

Spuren stammen. An einer Anzahl von 7100 daktyloskopischen Karteien (die 71000 Finger darstellen) hat Verf. festgestellt, daß die meisten sinistrodeltischen Zeichen (75,83 %) am kleinen Finger der rechten Hand vorkommen; als Häufigkeit folgt die „doppelte linke Spirale“ (16,41 %), die am Daumen der rechten Hand angetroffen wird, aber nicht von besonderer praktischer Bedeutung ist. Man folgert, daß der Sachverständige in den meisten Fällen zu keiner sicheren Schlußfolgerung gelangen kann. Es wird empfohlen, die vergleichende Untersuchung auf eine kleine Zahl von experimentellen Abdrücken zu beschränken, um Arbeit zu sparen und die Begutachtung schneller durchzuführen. Ohne Bibliographie. KERNBACH (Iasi)

**Daniel Graham and Hugh C. Gray: The use of x-ray electronography and autoelectronography in forensic investigations.** (Anwendung der Röntgenstrahlen-Elektronographie und Autoelektronographie bei forensischen Untersuchungen.) [Dept. Med. Illustrat., Victoria Infirm., Victoria Hosp., Glasgow.] J. forensic Sci. **11**, 124—143 (1966).

Die Anwendung dieser Methode wird am Beispiel des Nachweises von Wasserzeichen in Briefmarken sowie am Nachweis von Fingerabdrücken demonstriert. Es wird dabei die Ausstrahlung des Bleies benutzt und harte Röntgenstrahlen verwendet. Filterung mit 1 cm dickem Kupfer-Filter und 2 mm dickem Aluminium-Filter. Das Al-Filter absorbiert die Emission des Kupfers und ein Beschichten des Films mit einem klaren Röntgenfilm nimmt die Streustrahlung des Aluminiums und andere Streustrahlungen auf. Arbeitsbedingungen 200 KV und 20 mA. Zur Abnahme der Fingerabdrücke wird das zu untersuchende Objekt mit Bleipulver (60 mesh) fein bestreut und der Überschuß entfernt. Auch die Identifizierung einer Schrift auf bedrucktem Papier mittels Autoelektronographie wird an einem Beispiel demonstriert. E. BURGER

## Versicherungs- und Arbeitsmedizin

● **Franz Koelsch: Lehrbuch der Arbeitsmedizin. Bd. 2: Spezielle Berufsgefährdungen und Schutzmaßnahmen.** Unt. Mitwirk. von EUGEN LEDERER. 3., erw. u. erg. Aufl. Stuttgart: Ferdinand Enke 1966. XII, 651 S. Geb. DM 105.—.

Verf. hat den Titel der bisherigen Auflagen („Lehrbuch der Arbeitshygiene“) umgeändert in „Lehrbuch der Arbeitsmedizin“ und damit zweifellos gezielter jenes in Lehre und Forschung immer bedeutsamer werdende Fachgebiet angesprochen. Die vorliegende 3. Auflage ist auf den neuesten Stand gebracht worden. Wissenschaftliche Erfahrungen wurden berücksichtigt, vor allem aber die Gesetzgebung ergänzt. So liegt wiederum eine den praktischen Bedürfnissen angepaßte Materialsammlung vor, die in ihrer Vollständigkeit, Übersichtlichkeit und didaktischen Prägnanz überzeugt. — Jeder am praktischen Arbeitsschutz Interessierte wird sich um so leichter orientieren können als die bisherige Gliederung beibehalten wurde. Wer in dem bereits vorher in Neuauflage erschienenen ersten Band die Abhandlung über Schädigungen der Umwelt einschließlich der Schutzvorschriften vermißt hatte, wird dieses Kapitel umfangreicher und vollständiger dem zweiten Band angegliedert finden. Die Tatsache, daß die bisherigen Auflagen relativ schnell vergriffen waren, spricht für die Bedeutung und Beliebtheit des Werkes, für das jetzt KOELSCH und LEDERER gemeinsam verantwortlich zeichnen. — Der vorliegende Band bringt nach Berufsgruppen geordnet die spezifischen Gesundheitsgefährdungen. Obwohl im ersten Band eingehend abgehandelt, sind auch die sich aus den technologischen Bedingungen ergebenden Schädigungsmöglichkeiten — die spezifischen Berufserkrankungen — erwähnt worden. Der Schwerpunkt liegt jedoch beim Gesundheitsschutz, den vorbeugenden Maßnahmen. Verordnungen, Merk- und Belehrungsblätter, Verhütungsvorschriften usw. sind systematisch — immer in bezug auf die einzelnen Berufsgruppen — in den Text eingebaut worden. Die Abhandlung des modernen Anwohnerschutzes — z.B. Lärmschäden und Lärmbekämpfung — stellt eine gute und sinnvolle Ergänzung dar. — So wird auch in Zukunft dieser Band unentbehrlich sein zur schnellen und zuverlässigen Information. GERCHOW (Frankfurt a. M.)

