

wird die Rindenschicht im Wurzelabschnitt untersucht. Es wurden Längenveränderungen unter verschiedenen experimentellen Bedingungen beobachtet zwischen 1,5—4 cm, allein durch Zug ohne bemerkenswerte grobmorphologisch erkennbare Rindenveränderung. Schon durch Kämmen kann ein beträchtlicher Zug entstehen. Bei der Bestimmung des Arsengehaltes, bezogen auf die Zeitdauer der Vergiftung, ergeben sich wichtige Konsequenzen: Es ist unmöglich, die Vergiftungszeit mit einer größeren Genauigkeit als 1 oder 2 Monate anzugeben.

H. KLEIN (Heidelberg).

**Korezune Fujino: Über die Größe der Querschnittfläche des Haarbalges in den verschiedenen Körperteilen bei einigen Menschenrassen.** [Anat. Inst., Keio Univ., Tokyo.] *Okajimas Fol. anat. jap.* 24, 107—135 (1952).

Die im Titel angegebenen Messungen wurden an 11 Leichen von 8 verschiedenen Rassen durchgeführt. Am Kopf in 1,0, 1,5, 2,0 und 3,0 mm, an 14 sonstigen Körperstellen in 0,5, 1,0 und 1,5 mm Tiefe. Fixierung 10% Formalin, Celloidineinbettung, Flächenschnitte 40  $\mu$ . Da die „Größe des Haarbalges“ (offenkundig für Durchmesser, Ref.) von Haarbalgdrüse und Ansatz des *M. arrector pili* beeinflusst wird, sind die einzelnen Befunde entfernt von diesen in der Kopfhaut in 1,5 (bei Koreanern in 3), am Hals in 0,5 und an anderen Körperteilen in 1,0 mm Tiefe zu vergleichen. Die Messungen ergaben am Kopf und anderen Körperteilen Schwankungen von 50—200  $\mu$ , am Hals 50—150  $\mu$ . Am Scheitel fand der Verf. die „Größe des Haarbalges“ bei Finnen, Koreanern, Chinesen und Ainu „größer“; bei Deutschen, M'gonie und Japanern „feiner“. An anderen Körperteilen bei Deutschen, Xosa und M'gonie größer; bei Koreanern, Chinesen und Finnen feiner. Am Scheitel ist die Dicke des Haarbalges 1,5—2,0mal größer als das der Haare, bei den Wollhaaren 10—20mal (der Arbeit sind zahlreiche Tabellen beigegeben).

KRAULAND (Münster i. Westf.).

**Juan Antonio Gisbert Calabuig: Algunos aspectos de la investigación médico-legal de pelos y cabellos.** *Rev. Med. legal* (Madrid) 7, 20—30 (1952).

**Rafael Gordillo Rosario: Psicología del cabello.** [Seguro O., Enferm., Valencia.] *Rev. Med. legal* (Madrid) 7, 48—50 (1952).

**August Rütt: Studie über die Füße von Tänzern und Tänzerinnen.** [Orthop. Univ.-Klin. Köln.] *Z. Orthop.* 82, 370—375 (1952).

Die Füße von 35 Berufstänzern und Tänzerinnen im Alter von 15—35 Jahren wurden klinisch und röntgenologisch untersucht (Berufszeit 7—15 Jahre). Die Füße der Tänzerinnen des klassischen Ballettes waren ausnahmslos wohlgeformt, die der Tänzerinnen und Tänzer des modernen Tanzes dagegen zeigten öfter Spreizfuß, Ballenbildung an der Großzehe bzw. einen Hallux valgus. Der Unterschied erklärt sich dadurch, daß beim klassischen Tanz der Ballettschuh dem Vorfuß eine Stütze bietet, während beim modernen Tanz höchstens leichte Lederpantoffel getragen werden. Trotz der Überbeanspruchung war eine vorzeitige Arthrosis deformans der Zehen und Fußgelenke nicht nachzuweisen. KRAULAND (Münster i. Westf.).

