgewicht zwischen Atmung und Herztätigkeit durch den Unfall ungünstig beeinflusst worden sein dürfte. *Gerstel (Gelsenkirchen).*

Stör: Die rechtliche Stellung der Zwerchfellhernie in der privaten Unfallversicherung. (62. Tag. d. Dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 21.—24. IV. 1938.) *Arch. klin. Chir. 193, Kongr.-Ber., 426—428 (1938).*

Die Bezeichnung Zwerchfellhernie wird heute noch allgemein als Sammelbegriff gebraucht, unter dem alle Verlagerungen von Eingeweiden der Bauchhöhle in die Brusthöhle zusammengefaßt werden. Es wird ungenügend berücksichtigt, daß es sich um mehrere ursächliche und klinisch völlig verschiedene Krankheitszustände handelt. Man folge am besten der Einteilung von Georg Schmidt, danach bestehen folgende Hauptgruppen: Relaxation, d. h. Vortreibung des veränderten, aber lückenlosen Zwerchfells nach der Brusthöhle, die echten Hernien mit Bruchsäcken, die Zwerchfellrupturen und die Zwerchfeldefekte. Sämtliche Formen können sowohl angeboren als auch erworben und traumatisch bedingt sein. Vorwölbungen, die keinen Bruchsack tragen, fallen nicht unter den Begriff der Hernie; auch die Bezeichnung falsche Hernie dafür ist verwirrend und müßte durch das Wort Prolaps ersetzt werden. Unter den Begriff des Bruches fallen beim Zwerchfell also, ohne Rücksicht, ob ein Trauma eine Rolle spielt oder nicht, Vorstülpungen, wie z. B. die Hiatushernie. Hier sei ein Ausschluß von der Versicherung auch dann gerechtfertigt, wenn ein Trauma vorgelegen hat. Ähnlich muß auch bei der totalen oder partiellen Relaxation verfahren werden, die als eine mit Bauchfell ausgekleidete Vorwölbung einem echten Bruchsack gleichkommt. Nicht zu den Hernien zu rechnen seien die offenen oder subcutanen Rupturen, weil sie zu einer völligen Durchtrennung aller Schichten des Zwerchfells führen, die deshalb ebenso entschädigungspflichtig wie eine Muskelzerreißen oder eine Pfählungsverletzung wären. Neben einer Ruptur stehe allerdings der angeborene Zwerchfeldefekt, der als angeborenes Leiden von der Versicherung auszuschließen sei. Eine gewaltsame Einklemmung könne allerdings eine teilweise Entschädigungspflicht im Einzelfall bedingen, desgleichen die Teilrupturen, wenn Bauchfell und Muskel zerrissen sind und sich die Pleura gleich einem Bruchsack über den Prolaps lege. Traumatische echte Zwerchfellhernien seien so selten, daß sie praktisch kaum eine Rolle spielten. Auch die Vorwölbung (Relaxation) sei nur selten traumatischen Ursprungs, überwiegend dagegen die Rupturen gegenüber den angeborenen Defekten. Im übrigen lasse sich die Entscheidung, ob ein Bruch vorläge, nach dem heutigen Stande der Röntgenuntersuchungen leicht treffen, mit Kontrastbrei und Pneumoperitoneum. Im autoptischen Befunde bereite die Abgrenzung des angeborenen Defektes gegenüber der traumatischen Ruptur keine Schwierigkeiten. Es käme also alles auf eine eindeutige Namensgebung an, die dem Sinn des Wortes Hernie so gerecht wird, daß sie ohne weiteres in den juristischen Sprachgebrauch übertragen werden kann. *Nippe.*

Berblinger, W.: Diabetes insipidus bei entzündlich-fibröser Atrophie der Neurohypophyse nach Unfall. (*Schweiz. Forsch.-Inst., Davos.*) Endokrinol. 20, 305—325 (1938).