● **Bundesversorgungsgesetz. Soldatenversorgungsgesetz, Schwerbeschädigtengesetz, Unterhaltsbeihilfegesetz, Heimkehrergesetz, Kriegsgefangenenentschädigungsgesetz, Häftlingshilfegesetz sowie Durchführungs- und Verwaltungsvorschriften** Textausgabe mit Verweisungen und Sachverzeichnis. Ergänzungslfg. Juni 1966. (8. Er-

gänzungs- u. z. 7. Aufl. 3. Ergänzungs- u. z. 8. Aufl.) München u. Berlin: C. H. Beck 1966. 366 S. Im Lose-Blatt-System. DM 9.80.

Die Textsammlung enthält nunmehr die 8. Ergänzungslieferung zur 7. und die 3. Ergänzungslieferung zur 8. Auflage. Damit ist der Stand der Gesetzgebung vom 30. 6. 1966 erreicht. Zu erwähnen sind die Neufassung der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge vom 27. 8. 1965, das Gesetz über die unentgeltliche Beförderung von Kriegsversehrten und ihnen gleichgestellten Personen im Nahverkehr vom 27. 8. 1965 und die umfassende Änderung des Soldatenversorgungsgesetzes (SVG) vom 4. 10. 1965. Neu ist ebenfalls die Durchführungsverordnung zu §§ 4, 5 und 5a SVG, die den Anspruch von längerdienenden Unteroffizieren und Soldaten auf Teilnahme am allgemeinberuflichen Unterricht oder auf eine Fachausbildung auf Kosten des Bundes beinhalten.

MALLACH (Tübingen)

**R. Hauffe: Gutachten gegen Gutachten.** Med. Sachverständige 62, 54—58 (1966).

In der Praxis der Sozialgerichtsbarkeit geschieht es nicht selten, daß in Streitfällen Gutachten gegen Gutachten steht. Die medizinischen Sachverständigen gelangen oft zu sehr unterschiedlichen Auffassungen. In solchen Fällen entsteht die Frage, was nun geschehen soll, damit der Rechtsstreit zu einem befriedigenden Ergebnis kommt. — Es ist zu unterscheiden zwischen Gutachten von Sachverständigen, die das Sozialgericht nach § 106 SGG oder — auf Antrag des Klägers — nach § 109 SGG zu Gutachtern bestellt hat, und Gutachten, die im Verwaltungsverfahren von beamteten oder öffentlich angestellten Ärzten der Beklagten eingeholt worden sind, sowie Gutachten, die die Kläger erstellen lassen und dem Gericht vorlegen. Wichtig dabei ist, daß die Gutachten nach §§ 106, 109 SGG echte Beweismittel sind, die Privatgutachten jedoch nicht; sie sind vom Gericht aber voll zu würdigen. Gutachter sind verpflichtet, ihre Gutachten unparteiisch und nach bestem Wissen und Gewissen anzufertigen. Bei sich widersprechenden Gutachten prüfen die Prozeßbeteiligten die Gutachten besonders kritisch und stellen gegebenenfalls entsprechende Anträge zur Klärung des Sachverhalts. — Das Gericht hat verfahrensrechtlich folgende Möglichkeiten: 1. Das Gericht tritt einem der einander widersprechenden Gutachten bei und sieht von der Einholung eines weiteren Gutachtens ab. 2. Das Gericht leitet die einander widersprechenden Gutachten jeweils dem anderen Gutachter zur ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme zu. 3. Das Gericht holt von einem neuen Gutachter ein Gutachten über die unterschiedlichen Auffassungen und Ergebnisse ein. 4. Das Gericht lädt die einander widersprechenden Gutachter als medizinische Sachverständige zur mündlichen Verhandlung. 5. Das Gericht lädt einen neuen Sachverständigen als medizinischen Gutachter zur mündlichen Verhandlung. — Auch die Prozeßbeteiligten haben das Recht, beim Gericht Ladung der einander widersprechenden Gutachter zur Verhandlung zu beantragen.