**Antonio Esposito Vitolo: Sulle differenziazioni delle cause di rottura di una corda di canapa.** (Zur Differenzierung der Ursachen der Zerreißen eines Hanfseiles.) [Ist. di Med. Legale e delle Assicuraz., Univ., Pisa.] *Minerva medicolegale* (Torino) (Atti Assoc. Ital. di Med. legale) 72, 44 (1952).

**F. G. Tryhorn: Physical methods in the examination of exhibits.** (Physikalische Methoden bei der Untersuchung von Beweisstücken.) *Med.-leg. J.* 20, 99—109 (1952).

### Soziale und Versicherungsmedizin.

**Cesare Gerin: Aspetti medico-legali del sordomutismo.** (Gerichtlich-medizinische Aspekte der Taubstummheit. Vortrag, gehalten anlässlich des „Congresso Mondiale dei Sordomuti“, 19. u. 20. Sept. 1951 in Rom.) [Ist. di Med. Leg. e delle Assicuraz., Univ., Roma.] *Difesa soc.* 31, 7—38 (1952).

GERIN weist zunächst hin auf die Verdienste der Pädagogen und Psychologen an der Lösung des Taubstummproblems, wobei auch die historische Entwicklung ihre Darstellung findet. Die Erziehungsgesetzgebung und die Medizin haben aus dieser Arbeit größten Gewinn gezogen. Unter Taubstummheit im Sinne der Ausführungen GERINS ist die Gehörlosigkeit, also fehlende Funktion eines Sinnesorganes, somit ein körperliches Gebrechen zu verstehen; abgesehen von

diesem Defekt ist der Gehörlose in der Regel einem Hörenden gleichzustellen. Auf die obligatorische und umfassende Erziehung und Schulung, die es dem Gehörlosen ermöglicht, sich in den Rahmen der sozialen Gemeinschaft einzufügen, muß deshalb größtes Gewicht gelegt werden. Leider ist diese Hauptforderung noch nicht verwirklicht. Auf 45 000 Gehörlose in Italien zählt man zur Zeit 8500 Erwachsene, welche keine obligatorische und regelmäßige Schulbildung genossen haben. Von 35 687 Taubstummen in Deutschland (Zählung von 1933) kamen 35% der männlichen und etwa 70% der weiblichen Taubstummen im Schulalter dem Obligatorium nicht nach. Wenn eine Ausbildung des Gehörlosen unterbleibt, werden sich sekundär schwerste psychische Störungen herausbilden. Zusammenfassend kommt GERIN, hauptsächlich auf Grund der neuesten psychologischen und pädagogischen Ergebnisse zu folgenden Schlüssen: Der Gehörlose darf nicht als geistig minderwertig bezeichnet werden. Sofern er eine geeignete Schulung und Ausbildung genossen hat, ist er — von Ausnahmen, die auch für den Hörenden gelten, abgesehen — sozial vollwertig und in vollem Umfang rechtsfähig. Sobald seine Eingliederung in die soziale Gemeinschaft erfolgreich durchgeführt ist, können spezielle Rechtsnormen, die zu seinem Schutze aufgestellt worden sind (z. B. Art. 96 cod. pen. betreffs Zurechnungsfähigkeit und Art. 415, Abschnitt 2 cod. civ. betreffs Handlungsfähigkeit) aufgehoben werden.

SCHWARZ (Zürich).

**Emil Rees: Kann einem Gehörlosen der Kraftfahrführerschein zuerteilt werden?**  
Neue Bl. Taubstummenbildg 7, 19—27 (1953).

Verf., der Taubstummenlehrer in Heidelberg ist, setzte sich in einem Vortrag vor den nordbadischen Amtsärzten nachdrücklich dafür ein, daß man dem Gehörlosen den Führerschein nicht grundsätzlich verweigern solle. Er solle vielmehr körperlich und psychisch genau untersucht und, falls er geeignet scheine, durch einen besonderen Fahrlehrer unter Hinzuziehung eines Taubstummenlehrers theoretisch und praktisch besonders ausgebildet werden. (In der Debatte stieß Verf. trotz seiner ausgezeichneten Rhetorik auf erheblichen Widerspruch seitens der Vertreter der Gesundheitsämter; Ref.)