Ein 1897 geborener Mann zog sich 1929 durch Anschlagen eines Winkeleisens eine Verletzung in der Gegend des rechten Auges zu. Der Unfall hatte folgenden Verlauf: Nach 4 Monaten wurde eine Fissur in der rechten Stirnhöhle und eine Depression der Lamina papyracea festgestellt. Oktober 1930 Osteomyelitis des Siebbeins mit Sequesterbildung. Bis 1936 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Am 1. V. 1936 weiterer Unfall: Sturz von einem Leitungsmast. Fraktur des rechten Nasenbeins. Im Juni 1936 Diabetes insipidus. März 1938 Exitus infolge Magencarcinom. Die Sektion ergibt u. a. eine stark entzündliche Fibrose der Pars nervosa der Hypophyse, die im eigentlichen Hinterlappen zu einem weitgehenden Untergang der nervösen Anteile geführt hat. Offenbar bestand ursprünglich eine eitrige Sinusentzündung, von der aus das Keilbein und schließlich das Bett der Hypophyse ergriffen wurde, wobei vor allem der zweite Unfall die Ausbildung einer Osteomyelitis des Keilbeinkörpers mitbewirkt hat. Der Verf. kommt zu dem Schluß, daß „der Diabetes insipidus beim Menschen die Folge einer erheblichen Einschränkung oder einer völligen Aufhebung der Funktion der Pars nervosa — der Neurohypophyse — sein“ kann.

M. Werner (Frankfurt a. M.).

Gruhle, Hans W.: Seelische Folgen von Kopfverletzungen. Med. Klin. 1938 II, 928—930.

Gruhle mahnt, zweifellos mit Recht, in jedem Fall bei der ersten Untersuchung genau festzustellen, ob denn der Kopf überhaupt getroffen ist, und mahnt im weiteren, nicht jede Erinnerungsstörung als organisches Symptom zu deuten. Folgt die Amnesie erst auf ein vorher korrektes Verhalten, dann sei ein reiner Dämmerzustand anzunehmen, der so gut wie sicher psychogen sei. Traumhafte Verworrenheit mit Amnesie kann organisch, kann psychogen und kann beides sein. Ein wirklich bewußtloser, nicht ansprechbarer und nicht einfach vor Schreck ohnmächtig gewordener Mensch ist sicher „hirnorganisch verletzt“. Die Unterscheidung von organisch und psychogen hält G. gerade für den praktischen Arzt für wichtig und, wie es scheint, auch für durchführbar; andererseits hält er „Ruhe und Einsamkeit“ zur Behandlung gerade auch bei psychogenen Störungen für geboten. Unmittelbare Schreckfolgen dürfen nicht mit Neurosen verwechselt werden und sind immer als entschädigungspflichtige Unfallfolgen anzusehen. G. beschreibt dann die häufigsten Klagen der durch Kopftrauma „direkt organisch“ Verletzten und führt dabei die Schädigungen des „Gleichgewichtsbewußtseins“ an. Die reizbare Verstimmung und die Klagen über schlechte Konzentration werden als Hintergrundreaktionen und Sekundärererscheinungen des Traumas bezeichnet. Bei traumatischer Epilepsie kommen, wie G. angibt, auch Absenzen und Petitmalzustände vor; hieraus könne also eine Differentialdiagnose gegenüber endogener Epilepsie nicht gestellt werden.

Stier (Berlin).

Stadler, H.: Meningitis tuberculosa nach stumpfem Schädeltrauma. (*Nervenklin. d. Stadt u. Univ. Frankfurt a. M.*) Med. Welt 1938, 889—890.

Bei einem aus tuberkulöser Familie stammenden 17jährigen traten 9 Tage nach einem erheblichen Treppenfall ohne äußere Verletzung meningitische Erscheinungen auf, mit Todesausgang. Die Sektion ergab verbreitete Lungentuberkulose, tuberkulöse Meningitis der basalen Hirnhaut und apfelgroßes Meningeom im rechten Parietalgehirn. Der Unfall hatte alsbald eindeutige Commotiosymptome hervorgerufen mit Erbrechen und Benommenheit. Sie gingen in die Symptome der beginnenden Hirnhautentzündung fließend über, so daß der Zusammenhang zwischen stumpfem Schädeltrauma und Meningitis — bei bestehender Lungentuberkulose — nicht abgelehnt werden kann. Der Entstehungsmodus der Meningitis ist noch nicht eindeutig entscheidbar, wenn auch die Verbreitung der Tuberkulose auf dem Blutweg feststehen dürfte.