LUNGMUSS<sup>oo</sup>

**Günther W. Natho: Die Stellung des Gutachters in der Sozialgerichtsbarkeit.** Med. Sachverständige 63, 1—7 (1967).

**M. Rossi, L. Lenzi e R. Ricciardi-Pollini: La legislazione infortunistica nei Paesi della Comunità Europea con particolare riferimento agli aspetti medico-assicurativi.** Minerva med.-leg. (Torino) 86, 107—130 (1966).

**K. H. Heuer: Das Recht der Verfolgten des nationalsozialistischen Regimes.** Med. Klin. 61, 1681—1684 (1966).

**H. Dijon: Sur le calcul des rentes d'accidents du travail.** Sem. méd. (Paris) 42, 369—370 (1966).

**M. Marchand: A propos des accidents de trajet.** (Über Wegunfälle.) Arch. Inst. Méd. lég. soc. Lille 1965, 115—121.

Der Artikel besteht aus einem sehr interessanten statistischen Teil, aus dem nachstehend einige charakteristische Zahlen gebracht werden sollen, und aus einem allgemein gehaltenen psychologischen Teil. Präventivvorschläge werden, wie der Autor in der Zusammenfassung selbst vermerkt, nicht gebracht. — Einleitend wird der Begriff des (Arbeits-)Wegunfalles (accident de trajet) klargestellt; er ist in Frankreich seitens des Gesetzgebers zuletzt im Gesetz vom 23. Juni 1957 definiert und rechtlich dem Arbeitsunfall gleichgestellt. Abgesehen von ober- und höchst-richterlich festgestellten Ausnahmen ist nach den Worten des Autors „le trajet“ der direkteste Weg zwischen Wohn- und Arbeitsstätte. 1963 haben sich in Frankreich 199105 Wegunfälle ereignet, von denen 29892 Invalidität erwarten lassen, 1352 endigten tödlich. Zum Vergleich