B. MUELLER (Heidelberg).

**M. Dechigi: Igiene della vecchiaia.** (Hygiene des Alters.) [Ist. d'Ig., Univ., Padova.] Atti Ist. Med. legale (Padova) 2, 43—52 (1952).

**A. Romani: Risultati di interventi chirurgici sui vecchi dedotti da una casistica di oltre mille relazioni.** (Ergebnisse chirurgischer Eingriffe bei Greisen auf Grund eines Materials von über 1000 Fällen.) Atti Ist. Med. legale (Padova) 2, 29—30 (1952).

**V. Pettinari: Indicazioni e controindicazioni agli interventi nei senili.** (Anzeige und Gegenanzeige für Eingriffe bei Greisen.) [Ist. di Pat. Chir. e Propedeut. Clin., Univ., Padova.] Atti Ist. Med. legale (Padova) 2, 12—20 (1952).

**L. Quintarelli: Odontoiatria e senilità.** (Zahnheilkunde und Greisenalter.) [Clin. Odont., Univ., Padova.] Atti Ist. Med. legale (Padova) 2, 21—28 (1952).

**V. DeFilippis: Microbiologia e malattie infettive in rapporto all'invecchiamento.** (Mikrobiologie und Infektionskrankheiten im Zusammenhang mit dem Altern.) [Laborat. Med. Micrograf. Provinc., Varese.] Atti Ist. Med. legale (Padova) 2, 31 bis 40 (1952).

**A. Uytdenhoef: Importance, causes et prophylaxie des maladies professionnelles.** Arch. belg. Méd. soc. et Hyg. etc. 10, 227—263 (1952).

**P. Mazei: Segreto professionale e medico di fabbrica.** Fol. med. (Napoli) 35, 866—873 (1952).

**U. Durante: Nuovi problemi sociali nell'aeronautica in rapporto alla nuova tabella delle malattie professionali.** [Ist. di Med. del Lav., Univ., Napoli.] [Congr. di Med. del lav., St. Vincent, 20.—23. IX. 1952.] Riv. Med. aeronaut. 15, 411—418 (1952).

**Vittorio Mauro: Il Medico di fabbrica ed il servizio di assistenza sociale.** [Ist. di Med. del Lav., Univ., Napoli.] [X. Congr. Internaz. di Med. del Lav., Lisbona, 8.—16. IX. 1951.] Fol. med. (Napoli) 35, 717—724 (1952).

**Giovanni Pancheri: Note sull'assicurazione malattie professionali.** Fol. med. (Napoli) 35, 775—784 (1952).

**Fritz Lang:** Grundsätzliches zur medizinischen Prophylaxe der Berufskrankheiten. Praxis (Bern) 1953, 133—139.

**Enrico C. Vigliani:** La nuova tabella delle malattie professionali assicurate. Proposta di alcune modifiche in base alla esperienza della Clinica del Lavoro di Milano. [Clin. del Lavoro „L. Devoto“, Univ., Milano.] Med. Lav. 43, 343—355 (1952).

**Fünfte Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten (Fünfte Berufskrankheiten-Verordnung) vom 26. Juli 1952.** [BGBl. I, S. 395.] Zbl. Arbeitsmed. u. Arbeitsschutz 2, 162—163 (1952).

**Rudolf Martini:** Der Einfluß der Sonnentätigkeit auf die Häufung von Unfällen. [Innere Abt., Krupp-Krankenanst., Essen u. Hyg. Inst., Univ. Heidelberg.] Zbl. Arbeitsmed. u. Arbeitsschutz 2, 98—107 (1952).