Köhler (Köln).

Pfeiffer, Fritz: Nervenschwäche, Täuschung der Sozialversicherung durch angebliche Blindheit. (*Med. Abt., Landesversicherungsanst. Sachsen, Dresden.*) Med. Klin. 1938 II, 1265—1266.

Verf. wünscht auf Grund eines Falles, in dem 25 Jahre lang wegen „allgemeiner

Nervenschwäche“ und „Blindheit“ zu Unrecht Invalidenrente gezahlt wurde, häufige ärztliche Nachuntersuchungen; er weist darauf hin, daß Leute, die wegen bestehender Abartigkeit und Minderwertigkeit auf die Schwierigkeiten des Lebens abnorm reagieren, nicht als invalide zu betrachten sind. — Anm.: Worte wie „Allgemeine Nervenschwäche“ oder „Nervenzusammenbruch“ müßten allmählich aus ärztlichen Gutachten verschwinden.

Frhr. v. Marenholtz (Berlin).

Jannoni Sebastianini, Giorgio: Osservazioni medico-legali sulle più comuni sindromi di nevrosi e pseudo-nevrosi post-traumatiche vere e simulate. (Gerichtsärztliche Bemerkungen über die häufigsten echten und simulierten posttraumatischen Neurosen und Pseudoneurosen.) (*7. congr. d. Assoc. Ital. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Napoli, 15.—17. X. 1937.*) *Arch. di Antrop. crimin.* 58, 647—656 (1938).

Von vielen Gutachtern wird die Tatsache vernachlässigt, daß zum Zustandekommen der traumatischen Neurose außer dem Trauma auch ein prädisponierender Faktor gehört, der auf neurovegetativem Gebiet zu suchen ist; Störungen auf diesem Gebiet waren latent oder manifest schon vor dem Trauma vorhanden. Immer wieder beobachtet man, daß bei zahlreichen posttraumatischen Syndromen die subjektiven Beschwerden nicht in der dem Trauma direkt folgenden Zeit, sondern erst später vorgebracht werden und daß ihre Intensität im Laufe der Zeit zunimmt. Meist besteht ein umgekehrtes Verhältnis zwischen den durch das Trauma gesetzten organischen Schäden und der Summe der Beschwerden. Eine Beziehung zwischen dem Sitz des Trauma und den subjektiven Beschwerden fehlt meistens. Vielmehr gleichen oder ähneln sich die Syndrome in auffallender Weise und enthalten fast immer Kopfschmerzen, Schwindel, Angstzustände, Schlaflosigkeit, Anfälle usw. Simulation ganzer Syndrome ist selten, häufig aber werden einzelne Symptome vorgetäuscht oder übertrieben.

Liquori-Hohenauer (Illenau).

Pfeffer, Fritz: Die Bewertung der Hysterie und Rentenneurose in der Sozialversicherung. (*Med. Abt., Landesversicherungsanst. Sachsen, Dresden.*) *Med. Klin.* 1938 II, 1330—1333.