wird angeführt, daß die Zahl der tödlichen Arbeitsunfälle im gleichen Jahre 1795 betrug und daß für das Jahr 1962 in Frankreich insgesamt 9228 tödliche Verkehrsunfälle ausgewiesen wurden. Der Autor kritisiert nebenbei, daß die französische Statistik nur jene Personen als Verkehrstote rechnet, die sofort oder innerhalb der ersten 3 Tage gestorben sind; für die internationale Statistik (30 Tage-Grenze) schätzt er auf 11600 Verkehrstote. Von unseren Rechtsnormen abweichend ist auch der Begriff des Schwerverletzten; darunter wird jeder verstanden, bei dem ein Spitalsaufenthalt von mindestens 6 Tagen nötig ist. Die Wegunfälle nehmen sowohl an Häufigkeit wie auch an Schwere zu, wenn sie sich auch relativ vermindert haben. Die Arbeitswege erstrecken sich in relativ hohen Hundertsätzen auf weite Strecken, z. B. 12% zwischen 20 und 30 km und 7% über 30 km oder 11% zwischen 25 und 60 km, um nur einige der vielen Zahlen herauszugreifen. Arbeitsanfahrtswege über eine Stunde Dauer bzw. über 15, allerhöchstens 20 km, stellen eine zu große Belastung dar. Die Wegunfälle verteilen sich auf die Geschlechter so, wie ihr Hundertsatz unter den Angestellten und Arbeitern, nämlich zwei Drittel Männer, ein Drittel Frauen; sie sind am zahlreichsten am Montag, am häufigsten und schwersten im Winter und maximal zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr; sie ereignen sich viel häufiger (Zahlen sind nicht angegeben) auf dem Hinweg als während des Rückweges. — Psychoaffektiv muß bei der Beurteilung von Wegunfällen daran gedacht werden, daß der eine Angestellte sich „mit *seinem* Wagen oder *seinem* Motorrad zu seiner Arbeit begibt, während der andere den Zug oder Autobus *nimmt*, um *arbeiten zu gehen*: Ersterer fühlt sich frei und unabhängig, letzterer befindet sich in einer Unterlegenheitsstimmung, die mit Aggressionstendenzen verknüpft sein kann. Weitere psychisch wichtige Faktoren sind die Art der Ortsveränderung — der eine fährt „pittoreske Straßen“, der andere legt seinen Arbeitsweg unterirdisch zurück — sowie der Zeitverlust durch den Weg bzw. der mit ihm verbundenen Zwangsaufenthalte vor allem im Auto und im Autobus, während die absolute Entfernung weniger von Bedeutung erscheint. Überhaupt hängt die psychoaffektive Lage von zahlreichen Faktoren ab, z. B. von der Befreiung von der Arbeitsplage und der Freude des Nachhausekommens oder umgekehrt vom Verlassen der angenehmen Arbeitsstätte und Heimkehr zu häuslichen Mißständen. In Massenverkehrsmitteln findet der eine Zeit zur Entspannung, der andere Anregung dadurch, daß er Mittelpunkt eines Auditoriums ist; überdies wirkt sich die Stimmungslage auch auf den Lenker eines Autobusses aus. Manche Personen fühlen sich durch das Transportmittel beschwingt im Sinne des Vorwärtssommens, andere werden bedrückt durch das Gefühl des Beharrens in einem Zustand, während dessen nur die Zeit verstreicht. In der sexuellen Sphäre reichen die Geschehnisse in einem Massenverkehrsmittel von der harmlosen Pseudo-Intimität bis zum Exhibitionismus. — Überdies sind die psychischen Probleme des Wegunfalles nicht spezifisch für unsere Zeit; sie finden sich in der Literatur und selbst in der Mythologie: Die Tötung König Laios durch seinen Sohn Ödipus erfolgte, als dieser in depressiver Stimmung durch eine Straßenverstopfung aufgehalten wurde. — Die Rolle des Alkohols wird nur kurz gestreift, wobei der Autor darauf hinweist, daß die Beeinflussung bei 0,3—0,4‰ beginnt.

H. MAURER (Graz)

**P. F. Nockemann: Ein Beitrag zum Problem „akute hämatogene Osteomyelitis und Unfall“.** [Chir. Klin., Städt. Krankenanst., Krefeld.] Mschr. Unfallheilk. 69, 454—458 (1966).