Die Häufigkeit von Bergwerksunfällen unter Tage auf einer Zeche im Ruhrgebiet während des Jahres 1938 wird zu beobachteten Sonnenveränderungen und ihren klimatischen Auswirkungen in Beziehung gebracht und nach statistischen Methoden ausgewertet: Während erdmagnetische Störungen auf Grund von Partikelstrahlung der Sonne ohne Einfluß auf die Unfallhäufigkeit sind, besteht statistisch eine deutliche Abhängigkeit der Unfallhäufigkeit von Sonnen-eruptionen (keine direkte Einwirkung der aus ihnen resultierenden starken magnetischen Stürme; denn Anstieg der Unfallhäufigkeit auch am Tage vor und nach den beobachteten Eruptionen). Noch signifikanter ist die Erhöhung der Unfallhäufigkeit an Tagen mit großen oder vielen kleinen Sonnenflecken in der Nähe des Zentralmeridians; auslösend soll die Kurzwellenstrahlung sein. An folgenden Wirkungsmodus sei zu denken: Hautreizung → Histaminausschüttung → Vagotonie. RAUSCHKE (Heidelberg).

**Engelbert Pfeiffer:** Die industrielle Psychologie in England. (Angewandte Psychologie in England, II. Teil.) Wien. Arch. f. Psychol. 2, 34—46 (1952).

**Howard P. House:** Clinical aspects of the problems of noise in industry. (Klinische Gesichtspunkte zum Problem der Industriegeräusche.) [Conf. on the Problems of Noise i. Industry, Atlantic City, N. Y. 23. IV. 1951.] Arch. of Industr. Hyg. 5, 124—128 (1952).

Die ersten Bestrebungen der amerikanischen Akademie für Augen- und Ohrenheilkunde waren auf die Verhütung der Taubheit durch Erkrankung gerichtet. Ein späteres Programm befaßte sich mit der Aufdeckung von nichtgeahnten Hörverminderungen bei Schulkindern. Hierzu wurden in beinahe allen Schulen Hörmeßproben eingeführt. Auf diese Weise konnten viele Gehörschädigungen rechtzeitig entdeckt und früh genug behandelt werden, bevor Dauer-schäden eintraten. — Da erkannt wurde, daß Hörverminderung auch durch Lärm verursacht wird, befaßt sich ein Unterausschuß mit dem Studium dieser Phase der Gehörserhaltung. Es konnte beobachtet werden, daß Patienten mit Gehörnervschädigung vorerst die höheren Töne nicht mehr hören (Telephonglocke, Frauenstimme). Bei weiterem Hörverluste wird die eigene Stimme nicht mehr vernommen (die Patienten sprechen lauter, eintönig). Tiefere Töne werden besser verstanden. Noch später werden die Worte von den Lippen abgelesen. Klinische Untersuchungen solcher Patienten lassen meist keine anatomischen Veränderungen erkennen. Man stellt einzig Taubheit fest. Die Diagnose einer Gehörnervschädigung aus irgendeiner Ursache — und es gibt deren viele — wird durch die Krankengeschichte, Beobachtung und audiometrische Tests gesichert. Die sichere Ursache der Gehörnervschädigung ist jedoch meistens schwer zu bestimmen. Frühzeitige auf akustische Traumas zurückzuführende Nervenschäden können, bevor sich der betreffende Mensch selbst seines Hörverlustes bewußt wird, durch charakteristische doppelseitige und beinahe symmetrische Hörmeßbefunde diagnostiziert werden. Solch frühzeitige audiometrische Veränderungen bei Personen, die erhöhten Geräuschen ausgesetzt sind, beweist ihre Empfindlichkeit. Geeignete Schutzmaßnahmen, wie Ohrenzapfen, können oft eine weitere Verschlimmerung verhüten. Sollten durch periodische audiometrische Feststellungen dennoch zunehmende Hörverminderungen erkannt werden, so wird die betreffende Person, im Interesse der Gehörschwahrung, bei der Arbeit versetzt. Schädigungen des Gehörnervs können kaum medikamentös oder chirurgisch geheilt werden. — Bei zunehmender Nervenstörung wird auch die Sicherung der Unterscheidungsdiagnose immer schwieriger. Von Wichtigkeit wären Audiogramme vor dem Arbeitsantritt. Als Ursachen fortgeschrittener doppel-seitiger, progressiver Gehörnervschädigungen kommen in Betracht: Syphilis, chronische Tox-