Nach dem Verf. verstehen wir unter einem großen Teil der der Rentenneurose anheimfallenden Menschen charakterlich besonders Geartete. Es sind das insbesondere Menschen mit weniger Antrieb, weniger Energie und Ausdauer; weniger Gemeinschaftssinn, als die überwiegende Mehrzahl der Bevölkerung besitzt. Die so gearteten Menschen reagieren unter Umständen, namentlich wenn sie das Ziel ihrer Rentenbestrebungen nicht erreichen, nach dem Verf. mit mannigfachen Erscheinungen von dem äußeren Gepräge der Hysterie, der Hypochondrie, gelegentlich auch des sog. Pseudoblödsinns. Die grundsätzliche Frage für die Rechtsprechung ist die, ob das umrissene, praktisch keineswegs seltene, charakterlich bedingte Minus an Arbeitswillen samt der gleichfalls charakterlich festgelegten Neigung zu hysterischen Reaktionen zu den „Störungen des Arbeitswillens und der Arbeitsfähigkeit“ gehört, die „ihren Grund nicht in dem bewußten Willen des Versicherten“ hat und deshalb bei ausreichendem Maße die Vorbedingung des § 1255 der Reichsversicherungsordnung erfüllt. Bejahendenfalls könnte nach der berechtigten Auffassung des Verf. die praktische Folge leicht ein allgemeiner Freibrief auf Rente für recht viele anlagemäßig weniger oder wenig Arbeitsfreudige sein, die anderenfalls in ihrem und der Allgemeinheit Interesse bei der Arbeit gehalten werden könnten. Das Reichsstrafgesetzbuch ist nach Auffassung des Verf. in einer ganz ähnlichen Lage gegenüber den charakterlich-moralisch Schwachen. Die Rechtsprechung in Strafsachen sieht in moralischen Defekten, soweit sie nicht durch eine erworbene Krankheit erzeugt worden sind, keine krankhafte Störung der Geistestätigkeit, durch die die freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist. — Diese letztere Auffassung hätte vom Verf. insofern anders gewählt werden sollen, als er sich offenbar mit dem § 51 RStGB. alter Prägung beschäftigt, während der neue, jetzt gültige § 51 die freie Willensbestimmung hat fallen lassen und die Aufhebung der freien Willensbestimmung durch die Unfähigkeit ersetzt, wegen

Bewußtseinsstörung, krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder Geistesschwäche das Unerlaubte der Tat einzusehen und dieser Einsicht entsprechend zu handeln. — Nach Meinung des Ref. kann man als Rentenhysterie am schärfsten diejenigen Fälle herausheben, bei denen das charakterlich bedingte Minus an Arbeitswillen so ausgesprochen ist, daß zwischen vorhandenen Beschwerden und überspannten Ansprüchen des Klägers ein greller Widerspruch besteht. *Heinr. Többen (Münster i. W.).*

Welzel, Alfons: *Asthma in der Begutachtung dienstlicher Schädigungen.* (*Versorgungsärztl. Untersuchungsstelle, Hannover.*) *Med. Welt* 1938, 1453—1456.

Bei Vorliegen eines echten Asthma bronchiale muß eine ererbte konstitutionelle Veranlagung vorausgesetzt werden. Der Gutachter hat danach u. a. festzustellen, ob bereits in der Familie entsprechende erbliche Erscheinungen aufgetreten sind und ob der Kranke schon vor dem schädigenden Ereignis Zeichen allergischer Reaktionsbereitschaft geboten hat. Ferner muß die angeschuldigte Schädigung sorgfältig hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Entwicklung eines Asthmas geprüft werden. Bei allen nichtallergischen Atemstörungen, z. B. durch Herzinsuffizienz oder mechanisch bedingte Atmungsbehinderung, sollte der Ausdruck „Asthma“ vermieden werden. *M. Werner.*

Streckfuss, H.: *Die Gesundheitsführung in der Unfallverletztenbehandlung.* (*Städt. Krankenh., Fulda.*) *Mschr. Unfallheilk.* 45, 493—504 (1938).

Für die erste Aufgabe der Berufsgenossenschaften, die Unfallverhütung, ist heute schon vielfach der „Betriebsarzt“ tätig, dem die aus Werksangehörigen zusammengesetzten „Gesundheitstrupps“ zur Seite stehen. Die zweite, größere Aufgabe, die Betreuung der Unfallverletzten, muß in erster Linie das Schmerzproblem berücksichtigen. Je besser dem Arzt die Schmerzbeseitigung gelingt, um so weniger wird die Gesamtpersönlichkeit des Verletzten durch das Unfallereignis geschädigt werden. Dem Ziele, die mit dem Unfall zwangsläufig verbundenen Unlustgefühle niedrig zu halten, dient die Forderung, daß der Arzt sich nicht auf die Behandlung des verletzten Teiles des Arbeiters beschränken, sondern von vornherein sich die Betreuung des unverletzten Teiles angelegen sein lassen soll. Dem Verletzten soll gezeigt werden, was er noch leisten kann, nicht was er verloren hat. Zur Unterstützung bei Lösung dieser Aufgabe wird zweckmäßig ein Sportlehrer zugezogen. Mehrfach wird auf die Arbeit von Gebhardt verwiesen. *Giese (Jena).*

Schwarz, Fritz: *Die Begutachtung von Motilitätsstörungen beim Motorfahrzeugführer.* (*Beitrag zum Problem: Der Invalide als Motorfahrzeugführer.*) (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. Zürich.*) *Gesdh. u. Wohlf.* 18, 489—497 (1938).