Früher war man ziemlich leicht geneigt, die Entstehung einer akuten Osteomyelitis auf einen Unfall zurückzuführen; jetzt ist man zurückhaltend; der Anteil der traumatisch entstandenen Osteomyelitiden wird auf 3—5% geschätzt. Verf. beschreibt einen Fall, bei dem ein 5jähriger Knabe von einer 1 m hohen Rampe stürzte und sich eine Fraktur in der Metaphyse der Elle und Speiche ohne wesentliche Verschiebung zuzog. Behandlung durch Gipschienenverband, vor dem Unfall keine Krankheitserscheinungen, nach 26 Tagen trat eine teigige Schwellung des Unterarmes auf, die von Schmerzen begleitet war, Leukocytose, röntgenologisch Verdacht auf eine Abszeßhöhle im Knochenmark. Behandlung durch Antibiotika hatte vollen Erfolg. Beim Unfall waren keinerlei Hautverletzungen entstanden.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Wolfgang Diener: Unfall und Nierensteinbildung.** [Urol. Klin., Städt. Krankenanst., Wuppertal-Barmen.] Mschr. Unfallheilk. 69, 386—389 (1966).

Verf. setzt sich mit dem Entstehungsmodus der Nierensteine auseinander und bespricht die Möglichkeit einer traumatischen Entstehung. Hat ein Trauma eine Perinephritis und eine Perireteritis zur Folge oder war es zu einer Nierenruptur gekommen, so ist die Möglichkeit der post-traumatischen Steingenese gegeben. Aseptische Immobilisationssteine führt man auf vegetative Störungen zurück, über die im einzelnen noch nicht viel bekannt ist. Septische oder infektiöse

Immobilisationssteine kommen nach Querschnittslähmungen zustande. Das Schrifttum wird nicht zitiert.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Massimo Ungaro: Assicurazione, assicurazione infortuni, assicurazione infortuni dipendenti statali.** (Versicherung, Unfallversicherung, Staatsangestelltenversicherung-Unfallversicherung.) Riv. Infort. Mal. prof. 53, 185—232 (1966).

Nach der der Arbeit beigegebenen Zusammenfassung in deutscher Sprache schlägt Verf. weitgehende Veränderungen der italienischen Unfallversicherung für Staatsangestellte vor: die Definitionen sollen klarer sein, auch wird für einige besondere Unfallfolgen die Möglichkeit eines Rückenschadigungsanspruches gegen Dritte ins Auge gefaßt. B. MUELLER (Heidelberg)

**Jeanne Netter: Législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles en France.** (Professions autres que les professions agricoles.) (Die Gesetzgebung auf dem Gebiet der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten in Frankreich.) Riv. Infort. Mal. prof. 53, 153—184 (1966).

Das ausführliche Referat ist entstanden auf Grund eines Vortrages auf dem Kongreß des Verbandes der Vereinigungen und Anstalten für Nachkuren, für funktionelle Wiedereingliederung und berufliche Wiedereingliederung von Invaliden, der im Oktober 1965 in Paris stattfand. Die einschlägige französische Gesetzgebung begann im Jahre 1898 und wurde im Oktober 1946 im großen und ganzen vollendet. Die Verhütungsmaßnahmen spielen in den Verordnungen eine erhebliche Rolle. Versichert sind alle Arbeitnehmer im Abhängigkeitsverhältnis, aber auch Minderjährige unter Vormundschaft, Schüler der technischen Institute und Häftlinge, die Arbeit verrichten. Die Leistungen umfassen die Behandlung, die Medikamente und die Prothesen, sowie Rentenzahlung bei Erwerbsminderung, die in Frankreich als Invalidität bezeichnet wird. Im Falle des Todes steht auch den Familienangehörigen eine Rente zu. Die Versicherungsträger (Kassen genannt) haben die Möglichkeit eines Rückgriffes an denjenigen, der den Unfall verschuldet hat. Großer Wert wird auf die Rehabilitation gelegt. B. MUELLER (Heidelberg)

**A. Morandi: Annotazioni clinico-radiologiche e medico-legali tra malattia di Pellegrini-Stieda ed artrosi del ginocchio.** (Klinisch-röntgenologische und gerichtsmedizinische Betrachtungen über den M. Pellegrini-Stieda und die Arthrose des Kniegelenks.) [Ist. Med. Legale e Assicuraz., Univ., Pisa.] G. Med. leg. Infortun. Tossicol. 21, 461—472 (1965).