ämien (von Zähnen, Tonsillen oder von der Prostata ausgehend), Drogen (Alkohol, Chinin, Nicotine, Streptomycin usw.), fortgeschrittene Otosklerose, Alterserscheinungen der Gefäße (Arteriosklerose) u. a. Zusammenfassend wird festgestellt, daß die Frühdiagnose akustischer Traumas keine Schwierigkeiten bieten. Die Gehörmeßversuche lassen bei 4000 Schwingungen je Sekunde eine charakteristische Abbiegung erkennen, und zwar bevor der Patient sich irgendwelcher Anzeichen einer Gehörschädigung bewußt wird. Sobald der Patient seinen Hörverlust kennt, wird bei fortgeschrittenem Gehörtrauma die Differentialdiagnose weit schwieriger. Von Wichtigkeit ist deshalb sowohl die Anfertigung eines Audiogrammes vor der Arbeitsaufnahme wie auch die periodische audiometrische Untersuchung. So können rechtzeitig die nötigen Schutzmaßnahmen angeordnet werden.

SCHIFFERLI (Fribourg).

Noel S. Symons: **The legal aspects of occupational deafness.** (Rechtliche Gesichtspunkte bei beruflicher Taubheit.) [Conf. on the Probl. of Noise i. Industry, Atlantic City, N. Y., 23. IV. 1951.] Arch. of Industr. Hyg. 5, 138—156 (1952).

Die berufliche Taubheit ist in keinem Gesetze über Berufskrankheiten in irgendeinem amerikanischen Staate eigens erwähnt. Dies gab Anlaß zu rechtlichen Auslegungen des Begriffes „Berufskrankheit“ und der Frage, ob die Taubheit als „Unfall“ entschädigt werden soll. Weitere Schwierigkeiten zeigen sich bei der Beurteilung der Schadenersatzansprüche. Es handelt sich darum zu wissen, ob solche gutgeheißen werden sollen, wenn infolge Berufsausübung oder durch Unfall entstandener teilweiser oder vollständiger Taubheit dennoch keine Erwerbseinbuße erfolgte. Ungerechtfertigte Schadenersatzansprüche sollen abgewiesen werden. Es wird auf die Notwendigkeit der Hörmessungen vor Arbeitsantritt hingewiesen und die Anwendung von Ohrtropfen zur Schalldämpfung empfohlen.

SCHIFFERLI (Fribourg).

Elmar R. Ballof: **Erhebungen über den Gesundheitszustand von Arbeitern in Benzolfabriken.** [Arbeitsmed. Inst., Univ. d. Saarlandes, Saarbrücken.] Zbl. Arbeitsmed. u. Arbeitsschutz 3, 43—47 (1953).

P. B. S. Fowler: **Printers' asthma.** [Bromley Group of Hosp., Kent.] Lancet 1952 II, 755—757.

Lazar Dümer: **Pneumokoniose bei Reinigern von Schiffskesseln.** [Chest Clin. in Hull, England.] Med. Klin. 1952, 706—709.

Peter Bovet: **Die Wirkung von Graphit und anderen Kohlenstoffmodifikationen im Tierversuch; zugleich ein Beitrag zur experimentellen Silikoseforschung.** [Histopath. Inst., Univ., Zürich.] Schweiz. Z. allg. Path. 15, 548—565 (1952).

S. Maugeri: **Silicosi grave in uno scalpellino di marmo bianco. Osservazioni ad una recensione di E. C. Vigliani.** [Ist. di Med. del Lav., Univ., Padova.] Fol. med. (Napoli) 35, 757—760 (1952).