Gemäß Bundesgesetz von 1932 ist in der Schweiz ärztliche Untersuchung vor Erteilung eines Motorführerscheins notwendig bei Fahrlehrern, bei Führern von Taxametern und von Gesellschaftswagen, ferner wenn Zweifel über die körperliche oder geistige Eignung bestehen. — Hinsichtlich der Motilitätsstörungen bestehen Rahmenvorschriften einer Ärztekommision. Führerschein für Gesellschaftswagen setzt unter anderem volle Leistungsfähigkeit der Gliedmaßen voraus. Für die übrigen Kategorien wird nur eine für die sichere Fahrtätigkeit genügende funktionelle Leistungsfähigkeit verlangt. Allgemein wird bei motorischen Störungen nicht eine uneingeschränkte, sondern nur eine Bewilligung für ein bestimmtes, adaptiertes Fahrzeug erteilt. Bei gewöhnlichen Personenwagen wird bei Störungen der Motilität im Bereich des Kopfes und der Wirbelsäule, wenn die Extremitäten nicht in Mitleidenschaft gezogen sind, durch entsprechende Polsterung des Sitzes leicht die Möglichkeit zur Führung des Wagens zu schaffen sein. Mühe beim Rückwärtsfahren, beim Parken ist durch entsprechende Vorsicht ausgleichbar. — Störungen durch cerebrale Erkrankungen sind einzeln zu bewerten, insbesondere hinsichtlich ihrer Prognose. Kontrolluntersuchungen, z. B. jährlich vor Erneuerung des Führerausweises, sind oft unvermeidlich. — Ist ein Arm völlig intakt und zeigt der andere noch Funktionsreste, wird die Führung eines Kleinwagens möglich sein, wobei die gebrechliche Extremität mittels Prothese Schal-

tung und Handbremse bedient. Bei völligem Ausfall eines Armes durch Verlust oder vollständige Lähmung, bleibt nur das Dreirad mit Hebelsteuerung übrig. Ein Kleinauto mit der intakten Hand lenken, im übrigen mit den Füßen und dem Knie bedienen zu lassen, erscheint dem Verf. sehr gewagt. — Bei Funktionstüchtigkeit eines Beines und Funktionsresten des anderen Beines bestehen keine wesentlichen Schwierigkeiten; das defekte Bein bedient, evtl. unter Umordnung der Pedale, die Kupplung, das gesunde Bein Fußbremse und Gashebel. Steht nur noch eine untere Extremität zur Verfügung, so wird die erhaltene Extremität Gas und Bremse bedienen, die Kuppelung wird von Hand bedient. Bei Fortfall beider unteren Extremitäten kann ein Kleinauto, z. B. eine Spezialkonstruktion der Fiat-Werke, noch evtl. mit ausreichender Sicherheit bedient werden. — Bei Berücksichtigung der Interessen der Allgemeinheit ist zu bedenken, daß der Körperbehinderte oft besonders notwendig ein Motorfahrzeug braucht, und daß der, wenn auch physisch nicht vollwertige, rücksichtsvolle Fahrer ein kleineres Risiko für die Verkehrssicherheit bedeutet als der physisch vollwertige, verantwortungslose Draufgänger.

Heidemann (Bad Schwalbach).

Ernst, Max: Die Bedeutung des Obergutachtens für die ärztliche Fortbildung und Forschung. (*Chir. Univ.-Poliklin., München.*) Mschr. Unfallheilk. 45, 530—538 (1938).

