

gewertet. Dabei wurden die 5 Optimalmaße um 3 weitere, als besonders geeignet erscheinende Maße vermehrt. — Mit Hilfe dieser 8 Maße war es leicht möglich, innerhalb kurzer Zeit an Hand wahllos herausgesuchter 100 Schädelaufnahmen Gefallener die jeweiligen zu Lebzeiten aufgenommenen Röntgenogramme aus einer Zahl von insgesamt 498 Filmen festzustellen, d. h. eine 100%ige Identifizierung durchzuführen. Verf. ist der Meinung, daß durch Standardisierung der Aufnahmetechnik das Verfahren so weit verbessert werden könnte, daß schließlich eine röntgenologische Identifizierung aller Gefallenen möglich sei, wenn sämtliche Soldaten in entsprechender Weise geröntgt werden.

GRÜNER (Frankfurt a. M.)

Richard J. Kuhn: Recent developments in the use of infrared image converters. (Neue Entwicklungen von Infrarotbildwählern.) [9. Ann. Meet., Amer. Acad. of Forensic Sci., Chicago, 1. III. 1957.] *J. forensic Sci.* 4, 11—17 (1959).

Verf. berichtet über Infrarotbildwandler und deren Interesse für die Urkundenuntersuchung in kriminalwissenschaftlichen Laboratorien. Referat befaßt sich von der technischen und wirtschaftlichen Seite mit den Typen CV 147 und RCA 1 P 25, beschreibt diese Geräte und diskutiert deren Brauchbarkeit wie die erreichbare Bildqualität. Umbaumöglichkeiten zum Einsatz der Geräte in der forensischen Praxis werden erörtert. Keine Angaben über die benützten Wellenlängen! Weiterhin kurze Erörterung des Evaporagraphen und des Thermo-Fax-Verfahrens. Mit ersterem Gerät liegen noch keine ausreichenden Erfahrungen aus dem praktischen kriminalistischen Einsatz vor, letzteres Verfahren ist hinreichend bekannt (Schnellkopierverfahren). Beide Verfahren sind für Routineprüfung von strittigen Urkunden derzeit noch nicht einsatzfähig. Es verbleibt sonach zur schnellen Prüfung von Urkunden beim Infrarot-Bildwandler als der einzigen nicht-photographischen Methode

SPECHT (München)

Donald Doud: Chromatographic analysis of inks. (Chromatographische Analyse von Tinten.) [Amer. Acad. of Forensic Sci., Chicago, 2. III. 1957.] *J. forensic Sci.* 3, 486—492 (1958).

Verf. beschreibt chromatographische Methoden der Tintenfarbstoffanalyse unter Berücksichtigung der Aufgabenstellung für den Urkundenprüfer (*Scheiben-Chromatographie* nach GODOWN, modifiziert von FEARON und WILLIAMS, *Chromatographie mit Filterpapier* nach SCHLUTTIG, FEARON, SOUDER u. SOMMERTON und sog. *Farbfleck-Chromatographie* nach SCHMITT, die an einem Beispiel einer Tintenschrift höheren Alters erläutert wird. Die angegebenen Methoden zur Ablösung der Tintensubstanz, Erkennung des jeweils geeigneten chromatographischen Verfahrens, Differenzierung der Komponenten (auch UV-Prüfung und im durchfallenden Licht) und Schwierigkeiten der Auswertung im Rahmen des Identitätsbeweises werden erörtert (alles hinreichend bekannt). Von Interesse erscheint Scheiben-Chromatographie, wobei sich die chromatographische Trennung der im Lösemitteltropfen enthaltenen Tintenkomponenten in einem dünnen, auf einer Glasplatte befindlichen Film aus Magnesiumtetasilikat oder an anderen Silikatgelenen vollzieht. Es werden auch Hinweise auf Variationsmöglichkeiten gegeben. Verf. vermutet Vorteile in der elektrophoretischen Trennung von Tintenkomponenten (derzeit bereits gängiges Verfahren bei der Tintenfarbstoffanalyse).

SPECHT (Eünchen)

Versicherungs- und Arbeitsmedizin

● **Entscheidungen des Bundessozialgerichts.** Hrsg. von seinen Richtern. Bd. 8. Lfg. 1/2. Köln u. Berlin: Carl Heymann 1959. 128 S.