Jean-Paul Perret: **Courts empoussiérages et silicose chez les mineurs valaisans.** [Inst. d'Anat. path., Univ., Lausanne.] Z. Unfallmed. u. Berufskrkh. (Zürich) 45, 117—129, 189—206 (1952).

Virgilio D'Onofrio: **Sulla silicosi da ardesia in Liguria.** (Nota preventiva.) [Ist. di Med. Industr., Genova.] Rass. Med. industr. 21, 344—346 (1952).

M. Floris e G. Floris: **Lo stato attuale della silicosi in sardegna.** [Ist. di Med. Industr. dell' E. N. P. I., Cagliari.] Rass. Med. industr. 21, 381—401 (1952).

G. Gerosa, L. Ghiringhelli, A. Griffini, C. Molina, M. Pasargiklian e N. Zurlo: **Studio della idoneità di due maschere antipolvere a proteggere i lavoratori contro la silicosi.** [Clin. del Lavoro „L. Devoto“, Univ., Milano.] Med. Lav. 43, 391—408 (1952).

R. L. Bounhoure et C. Bimes: **Recherches histologiques et physio-pathologiques sur la silicose pulmonaire.** (Histologische und physiopathologische Untersuchungen über die Lungensilikose.) Arch. Mal. profess. 13, 349—362 (1952).

William E. Jaques and Kurt Benirschke: **Pulmonary talcosis with involvement of the heart stomach and the. Report of a case.** (Lungentalkose mit Beteiligung des Herzens und des Magens. Bericht über einen Fall.) [Dep. of Path., Peter Bent

Brigham Hosp. and Harvard Med. School, Boston.] Arch. of Industr. Hyg. 5, 451—463 (1952).

H. Bastenier, H. Denolin, A. Decoster, Ph. Cammaerts et R. Denolin-Reubens: *Étude clinique et physiopathologique d'un cas d'asbestose pulmonaire.* [Inst. d'Hyg., et Serv. de Méd. int., Univ. libre, Bruxelles.] Arch. belg. Méd. soc. et Hyg. etc. 10, 61—70 (1952).

Ernest L. Wynder: *Studies on lung cancer in relation to smoking.* (Untersuchungen über den Lungenkrebs im Verhältnis zum Rauchen.) [Dep. of Surg., Washington Univ. School of Med., St. Louis.] Arch. of Industr. Hyg. 5, 218—227 (1952).

Der Lungenkrebs ist einer der häufigsten inneren Krebse des Mannes. In den USA starben 1948 17000 Männer an diesem Carcinom. Im Barnes Hospital war die Zahl der erkrankten Männer 12mal größer als die der Frauen. Verf. befragte zusammen mit Helfern 780 Patienten des Hospitals ohne Lungencarcinom und 650 Patienten mit Lungencarcinom sehr genau über ihre Rauchgewohnheiten. Dabei stellten sie fest, daß das Zigarettenrauchen bei den Kranken mit Lungencarcinom wesentlich häufiger ist als bei den anderen Kranken, 85% der Kranken mit Carcinoma pulmonum rauchten mehr als 15 Zigaretten täglich, in der Kontrollgruppe waren es 55%. Nichtraucher gab es unter den Carcinomkranken nur 1,5%, bei den anderen Kranken 14,5%. Bei den Lungencarcinomen waren die Träger zu 90,9% Zigarettenraucher, in der Kontrollgruppe 65,2%.

H. v. PEIN (Offenburg).<sup>oo</sup>

Frederick Gregorius: *Lung cancer in the chromate industry.* (Lungenkrebs in der Chromatindustrie.) Arch. of Industr. Hyg. 5, 196—197 (1952).

In gewissen Betrieben, die mit Chromverbindungen arbeiten, kommt der Lungenkrebs 16—80mal häufiger vor als in anderen Betrieben. Scheinbar erkranken nur Arbeiter, die mit Monochromat schaffen müssen.