In bedeutsamen Erörterungen werden die Vor- und Nachteile des ärztlichen Obergutachtens behandelt; es käme diesem im allgemeinen die Aufgabe zu, in einem bestimmten Einzelfall dem Richter die in Frage stehenden strittigen Probleme aufzuzeigen und zu ihrer Lösung einen Weg vorzuschlagen, auf dem unter Berücksichtigung des heutigen Standes der Wissenschaft eine gerechte Entscheidung gefällt werden könne. Wenn der Verf. aus der Durchsicht von 1000 Obergutachten zu dem Schluß gelangt, daß solche Oberbegutachtungen nicht nur Jahre, sondern Jahrzehnte der wissenschaftlichen Erkenntnis nachhinkten, weil ein Obergutachten eines anerkannten Meisters vorlag und dann auch immer wieder als richtunggebend herangezogen wurde, während die neueren Forschungsergebnisse der pathologischen Anatomie und Physiologie längst gezeigt hatten, daß der in diesem Obergutachten vertretene Standpunkt überholt war, so muß man allerdings den Schluß daraus ziehen, daß als Gutachter nicht die geeigneten Ärzte herangezogen werden. Dieser Schluß wird auch vom Verf. gezogen, der mit Recht verlangt, daß nur diejenigen, die wissenschaftlich auf dem betreffenden Gebiet arbeiten, zur Begutachtung herangezogen werden. Allerdings weist Verf. in seiner sonst recht lesenswerten Arbeit auf diesen Mißstand nicht hin. Das Oberversicherungsamt, das Reichsgericht, die Gerichte überhaupt haben immer in geringer Abänderung des bekannten Wortes die Gutachter, deren sie wert sind. Vielfach auch entscheiden obere Instanzen (vergleiche Reichsgericht) noch ohne Gutachten oder gegen Gutachter, die sich mit der betreffenden Materie umfangreich wissenschaftlich beschäftigen haben. Verf. kommt dann zur Forderung der Schaffung eigener Verletztenabteilungen, die schon recht häufig in Deutschland errichtet worden sind, wobei andererseits vor Unfallstationen durch die Versicherungsträger gewarnt wird (?). Völlig zuzustimmen ist dem Verf. darin, daß die Rechtsberatungsstellen der DAF. und der NSKOV. besonders aufgeklärt werden müssen. Ref. steht auf dem Standpunkt, daß Obergutachten überhaupt nicht erfordert werden sollten, sondern nur Gutachten. Daß die Ausbildung der praktischen Ärzte in der Unfallbegutachtung verbesserungsbedürftig ist, bedarf keiner Hervorhebung; es ist aber nützlich, das immer wieder zu sagen.

Nippe (Königsberg i. Pr.).

Müller-Hess: Interessante Simulationsfälle mit kurzen Bemerkungen zur Frage der Simulation im Wandel der jüngsten Zeit. (*Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Berlin.*) Ärztl. Sachverst.ztg 44, 227—237 u. 241—251 (1938).

Die Einführung bringt zunächst eine Definition der einschlägigen Begriffe: Simulation, sog. unbewußte Simulation, Aggravation, Dissimulation. Reine Simulation, d. h. bewußte Vortäuschung überhaupt nicht vorhandener krankhafter Zustände —