Von den vorliegenden Entscheidungen des neuen Bandes sind nachfolgende von medizinischem Interesse: Ein Versicherter der Angestellten-Versicherung hatte früher durch einen Unfall den rechten Arm verloren. Er konnte nur noch leichte Arbeiten mit der linken Hand verrichten; er hatte sich nach und nach eine selbständige Stellung als Fuhrunternehmer in der sowjetisch besetzten Zone geschaffen, mußte aber späterhin in die Bundesrepublik gehen. Das LS-Gericht vertrat die Auffassung, daß der Betreffende auch jetzt auf einen selbständigen Beruf verwiesen werden müsse. Das BSG trat jedoch dieser Auffassung nicht bei und stellte sich auf den Standpunkt, der Betreffende sei so zu beurteilen, als wenn er jetzt in der Bundesrepublik in einer für ihn geeigneten abhängigen Stellung tätig sein müsse (Entscheidung Nr. 7, S. 31, 1. Senat vom 26. 7. 58, Az. 1 RA 143/57). — Ein Autoschlosser fuhr nach Arbeitsschluß nicht nach Hause, sondern zu einem Schützenfest, auf dem er sich bis 5 Uhr aufhielt. Von dort begab er sich zu seiner Arbeitsschicht, die um 5³⁰ Uhr begann. Er stieß mit einem entgegenkommenden Kraft-

wagen zusammen und kam dabei ums Leben. Der Blutalkoholgehalt betrug 1%. Ohne auf die Frage der Alkoholbeeinflussung einzugehen, stellte sich das BSG auf den Standpunkt des LSG, nach welchen im vorliegenden Falle der Unfall als Wegeunfall nicht angesehen werden könne, obwohl sich der Arbeitnehmer formell auf dem Weg zum Dienst befand, er hatte aber den Weg von einem anderen Ort aus angetreten (Entscheidung Nr. 12, S. 53, 2. Senat vom 30. 7. 58, Az 2 RU 325/55). — Erwerbsunfähigen Hirnverletzten, die nicht hilflos sind, steht nach § 31 Abs. 3 BVG eine Pflegezulage zu. Das BSG hat den Begriff „Erwerbsunfähigkeit beim Hirnverletzten“ einer Erwerbsminderung von mehr als 90% gleichgesetzt. (Entscheidung Nr. 16, S. 69, 9. Senat vom 31. 7. 58, Az 9 RV 318/55). — Wenn in einem Gutachtenauftrag eines Sozialgerichtes ein bestimmter Arzt als Gutachter bestimmt wird, so geht es nicht an, daß er nur mit „einverstanden“ gegenzeichnet. Es kann ihm jedoch nicht zugemutet werden, daß er jeden Befund selbst erhebt; er kann sich eines jüngeren Kollegen als Erfüllungshelfen bedienen. Nach Meinung des BSG ist auch nichts dagegen einzuwenden, wenn beide das Gutachten unterzeichnen, doch läßt das BSG durchblicken, daß zum mindesten verlangt werden muß, daß der im Gerichtsbeschuß genannte Arzt nicht nur die aus den Befunden gezogenen Schlußfolgerungen billigt, sondern auch die Akten gelesen und den zu Begutachtenden selbst untersucht hat. Wörtlich sagt das BSG „Ob der bestimmte Arzt die Person, über die er sein Gutachten zu erstatten hat, selbst untersuchen muß, hängt von der Art der für das Gutachten notwendigen ärztlichen Feststellungen ab“. So braucht nicht von ihm verlangt zu werden, daß er alle Nebenbefunde selbst erhebt (Entscheidung Nr. 17, S. 72, 9. Senat vom 31. 7. 58, Az 9 RV 536/57). — Einem heimatvertriebenen Arzt, der vor dem 4. 9. 39 als Facharzt für innere Krankheiten zur Kassenpraxis zugelassen war, ist bei rechtzeitiger Meldung (§ 70 Abs. 1 BVFG) ein Tätigkeitsbereich als Facharzt für innere Krankheiten auch dann zuzuweisen, wenn er schon vor dem Inkrafttreten des Bundesvertriebenengesetzes im Bundesgebiet als praktischer Arzt zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassen worden ist (Entscheidung Nr. 19, S. 81, 6. Senat vom 15. 8. 58, Az 6 RKa 4/56).

B. MUELLER (Heidelberg)

C. Dierkes: Begriffswandlungen und Begriffsunterschiede im Zusammenhang mit der Reform der sozialen Leistungen. [22. Tagg, Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Vers.-, Versorg.- u. Verkehrsmed., Kiel. 22.—23. V. 1958.] Hefte Unfallheilk. H. 60, 16—22 (1959).

Georg Herold: Wann besteht für den Kassenpatienten eine Operationsduldungspflicht? Med. Klin. 54, 605—607 (1959).