H. v. PEIN (Offenburg).<sup>oo</sup>

J. Mordeja: *Die Begutachtung bei Erkrankungen an bösartigen Geschwülsten.* [Inst. f. Med. u. Biol., Dtsch. Akad. d. Wiss., Berlin.] Dtsch. Gesundheitswesen 1952, 1377—1384.

Richard Doll: *The causes of death among gas-workers with special reference to cancer of the lung.* (Die Todesursachen bei Gasarbeitern unter besonderer Berücksichtigung des Lungencarcinoms.) [Statistical Res. Unit, Med. Res. Council, London.] Brit. J. Industr. Med. 9, 180—185 (1952).

Bei der Untersuchung der Todesursachen von in Ruhestand lebenden Arbeitern und Angestellten der großen Londoner Gasgesellschaft im Vergleich zur übrigen männlichen Bevölkerung Londons stellt der Verf. eine prozentual doppelt so hohe Zahl an Todesfällen durch Lungencarcinom fest. Besonders häufig ist der Tod durch Lungencarcinom bei Arbeitern, die entweder in den Gaswerken selbst oder mit der Verarbeitung der Abfallprodukte bei der Gasherstellung beschäftigt waren, während Rohrleger, Beamte der Gaswerke und außerhalb der Produktion beschäftigte Arbeiter ungefähr die prozentual gleiche Zahl an Todesfällen durch Lungencarcinom aufweisen wie die übrige Londoner Bevölkerung.

ARNOLD (Leipzig).

Wilhelm Kienberger: *Die Kriegsopferversorgung.* Wien. med. Wschr. 1952, 574—576.

Hans Glatzel: *Aufgaben und Schwierigkeiten der versicherungsmedizinischen Beurteilung.* Ärztl. Wschr. 1952, 728—733.

H. Bornemann: *Besondere Beispiele aus der Praxis der Rentenbegutachtung* [Med. Klin., Heinrich-Braun-Krankenb., Zwickau.] Dtsch. Gesundheitswesen 1952, 1492 bis 1494.

● *Die ärztliche Beurteilung Beschädigter.* Hrsg. v. Gg. SCHÖNEBERG. Unt. Mitw. v. L. ADELBERGER u. a. Darmstadt: Dr. Dietrich Steinkopff 1952. XII u. 352 S. DM 18.—.

Helmut Rennert: *Über die versorgungsgutachtliche Beurteilung eines Falles von Selbsttötung bei Morphinumsucht nach Dienstbeschädigung.* [Klin. f. Psychiatrie u. Neurol., Univ., Jena.] Psychiatr., Neurol. u. med. Psychol. 4, 246—248 (1952).

Ein 22 Jahre alter Mann erhängt sich im November 1945 in der Polizeihaft, nachdem er als „Hilfsarzt“ in einem Umsiedlerlager Morphinampullen entwendet bzw. auf „Eigenverschrei-

bungen“ bezogen hat. Die Witwe beantragt 1948 Gewährung einer Hinterbliebenenrente mit der Begründung, daß ihr Ehemann an den Folgen einer Wehrdienstbeschädigung gestorben sei. Im Anschluß an eine Kriegsverwundung Anfang 1945, und durch sie verursacht, habe sich eine Morphiumsucht entwickelt. Diese sei Ursache der Selbsttötung gewesen. — Der Gutachter verneint einen ursächlichen inneren Zusammenhang, da die Verwundung bei dem offenbar geltungssüchtigen Psychopathen (der sich unter anderem seiner Frau gegenüber als „Hospitant der Kriminalpsychologie“ und als Medizinstudent ausgegeben hatte, obwohl dies nachweislich nicht den Tatsachen entsprach) nur Anlaß, nicht Ursache der Sucht gewesen sei. Es wird offen gelassen, ob die Selbsttötung als „Ausweich-, Flucht- und Versagerreaktion“ nach kriminellen Handlungen (REICHARDT) oder als Folge der dysphorischen Stimmung während des Mittelentzuges aufzufassen sei. Für die Ablehnung des Antrages auf Hinterbliebenenrente wird diese Frage als bedeutungslos betrachtet, da die Sucht selbst im vorliegenden Falle nach Ansicht des Gutachters nicht als entschädigungspflichtige WDB-Folge aufzufassen ist.