nur solche Fälle sollen in der Arbeit besprochen werden — kommt verhältnismäßig selten vor. Nach einer erheblichen Zunahme in der Nachkriegszeit, bedingt durch Lockerung der Rechtsverhältnisse, ist heute infolge einschneidender gesetzgeberischer Maßnahmen eine Flucht in die Dissimulation häufiger als reine Simulation. Triebregungen spielen als Ursache der Simulation eine größere Rolle als betrügerische Motive. Die Art der vorgetäuschten Krankheitsbilder ist abhängig von der Intelligenz des einzelnen und davon, ob Erfahrungen auf medizinischem Gebiet gesammelt werden konnten. Simulanten sind häufig neuro-psychopathische Persönlichkeiten mit meist engen Beziehungen zu den hysterischen Reaktionen. Die erste eigene Beobachtung betrifft die ausführliche Darstellung eines hochinteressanten Falles: Vortäuschung einer schweren Lungen-Kehlkopf-Tuberkulose während eines Zeitraumes von über 20 Jahren. (Bereits kurz erwähnt in Mayr, Handb. d. Artefakte S. 127 u. 405. Ref.) Es handelt sich hierbei um einen charakterlich minderwertigen Psychopathen stark hysterischen Einschlags, der, um eine möglichst hohe Rente zu erlangen, eine seltene verbrecherische Energie entwickelt hatte. Neben Täuschungsmanövern, wie Beimengung von Tuberkelbacillen und Blut zum eigenen Auswurf, Vortäuschung von Schwindel-, Ohnmachtsanfällen, hinkendem Gang, dauernd beschleunigter Atmung und Heiserkeit, kam es zu Selbstverletzungen: Verletzung der Rachenschleimhaut und des Zahnfleisches, Pinselung der Kehlkopfschleimhaut mit Essigessenz zum Zwecke der Erzeugung einer Entzündung, Verlust einzelner Finger durch bewußte Herbeiführung von Unfällen oder Entzündungen. — Im 2. Fall handelt es sich um Simulation einer Gesichtsnervenlähmung bei dem hysterischen Rentenneurotiker M. 41½ Jahre zog sich hier ein Haftpflichtprozeß hin im Anschluß an einen nicht ganz aufgeklärten Motorradunfall. Gesichtsnervenentzündung, Kopfnerven neuralgien, Facialisparesie, hartnäckige Gesichtsnuralgie, Verletzung des 2. Trigeminasastes u. ä. wurden M. im Laufe der Zeit von verschiedenen behandelnden Ärzten und besonders von einem Gefälligkeitsgutachter bescheinigt. Die Diagnose einer Simulation wurde später u. a. dadurch gesichert, daß von M. eine Hypoglossuslähmung demonstriert wurde, die auf keinen Fall vorliegen konnte; angeblich bestand Unfähigkeit, die Zunge nach der linken Seite herauszustrecken, diese wich vielmehr nach rechts ab; bei einer späteren Untersuchung wich die Zunge jedoch plötzlich nach links ab. Dieser auf „Vergeßlichkeit“ des Simulanten hinweisende Umstand war durch Lichtbilder aus früherer und letzter Zeit eindeutig zu beweisen. — Der 3. Fall bringt die Vortäuschung eines Diabetes insipidus. Die Wasserharnruhr sollte bei R. zweimal in kurzem zeitlichem Abstand im Anschluß an geringfügige Traumen (Fall auf das Gesäß, beim zweitenmal Sturz von der Treppe mit angeblicher Gehirnerschütterung) aufgetreten sein. Eine Unzahl gutachtlicher Äußerungen und ausführlicher Gutachten beschäftigte sich mit diesem diagnostisch schwierigen Fall, ohne daß ein abschließendes Urteil möglich gewesen wäre. Auch durch eingehende klinische Beobachtung konnte das Vorliegen einer Störung des Hypophysen-Zwischenhirnsystems nicht sicher ausgeschlossen werden (eine von R. behauptete Potenzstörung bzw. Potenzverlust war dabei zum Teil als sicherer Hinweis auf das Vorliegen einer organischen Störung gewertet worden!). Trotzdem handelte es sich um bewußte Täuschung. Der von Anfang an aus der Beurteilung der Gesamtpersönlichkeit sich ergebende Verdacht einer Simulation wurde schließlich durch Zeugenaussagen bekräftigt. Durch Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen hatte der sehr intelligente R. Störungen der Wasserausscheidung glaubhaft gemacht. Erwähnt wird in diesem Zusammenhange noch eine weitere frühere Beobachtung des Verf., wo ein Kutscher gleichfalls im Anschluß an einen Unfall durch Vieltrinken einen Diabetes insipidus vorgetäuscht hatte. Die besprochenen Fälle zeigen klar, wie schwierig die Beurteilung solcher seltenen Fälle echter Simulation sein können, zumal der behandelnde, nicht gerichtsärztlich begutachtende Arzt meist nur den interessanten Fall bzw. den behandlungsbedürftigen Patienten sieht und nicht gerne unlautere Beweggründe in Erwägung zieht.

Manz (Göttingen).