Zusammenfassung des bisher Bekannten. Die Duldungspflicht richtet sich nach den Richtlinien, die für die Unfallversicherung erarbeitet wurden, die aber für die Krankenversicherung nur sehr selten in Betracht kommen werden. Die Operation muß mit hinreichender Sicherheit die Aussicht bieten, eine erhebliche Steigerung der Erwerbsfähigkeit herbeizuführen; sie muß gefahrlos sein und darf keine Schmerzen verursachen. Eine Lumbalpunktion ist nach herrschender Auffassung nicht mehr duldungspflichtig. Hinweis auf eine bekannt gewordene Entscheidung des früheren Oberversicherungsamtes Freiburg, in welcher der Persönlichkeitswert des Versicherten betont wird; die Amputation eines in Beugekontraktur versteiften Fingers war aus diesen Erwägungen heraus als nicht duldungspflichtig angesehen worden. B. MUELLER (Heidelberg)

F. Reimer: Herzinfarkt und Trauma. [Betriebspoliklin. d. VE Fischkombinates, Rostock.] Z. ärztl. Fortbild. 53, 82 (1959).

Ansprache des infarktauslösenden Traumas. Berechtigter Hinweis auf das seltene Vorkommen eines Herzinfarktes nach Thoraxtraumen bzw. nach seelischen Traumen. Verf. bezeichnet Herzinfarkte nach Überanstrengungen als Raritäten, dieser Schluß dürfte wohl etwas weitgehend sein. Kurzer Hinweis auf Literaturangaben. Fall: 54jähriger Mann, nie ernstlich erkrankt, keine Beschwerden. Während der Arbeit Versuch mit einem Kollegen gemeinsam ein festgefaßtes Becherwerk (im Prinzip eines Schaufelbaggers) mit ganzer Kraft wieder in Bewegung zu bringen. Das Becherwerk setzte sich plötzlich in Bewegung. Patient konnte das Bein nicht mehr zurückziehen. Momentane Gefahr des Zermalmtwerdens. Das Werk konnte jedoch zum Stehen gebracht werden. Geringe Beinverletzungen. Heftiger Schmerz in der Brust. „Die Brust sei ihm danach wie in einem Schraubstock eingespannt gewesen, er habe keine Luft bekommen.“ Durchfall. Ein sofort angefertigtes EKG bestätigt den Infarkt — keine näheren Angaben. — Deutung der Entstehung als reflektorisch im „vegetativen Sturm“ oder als Schreckfolge. DOTZAUER (Hamburg)

P.-H. Muller: L'émotion, facteur traumatique. (Die Emotion als Traumafaktor.) Arch. Inst. Méd. soc. Lille 1956, 5—190.

Ausgangspunkt der Darstellungen waren die Fragen, ob ein emotionell bedingter Schock eine ihm eigene Pathologie besitzt, ob eine Verschlimmerung eines krankhaften Prozesses durch denselben ausgelöst werden kann oder ob drittens Verletzungsfolgen durch emotionale Faktoren verschlimmert werden könnten. Verf. unterzog sich der Mühe, die Problematik und ihre gerichtsmedizinischen Beziehungen unter den verschiedensten Gesichtspunkten anzusprechen. Psychologie, Physiologie, Temperamente und Konstitution sowie pathologische Formen einer Emotionsfolge auf Haut, Herz und Kreislauf, Verdauungs- und Respirationstrakt, endorines System, Genitale und Auge. Auf die Darstellung somatischer folgen psychische Reaktionen in ihren verschiedensten Abläufen. Die weiteren Kapitel sind gerichtsmedizinischen Zusammenhangsfragen gewidmet. Die Monographie ist klar gegliedert, verständlich geschrieben und besitzt ihre Bedeutung in der zusammenfassenden Darstellung einer vorwiegend französischen Literatur. So interessant die Auslegungen auch sind, sie dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, daß weder die Emotion und noch weniger Auswirkung und Einfluß derselben auf Trauma und Traumafolge echte Bezugssgrößen darstellen oder reproduzierbare Befunde abgeben.

DOTZAUER (Hamburg)

A. Hübner: Urämie, Frage der Verschlimmerung durch Unfall. Mschr. Unfallheilk. 62, 111—113 (1959).

54jähriger Mann verstarb 5 Tage nach einer Gesäßprellung unter den Anzeichen einer Urämie. Behandelnder Arzt nahm Nierenverletzung bei schwerer Nierentuberkulose an, der rechte Hoden war 12 Jahre zuvor wegen Tuberkulose entfernt worden. Obduktion: Doppelseitige Nierentuberkulose. — Leistungsansprüche wurden unter der Begründung erhoben, daß der Tod auf eine unfallbedingte Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens zurückzuführen sei. — Begutachtung: Tod durch Harnvergiftung bei doppelseitiger Nierentuberkulose, der Sturz war nicht geeignet gewesen, eine Blutung in das Nierenlager zu verursachen und hatte auf den Krankheitsablauf keinen Einfluß genommen. — Im weiteren Klageablauf wurde ärztlicherseits die Auffassung vertreten, daß bei einem früheren Arbeitsunfall die erfolgte Quetschung des rechten Hodens die Ansammlung von Tuberkelbazillen dort begünstigt habe und insoweit, durch ein Übergreifen der Tuberkulose auf die Nieren vom Hoden und Nebenhoden aus, ein ursächlicher Zusammenhang anzuerkennen sei. — Im Ergänzungsgutachten wurde angeführt, daß eine ascendierende Form der Nebenhodentuberkulose, d. h. ein Übergreifen dieser auf die Nieren, nach dem heutigen Stande der Wissenschaft abzulehnen sei. (Landessozialgericht Bremen LU 1/58).