GRÜNER (Frankfurt a. M.).

**W. Trummert und R. Burkhardt: Sepsis und Wehrdienstbeschädigung.** [I. Med. Klin., Univ., München.] Med. Mschr. 6, 574—580 (1952).

Die Schwierigkeiten der Beurteilung von septischen Erkrankungen und ihrem Zusammenhang mit Wehrdienstbeschädigungen werden in der vorliegenden Arbeit an Hand von mehreren interessanten Fällen besprochen. Die Verf. sind der Ansicht, daß der Begriff „Sepsis“ in Krankengeschichten und gutachtlichen Äußerungen häufig in unzutreffender Weise gebraucht wird. Sie heben die Bedeutung der klinischen Bakteriologie für die Bewertung derartiger Fälle hervor und fordern bei Obduktionen nicht nur eine sorgfältige Revision der alten Wunden, sondern auch eine bakteriologische Untersuchung, da bekannt ist, daß Bakterien sich jahrelang im Narbengewebe halten können, ohne entzündliche Erscheinungen zu verursachen und ohne ihre Virulenz zu verlieren. Ausführlicher wurde eingegangen auf das Problem der Endocarditis lenta, die dann als WDB anerkannt wird, wenn eine den Boden für die Infektion vorbereitende rheumatische Endokarditis mit Vascularisation der Herzklappen nachweislich zur Zeit des Wehrdienstes oder der Kriegsgefangenschaft entstanden ist, auch dann, wenn die bakterielle Endokarditis erst Jahre nach der Heimkehr auftrat. Die besonderen Verhältnisse der Kriegsgefangenschaft und ihre Bedeutung für die Pathogenese der rheumatischen Erkrankungen, vor allem der rheumatischen Herzleiden, werden berücksichtigt.

LUFF (Frankfurt a. M.).

**Karl-Heinz Glanz: Krankenversicherung und Operationsduldungspflicht.** Die Medizinische 1953, 357—358.

**Ekkehard Springer: Leistungspflichten der Krankenkassen in Fällen von Alkoholismus.** [Klin. Inst., Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie (Max-Planck-Inst.) u. Univ.-Nervenklin., München.] Münch. med. Wschr. 1952, 2173—2178.

**VO über Tuberkulosehilfe v. 8. IX. 1942; VO zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten v. 1. XII. 1938; GG Art. 2 Abs. 1, 3; VGG §§ 23, 35, 36. a) Kein Anspruch, kein Antrags- und Beschwerderecht eines Tbc-Kranken auf Tbc-Hilfe. b) Keine Schaffung neuen schutzwürdigen Rechts durch die Generalklausel. c) Tbc-Hilfe nicht als öffentliche Fürsorge, sondern als Seuchenbekämpfung. d) Rechtsverletzung des Betroffenen nur bei ermessensmißbräuchlicher Verweigerung der Tbc-Hilfe.** [Hess. VGH, Beschl. v. 5. XII. 1951 — B I Nr. 158/51.] Neue jur. Wschr. A 1952, 319 bis 320.

### Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

**Claude Kohler: Les données de l'examen clinique chez un enfant atteint de troubles caractériels.** (Die Daten der klinischen Untersuchung bei Kindern, die an charakterlichen Störungen leiden.) [Clin. à la Fac. de Méd., Lyon.] Rev. Praticien 1952, 149—158.

Eingehende Darlegung der gegenwärtigen Situation der Kinderpsychiatrie und -neurologie im allgemeinen sowie der jetzt bestehenden Möglichkeiten zur Erkennung und Behandlung charakterlicher Störungen beim Kinde im besonderen. Neben ausführlichen, im Original nachzulesenden Erörterungen über den Begriff der kindlichen Charakterstörung und die hier bestehenden psychiatrischen, konstitutionsbiologischen, endokrinen und sozialen Aspekte, wird auf die