Fall aus der Gutachtertätigkeit: 54-jähriger Mann, der bei einem Verkehrsunfall eine beiderseitige Prellung der Knie erlitt. Der 30 Tage nach dem Unfall festgestellte, als langbestehende Arthrosis des Kniegelenks aufgefaßte M. Pellegrini-Stieda veranlaßt zu einer Reihe von differentialdiagnostischen und ätiopathogenetischen Überlegungen. G. GROSSER (Padua)

**S. Grassi e F. Mangili: Problematica inerente al fenomeno morte improvvisa in soggetti titolari di polizza privata di assicurazione contro gli infortuni.** (Über die Problematik des plötzlichen Todes im Hinblick auf die private Unfallversicherung.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Milano.] G. Med. leg. Infortun. Tossicol. 12, 35—51 (1966).

Die Verff. umreißen anhand von 15 Fällen die Problematik des Kausalzusammenhanges bei plötzlichen Todesfällen, die mit einem Unfallereignis im Zusammenhang gebracht werden.

HANS-JOACHIM WAGNER (Mainz)

**J. Gottschick: Medizinische Bemerkungen zur Frage der Versorgung im Wege des Härteausgleichs gem. erstem und zweitem Neuordnungsgesetz zum Bundesversorgungsgesetz.** Med. Sachverständige 63, 7—12 (1967).

**Wolf v. Keitz: Das Gutachten im Versorgungswesen.** VI. Med. Welt, N. F., 17, 1081 bis 1087 (1966).

Nachteilige Folgen einer Operation, die der Behandlung eines Leidens diene, das selbst Schädigungsfolge war, sind ebenfalls Schädigungsfolgen. Auch Operationsschäden, die zur Erhaltung oder Herstellung der Dienstfähigkeit vorgenommen worden sind, sind Schädigungsfolgen; das gilt jedoch dann nicht, wenn die Behandlungsmaßnahmen aus vitaler Indikation oder überwiegend im gesundheitlichen Interesse des Behandelten erforderlich wurden (Ausnahme: diensteigentümliche Verhältnisse). Diensteigentümlich kann in diesem Zusammenhang

auch der Zwang zur Duldung einer Operation, die der Versorgungsberechtigte also selbst eigentlich nicht wollte, sein; eine einschlägige Entscheidung bestätigt diese Auffassung. Wie überall im Versorgungsrecht gilt für die Beurteilung auch hier die Kausalitätsnorm der wesentlichen Bedingung. — Im zweiten Teil folgen Ausführungen über den Begriffsinhalt der Beweisnorm der Wahrscheinlichkeit und über die Anforderungen an den Beweis der anspruchsbegründenden Tatsachen. Letztere müssen zur Gewißheit des Richters nachgewiesen sein, die einfache Wahrscheinlichkeit ihres Bestehens genügt — im Gegensatz zu weit verbreiteter, aber irriger Annahme — nicht; die Beweisnorm der Wahrscheinlichkeit gilt nämlich nur für die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhanges.

J. PROBST (Murnau)<sup>oo</sup>

**Wolf v. Keitz: Das Gutachten im Versorgungswesen. VII. Med. Welt, N. F., 17, 1420—1427 (1966).**

Soweit man von einem (dem 7.) Teil auf ein Ganzes schließen kann, wendet sich der Autor in erster Linie an ärztliche Gutachter in der Sozialgerichtsbarkeit. Die oft schwierigen Fragen der Beweislast und Beweisführungslast, der Formulierung des Gutachtenauftrages und damit verzahnt auch der Sachverständigenentschädigung werden jedem Arzt verständlich gemacht. Aus dem Kapitel über die exakte Befundabgrenzung und Bezeichnung des Versorgungsleidens spricht der erfahrene Obergutachter.