NAEVE (Hamburg)

A. Hübner: Arthrosis deformans und Unfall. Mschr. Unfallheilk. 62, 154—155 (1959).

Walter Dontenwill: Bei welchen bösartigen Geschwülsten ist eine Anerkennung als Wehrdienstbeschädigung möglich? [Path. Inst., Univ., München.] Dtsch. med. Wschr. 1958, 1779—1782.

Der Vortragende gibt eine Übersicht über die zur Zeit fast allgemein anerkannten Auffassungen bezüglich der Möglichkeiten einer Anerkennung von bösartigen Geschwülsten als WDB unter Berücksichtigung der Bedeutung des Determinationsfaktors und des Realisationsfaktors. Er bringt hierfür Beispiele aus der experimentellen Geschwulstforschung und der Praxis der Begutachtung. Er erkennt positive Beziehungen zwischen Narben und Krebsentstehung wie auch zwischen chronischen Entzündungsprozessen in Kavernenwandungen und Fisteln einerseits und der Krebsentstehung andererseits, mahnt jedoch hierbei besonders für den Lungenkrebs zur Kritik. Die Krebsentstehung in einem chronischen Magengeschwür, das als WDB anerkannt ist, bietet eine Unterlage auch für die Anerkennung einer Magenkrebses als WDB-Folge, wenn er eindeutig in einem chronischen Magengeschwür zur Entwicklung gekommen ist. Eine Verallgemeinerung der Auffassung z. B. der Gastritis als Präcancerose, wie sie besonders von KONJETZNY vertreten wurde, wird jedoch eindeutig abgelehnt. Der Vortragende glaubt, in Anlehnung besonders an die experimentelle Geschwulstforschung die Entstehung eines primären Lebercarcinoms auf dem Boden einer als WDB anerkannten Hepatitis als Folge der chronischen regenerativen Umbauprozesse in einer solchen Leber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ansehen zu dürfen.

DORMANNS (Solingen)^{oo}

Rudolf Kern: Vergleichende tierexperimentelle Untersuchungen mit quarzhaltiger Asche aus akuten und chronischen Lungensilikosen. [Path. Inst., Univ., Zürich.] Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg. 17, 108—116 (1959).

Hans J. Schmid: Bemerkungen zur Gießerei-Silikose. [Med. Abt. d. Kantonspit., Schaffhausen. (43. Jahresverslg d. Schweiz. Ges. für Unfallmed. u. Berufskrankh., Schaffhausen, 2.—3. XI. 1957.)] Z. Unfallmed. Berufskr. 51, 221—231 (1958).

P. Lerza, G. Odaglia e A. Pessagno: Contributo allo studio de mediastino nella silicosi. [Ist. di Med. d. Lav., Ist. di Radiol. med., Univ., Genova.] Riv. Infort. Mal. prof. 1958, 1182—1197.

M. Mosinger: Une conception pathogénique de la silicose. Le rôle du système neuro-ergonal. (Eine pathogenetische Konzeption der Silikose. Die Rolle des neuro-ergonalen Systems.) [Inst. de Méd. lég., Méd. du Travail et Hyg. Industr., Univ., Aix-Marseille.] Arch. Mal. prof. 19, 356—372 (1958).