WILLE (Kiel)

**G. Worth: Die Pneumokoniose des Kohlenbergarbeiters. Inwieweit sind „Silikose“ und „Staublung des Kohlenbergarbeiters“ identische Krankheitsbilder? [29. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Vers.-, Versorg.- u. Verkehrsmed. e. V., Stuttgart, 31. V.—3. VI. 1965.] Hefte Unfallheilk. H. 87, 54—63 (1966).**

Auf Grund bestimmter lungenfunktionsanalytischer Befunde wird das Problem diskutiert, ob die Aufnahme und Ablagerung des Untertagestaubes in den Lungen außer zur Silikose auch zu anderen anatomischen Veränderungen und funktionellen Störungen führen kann, die sich im Röntgenbild nicht darstellen. Diese „Staublung des Kohlenbergarbeiters“, die also etwas anderes als „Silikose“ beinhaltet, bedarf aber noch der näheren Analyse und der Abgrenzung der Bedeutung anderer schädlicher Einwirkungen auf die Atemwege neben dem Staub.

FRTZE (Bochum)<sup>oo</sup>

**F. Tolot: Formes particulières des ostéoarthropathies barotraumatiques. Difficultés médiocolégales. [Soc. Méd. du Travail et Ergonomie, Lyon, 18. XII. 1965.] Arch. Mal. prof. 27, 681—684 (1966).**

**J. Greger und E. Döhler: Neuro-psychiatrische Krankheiten als Ursache vorzeitiger Invalidität. [Klin. für Psychiat. u. Neurol., Univ., Jena.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 21, 1913—1919 (1966).**

**Ruth Mattheis: Ergebnisse von Erstuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz in Berlin (West). [Senatsverwalt. f. Gesundheitswes., Berlin.] Öff. Gesundh.-Dienst 28, 459—463 (1966).**

**G. Masotti, A. L. Metnieks e G. Vidoni: Sull'influenza dei fattori meteorologici e cosmici sulla frequenza degli infortuni sul lavoro. Indagine statistica. [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Osservatorio Meteorol., Univ., Parma.] [19. Congr. Naz., Soc. Ital. Med. Leg. e Assicuraz., Cagliari-Sassari, Ottobre 1965.] G. Med. leg. Infortun. Tossicol. 12, 121—148 (1966).**

**N. Pardon, J. Farey et J. Siméon: Maladie coronarienne du travail, dix questions et quelques réponses. (Coronarerkrankungen im Arbeitsleben, zehn Fragen und einige Antworten.) [Soc. Méd. et Hyg. Travail, 8. XI. 1965.] Arch. Mal. prof. 27, 500—507 (1966).**

Verff. untersuchten eine Gruppe von 250 Personen, die eine Herzanamnese aufwiesen. Die Untersuchung wurde nach arbeitsmedizinischen Gesichtspunkten und unter besonderer Berücksichtigung des Arbeitsplatzes unternommen. Die gestellten Fragen umfassen insbesondere Art und Dauer der Erkrankung, wie wurde die Diagnose gestellt, inwieweit beeinflußt die Erkrankung die Leistungsfähigkeit usw. Als Resultat wird herausgestellt, daß die Art der Beschäftigung

unter Umständen eine bestehende Herz- oder Coronarerkrankung erheblich beeinflussen könne, und daß deshalb der Arbeitsmediziner Coronarerkrankten besondere Beachtung schenken müsse.

GREINER (Duisburg)

**P. Fracchia e O. Girani: L'esplorazione funzionale respiratoria nei cardiopatici durante il lavoro muscolare.** (Die Untersuchung der Atemfunktion bei Herzkranken während körperlicher Arbeit.) [Ist. Clin. Med. Gen. e Ter. Med., Univ., Pavia.] Riv. Pat. Clin. 20, 1090—1110 (1965).