Nach einem Überblick über die verschiedenen Theorien der Pathogenese der Silikose erläutert Verf. seine eigene Konzeption. Bei der Entstehung der Silikose — einer entzündlichen, sklerosierenden und hyalinisierenden Mesenchymatose — unterscheidet er zwei Mechanismen: 1. die direkte, lokale Schädigungswirkung und 2. die indirekte, über das neuro-ergonale System geleitete. Dieses System wird als Integrationsapparat aufgefaßt, mit dem der Organismus alle biologischen Reize beantwortet und das sog. Mesenchymatose determiniert. Die Si-Kristalle und ihre löslichen Produkte erzeugen zunächst durch direkte Lokalwirkung die initiale exsudative Phase; hierbei kommt es auch schon zu einer Reizwirkung auf das nervöse System. In der chronischen Phase kommt es durch direkte lokale Reize zu Denaturierungsprozessen, cellulären und interzellulären Reaktionen. Durch lokale indirekte Mechanismen wird auf dem Wege über das neuro-ergonale System die vermehrte Bildung von Histiocytten, Fibroblasten und Plasmacyten, sowie die Bildung von Antikörpern angeregt. Auch lokale Atelektasen und Emphysem können durch die nervöse Irritation verursacht werden. Direkte Allgemeinreaktionen werden durch die gelöste Kieselsäure in den parenchymatösen Organen hervorgerufen und schließlich indirekte Allgemeinreaktionen wieder über das neuro-ergonale System, nämlich allgemeine mesenchymale und neuro-hormonale Reaktionen in Abhängigkeit von Konstitution und individueller Resistenz. Bei den Grundlagenforschungen werden bei experimentellen Lungen- und Peritonealsilikosen 11 Syndrome unterschieden: 1. das morphologische Lokalsyndrom (silikatisches Knötchen, diffuse Läsionen und Begleitveränderungen), 2. das morphologische Allgemeinsyndrom, 3. das metabolische Siliciumsyndrom, 4. das chemische Lokalsyndrom, 5. das chemische Allgemeinsyndrom, 6. das physiopathologische Respirations- und kardiovaskuläre Syndrom, 7. das physiopathologische viscerale Syndrom, 8. das neuro-ergonale Lokalsyndrom, 9. das neuro-ergonale Allgemeinsyndrom, 10. das immunbiologische Lokal- und Allgemeinsyndrom und 11. infektiöse Begleitsyndrome. Sehr weitgreifende Untersuchungen werden zu einer Klärung der komplexen Fragen, die eines Tages eine wirksame Prophylaxe und Bekämpfung ermöglichen soll, für erforderlich gehalten. Bei der Behandlung sollen dementsprechend auch endokrinologische und Stoffwechseluntersuchungen vorausgehen; hormonale (Cortison) und neurotrope Therapie werden neben den üblichen Maßnahmen für wichtig erachtet.

HEIDELBACH (Montabaur)^{oo}

Cl. Dalloz, L. F. Perrin et J. Rabault: Confrontation des résultats de l'exploration fonctionnelle pulmonaire avec le travail réellement effectué dans les mines par les ouvriers. Arch. Mal. prof. 20, 137—147 (1959).

H. Bohlig und G. Jacob: Die Häufigkeit des Lungenkrebses bei deutschen Asbestarbeitern. [Akad. f. Sozialhyg., Arbeitshyg. u. ärztl. Fortbildg., Berlin-Lichtenberg, Silikoseerhebungsstellen, Dresden u. Jena.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 1958, 1101—1103.

Bis 1956 sind in der Weltliteratur etwa 80 Fälle von Lungenkrebs bei Asbestarbeitern niedergelegt. Hier von wurden 5 in der Sowjetzone beobachtet. Einzelne mögliche weitere Fälle in der Sowjetzone dürften sich der Beobachtung entzogen haben. Auf Grund vergleichender Untersuchungen kommen die Autoren zu folgendem Ergebnis: „Die Häufigkeit des Lungenkrebses bei Asbestarbeitern liegt nicht über der Frequenz des Lungenkrebses in der Gesamt-

bevölkerung, bei Frauen kommt sie der der männlichen Asbestarbeiter gleich". Es wird weiterhin festgestellt, daß das Erkrankungsalter der Frauen etwas niedriger liegt als für die Männer. Trotzdem sprechen die Autoren wesentlich im Hinblick auf die Lokalisation die ursächlichen Zusammenhänge zwischen Lungenasbestose und Bronchialcarcinom als erwiesen an, wenn der Lungenkrebs auch keine größere Gefährdung für Asbestarbeiter darstellt. Sie vertreten unter Hinweis auf einen von LEICHER publizierten Fall eines Peritonealtumors bei Asbestose die Auffassung, daß die mechanischen Momente für die Geschwulstentstehung bei der Asbestose keine ausschließliche Rolle spielen. DORMANNS (Solingen)°°

Kegels: Un cas d'anémie aplastique d'origine professionnelle probable par le white spirit. (Ein Fall einer wahrscheinlich durch „white spirit“ hervorgerufenen als Berufserkrankung anzusehenden aplastischen Anämie.) [Centre Méd., Anvers.] Arch. belges Méd. soc. 16, 161—174 (1958).

Durch eine eigene Beobachtung, in welcher ein bis dahin gesunder Arbeiter, der Fußböden mit zerstäubtem „white spirit“ behandelte, mit den typischen Zeichen einer aplastischen Anämie (Anämie, Thrombopenie, Leukopenie mit relativer Lymphocytose) erkrankte, veranlaßt, weist Verf. darauf hin, daß man in ähnlichen und unklaren Fällen an „white spirit“, einem Gemisch aus aromatischen und aliphatischen Verbindungen, welches durch Destillation des Rohpetroleums bei 153—185°C erhalten wird, als Noxe denken müsse. SACHS (Hamburg)

Giulio Saita e Luciano Moreo: Talassemia ed emopatie professionali. I. Talassemia e benzolismo cronico. [Clin. d. Lav. Luigi Devoto, Univ., Milano.] Med. d. Lavoro 50, 25—36 (1959).

Giulio Saita e Luciano Moreo: Talassemia ed emopatie professionali. II. Talassemia e saturnismo cronico. [Clin. d. Lav. Luigi Devoto, Univ., Milano.] Med. d. Lavoro 50, 37—44 (1959).

Paolo Antonino Astore: Il concetto di „fase attiva“ della tubercolosi nella assicurazione di precidenza sociale. [Ist. di Med. leg. e Assicuraz., Univ., Firenze.] Minerva med.-leg. (Torino) 78, 238—244 (1958).

W. Gertler und W. Höfs: Die Bekämpfung des Berufsekzems. [Hautklin., Univ., Leipzig.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 14, 337—339 (1959).

H. Buckup: Die Wandlung der Berufskrankheiten. Umschau 59, 161—164 (1959).

Nach den vorliegenden statistischen Untersuchungen ist die Zahl der Staublungenerkrankungen zurückgegangen (nur noch 35%). Eine erhebliche Rolle spielen jetzt wenigstens bei der Anzeige von Berufserkrankungen Belastungsschäden, die von Verf. als chirurgische Berufserkrankungen bezeichnet werden (32%), die Hautbeschädigungen sind angestiegen (18%), insbesondere bei den Friseuren. Selten sind CO-Vergiftungen (4%), Bleivergiftungen (3%), Infektionskrankheiten (2%), der Anteil an den sonstigen gemeldeten Berufskrankheiten beträgt 6%. B. MUELLER (Heidelberg)

L. Pecora: Automazione e medicina. (Automation und Medizin.) [Ist. di Med. d. Lav., Univ., Napoli.] Folia med. (Napoli) 41, 1326—1339 (1958).

Verf. geht eingehend auf die Probleme der Automation in Industrie und Verwaltung ein und beleuchtet die sich hieraus ergebenden Faktoren der Medizin im allgemeinen, insbesondere jedoch der Gewerbemedizin. — Die Medizin hat die Aufgabe zur Verminderung der Unfallgefahr beizutragen und den Menschen auf physische, physiologische und psychologische Besonderheiten der neuen industriellen Technik vorzubereiten. GREINER (Duisburg)

W. Müller: Lärbekämpfung in Betrieben unter Verwendung von Kunststoffen, die im Spritzverfahren aufgetragen werden. Zbl. Arbeitsmed. 9, 57—61 (1959).

Enzo Arian: Reine Ermüdungsneurosen und neue Produktionsmethoden in der Industrie. Lebensbeding. u. Gesundh. 1, 254—258 (1958).

W. Friemann, W. Overhoff und J. R. Wolter: Augenerkrankungen in der Industriefischerei. [Augenklin., Städt. Krankenanst., Bremen, u. Laborat. f. Neuroophth., Ann Arbor.] Arch. Gewerbeopath. Gewerbehyg. 17, 1—56 (1959).

H. Goethe, G. Rineck und G. Gudmundsson: Erkrankungen in der deutschen Hochseefischerei mit Berücksichtigung des Gebißzustandes. [Med. Laborat., Bordhosp., Fischereiforsch.-Schiff „Anton Dohrn“, Bundesminist. f. Ernähr., Landwirtsch. u. Forsten, Hamburg.] Arch. Gewerbeopath. Gewerbehyg. 17, 57—66 (1959).

Gunther Lehmann und C. G. Kwilecki: Untersuchungen zur Frage des maximal zulässigen Energieverbrauches arbeitender Frauen. [Max-Planck-Inst. f. Arbeitsphysiol., Dortmund.] Int. Z. angew. Physiol. 17, 438—451 (1959).

H. Schiller: Was kann der Werksarzt zur Begutachtung beitragen? [22. Tagg, Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Vers.-, Versorg.- u. Verkehrsmed., Kiel, 22.—23. V. 1958.) Hefte Unfallheilk. H. 60, 61—64 (1959).

Klaus Haupt: Formen der sozialen Eingliederung Vertriebener. [Inst. f. Psychol., Univ., Erlangen.] Vita hum. (Basel) 2, 35—64 (1959).

Verf. durchleuchtete das Schicksal von 53 Vertriebenen aus 46 Familien stammend. 13 von ihnen waren Abgesunkene, bzw. in ein anderes Berufsmilieu geraten, 9 waren gescheitert, 14 übten die gleiche Tätigkeit aus wie früher, 8 waren aufgestiegen, 2 ließen sich nicht eingruppieren. Die einzelnen Typen werden geschildert. Die Aufgestiegenen hatten sofort nach Ankunft in Westdeutschland sich sehr aktiv ins Berufsleben eingegliedert. Sie waren bei der Bevölkerung unbeliebt und galten als irgendwie verdächtig. Das Scheitern begann unter Umständen damit, daß den Betreffenden Tätigkeit im bisherigen Beruf aus politischen Gründen untersagt wurde: sie kamen auch späterhin nicht hoch, manchmal trotz großer Mühe, ohne deshalb unglücklich zu sein, einzelne legten es ziemlich schnell darauf an, möglichst viel Geld vom Fürsorgeamt oder anderen Organisationen zu bekommen; sie hatten keine Neigung, es mit neuer Arbeit zu versuchen. Je besser es den Flüchtlingen ging, desto weniger drückten sie das Verlangen aus, wieder in die alte Heimat zu kommen. Der Kontakt der Gescheiterten zur heimischen Bevölkerung war meist gering. Weitere Einzelheiten s. Original.

B. MUELLER (Heidelberg)

M. Hochrein und I. Schleicher: Die Beurteilung von Spätheimkehrerschäden. [Med. Klin., Städt. Krankenh., Ludwigshafen a. Rh.] Medizinische 1958, 299—308.

Es ist unmöglich, die Fülle des in der Arbeit Gebotenen in einem kurzen Referat wiederzugeben. Jedem gutachtlich tätigen Arzt kann die Lektüre nur wärmstens empfohlen werden. — Eingangs heben die Verf. in energischen Worten die unbefriedigende Situation hervor, die dadurch entstanden sei, daß einerseits ohne genügende Grundlagenforschung, vielfach gestützt auf statistische Angaben, ein falsches Bild über die Spätheimkehrerschäden entstanden sei. Vor allem setzen sich die Verff. damit auseinander, daß in der Begutachtungsmedizin das psychische Trauma, wie vor allem das „Summationstrauma“ der Gefangenschaft, zu wenig Beachtung gefunden habe, während andererseits in zivilem Bereich man es für notwendig befunden habe, den Spezialweg der Psychosomatik zu entwickeln. Wenn man dem Gefangenschaftserlebnis, das vielfach Jugendliche mit nicht abgeschlossener Entwicklung betroffen habe, eine Rückwirkung auf den Körper mit unter Umständen auch krankmachendem Effekt absprechen wolle, dann werde die ganze „Psycho-Somatik“ ad absurdum geführt. Als Wurzeln für derartige krankmachende Effekte nennen die Verff. unter anderem die harte und brutale Menschenbehandlung, die Unabsehbarkeit und Hoffnungslosigkeit, sexuelle Probleme, der Heimkehrerschock, die Unwiederbringlichkeit vielfach der besten Lebensjahre usw. Bagatellisierende Äußerungen, wie sie von manchen Forschern erfolgt wären, seien kaum vertretbar. Wenn man die psycho-somatischen Zusammenhänge auf Grund gesicherter Forschung anerkennen müsse, so müßten sie auch bei der Begutachtung in Rechnung gestellt werden. In gleicher Weise verhalte es sich mit Fragen, die sich aus dem Wissenschaftsgebiet der Bioklimatik ergeben. Auch hier würfen sich Fragen auf, die in der Begutachtungsmedizin nicht genügend berücksichtigt würden. Schließlich erwähnen die Verff. noch Allergisierungsmöglichkeiten, die sie in Infektionskrankheiten, Fokalinfektionen, von Stecksplittern ausgehend, im Arzneimittelgebrauch usw. sehen und die gleichfalls im Sinne eines Summationstraumas wirken könnten. Dabei werden alle bisher angegebenen Fakten in erster Linie unter dem Gesichtspunkt von Kreislauferkrankungen betrachtet. Selbst ein Nicotinabusus wird, auf die Wehrmachts- und Gefangenschaftsverhältnisse beschränkt, als anerkennungsfähig im Rahmen der Begutachtungsfragen angesehen. Eingehender befassen sich die Verff. dann mit der Mangel-, Unter- und Fehlernährung und ihren Auswirkungen. Ein großer Raum wird auch dem Diabetes mellitus gewidmet, der allerdings auch nach der Meinung

der Verff. gutachtlich wegen seiner tatsächlich vorzugsweisen Anlagebedingtheit manche Probleme aufwerfe. Keineswegs solle die Zuckererkrankung als Dystrophiefolge oder als Spätheimkehrerschaden herausgestellt werden. In Einzelfällen müsse aber zumindest eine richtunggebende Verschlimmerung anerkannt werden. Im folgenden werden dann noch verschiedene andere Erkrankungen wie vor allem solche des endokrinen Systems, Lebererkrankungen usw., aber auch andersartige Noxen (z. B. latente Kohlenoxydvergiftungen bei U-Bootfahrern, Beschleunigungswirkungen bei Stuka-Fliegern und Fallschirmspringern) in ihren Auswirkungen auf die Kreislaufverhältnisse besprochen. Dabei scheint es das Anliegen der Verff. zu sein, darauf hinzuweisen, daß in all diesen Faktoren eine kreislaufpathogene Wirkung zumindest in Einzelfällen gesehen werden muß. Die Verff. stellen einige Grundsätze auf, die als Vorbedingung für eine Anerkennung von Kreislaufschäden zu fordern seien. So müsse ein echtes Summationstrauma stattgefunden haben, das aktenkundig und bestätigt sei. (Mehrfache Infektionen, Verwundungen, stärkste leib-seelische Beanspruchung, klimatische Ungunst, Dystrophie usw.) Sei ein Kreislaufleiden trotz Fehlens einer familiären Kreislaufbelastung aufgetreten, dann müsse dieses bei gegebenem zeitlichen Zusammenhang unabhängig von der Art des Leidens beim Jugendlichen im Sinne der Entstehung, im Alter jenseits des 40. Lebensjahres als richtunggebende Verschlimmerung anerkannt werden. Für die Anerkennung oder Ablehnung könne weder die Angabe des Betroffenen, er sei gesund eingezogen worden und daher müßten alle späteren Leiden WDB sein, noch die statistische Einstellung mancher Versorgungsämter entscheidend sein. Die Anerkennung soll auch nicht unabhängig gemacht werden von dem Termin der Anmeldung von WDB-Ansprüchen und von der Reichhaltigkeit der spontan berichteten Anamnese. Die Anerkennung müsse auch unabhängig vom Zeitpunkt der exakten Diagnosenstellung erfolgen. Im weiteren Verlauf der Ausführungen setzen sich dann die Verff. mit den teilweise recht widerspruchsvollen Forschungsergebnissen auseinander, wobei einzelne Krankheitsbilder näher besprochen werden. Abschließend wird die Frage der schicksalsbedingten Alterung diskutiert, die in der Begutachtung eine recht erhebliche Rolle spielt. Ihre Erfahrungen fassen die Verff. dahingehend zusammen, daß es falsch sei, bei der Heimkehrerbegutachtung lediglich die Statistik zur Anwendung zu bringen. Jede Heimkehreranamnese sei ein Einzelschicksal und erfordere seine individuelle Behandlung. Unkritische Verallgemeinerungen müßten unbedingt vermieden werden.

GUMBEL (Kaiserslautern)

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

Hermine Prym: Entwicklungsprobleme bei Kindern und Jugendlichen. Längsschnittuntersuchungen der Wissenschaftlichen Arbeitsgemeinschaft für Jugendkunde. Bundesgesundheitsblatt Nr 13, 201—202 (1958).

Die 1952 von COERPER, HAGEN und THOMAE gegründete „wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft für Jugendkunde“ hat bei 3000 Volksschulkindern der Städte Frankfurt, München, Stuttgart, Bonn, Remscheid und dem Landkreis Grevenbroich vom Schulbeginn an, bei 1400 Volksschulkindern vom 8. Schuljahr an bis zur Schulentlassung bzw. (letztere Gruppe) noch während der Lehrzeit jährliche Untersuchungen von 17 Körpermaßen einschließlich Größe und Gewicht, Reifestand, Konstitutionstyp nach KRETSCHMER, Erhebungen über das Milieu (soziale Lage der Familie u. a.) und über die Vorgeschichte sowie physiologische Testungen und charakterologische Beurteilungen durchgeführt, deren Ergebnisse in 2 Monographien („deutsche Nachkriegskinder“, „Jugendliche in der Berufsbewährung“) niedergelegt sind. Einige Ergebnisse der somatischen Untersuchungen waren: Es wurden unterschiedliche Verlaufsformen der Längen- und Gewichtszunahme im Schulalter („mehr sprunghaft“, „mehr kontinuierlich“) beobachtet. Individuelle Wachstumsverläufe enthalten meist eine größere Zahl von Wachstums- und Gewichtsschüben, als dies bei Querschnittsuntersuchungen zum Ausdruck kommt. Wandlungen der sonstigen Körpermaße verursachten zuweilen eine „Habitusänderung, sei es als Entwicklungsphänomen, sei es als echte Umgestaltung der somatischen Person“. Die Autorin ist der Ansicht, daß „streng genommen erst nach Ende der Reifezeit beurteilt werden kann, ob ein Kind in seiner Entwicklung acceleriert oder retardiert war“. Schellonguntersuchungen im Rahmen dieser Arbeitsgemeinschaft sollen dazu dienen, Aufschlüsse über die Anpassungs- und Belastungsfähigkeit des kindlichen und jugendlichen Kreislaufs zu erhalten.

SCHWENK (Köln)°°

Christoph P. Schick und Reinhard Schröder: Über den Zusammenhang zwischen körperlicher und seelischer Entwicklung in der Pubertät. II. Untersuchungen mit dem