8 Pat. mit organischen Klappenfehlern luetischen Ursprungs, 8 Pat. mit organischen Klappenfehlern rheumatischen Ursprungs, 8 Pat. mit Myokard- und Coronarsklerose, 8 Pat. mit Herzerkrankungen auf hypertotonischer Basis, 8 Pat. mit Cor pulm. cr. und 2 Pat. mit angeborenen Herzfehlern wurden einer Atemfunktionsprüfung im Ruhezustand und nach zunehmender Belastung durch körperliche Arbeit unterzogen. Alle Patienten weisen schon im Ruhezustand eine Neigung zu einem größeren Verbrauch von  $O_2$  auf; das ventilatorische Äquivalent nimmt immer zu und zwar um so mehr, je höher die Hyperventilation im Ruhezustand ist. Während der körperlichen Arbeit nimmt die Lungenventilation ständig und oft verhältnismäßig in übermäßiger Weise zu, während der Sauerstoffverbrauch nur bis zu einem gewissen Punkt zunimmt; das hängt offensichtlich mit der verminderten Kreislaufgeschwindigkeit bei Herzkranken zusammen. Die Untersuchung bei Einatmen von Luft mit überschüssigem Sauerstoffgehalt ergab ein verschiedenartiges Verhalten: Die Patienten mit Linksinsuffizienz sind nicht imstande mehr Sauerstoff zu verbrauchen, während die anderen Patienten anfänglich einen höheren  $O_2$ -Verbrauch aufweisen. Der Grund ist auch hier in einer Verlangsamung der Kreislaufgeschwindigkeit zu suchen.

G. GROSSER (Padua)

## Psychiatrie und gerichtliche Psychologie

● **Wilhelm Umbach: Elektrophysiologische und vegetative Phänomene bei stereotaktischen Hirnoperationen.** Mit einem Geleitwort von T. RIECHERT. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1966. VIII, 163 S. u. 54 Abb. Geb. DM 56.—.

Psychomotorische Anfälle sind zumeist auf corticale bzw. subcorticale Foci im Temporallappenbereich zurückzuführen. Bei Versagen der medikamentösen Therapie hatte man früher Exstirpationen dieser Region durchgeführt, die aber mit einem verhältnismäßig großem Risiko belastet waren. Seit 1954 werden an der Freiburger Neurochirurgischen Klinik (Th. RIECHERT) mit Hilfe stereotaktischer Methoden elektrische Ausschaltungen einzelner Hirnregionen, wie etwa im Stammhirnbereich bei Parkinsonsyndromen, mit überraschend gutem Erfolg durchgeführt. Elektrochirurgische Farnicotomien, die z.T. doppelseitig vorgenommen und durch Einbeziehung anderer Regionen, wie z.B. des C. amygdalae, ergänzt wurden, zeitigten bei 4 von 13 Fällen ein völliges Sistieren der bis dahin therapieresistenten Dämmerattacken, bei 11 Pat. traten keine generalisierten Anfälle mehr auf, in keinem Fall kam es zu einer Verschlechterung, Anzahl und Abläufe der Attacken verminderten bzw. milderten sich; auch in psychopathologischer Hinsicht war eine Besserung zu verzeichnen (Katamnesen von 18—24 Monaten). Gezielte, antikonvulsive Medikation war weiterhin erforderlich. — 3 Pat. verstarben später, darunter einer an einem erst später erkennbaren Zwischenhirngliom. Die Eingriffe erfolgen im limbischen System, das zusammen mit corticalen, vegetativen Repräsentationen wichtige Aufgaben für die viscerovegetativen Funktionen, wie auch Einflüsse auf das seelische Gleichgewicht ausübt. Störungen der Normalfunktionen geben Anlässe zur Entstehung der psychomotorischen Anfälle. Bei der Fornicotomie und Ausschaltung eines Teiles der Commissura anterior wird die Fortleitung von Systemkrämpfen im limbisch-temporalen System unterbrochen, dadurch werden die Dämmerattacken und vegetative Störungen gebessert, die Entwicklung generalisierter Krampfanfälle aus diesem Gebiet verhindert und Verhaltensstörungen der Pat. gemindert. Meist ist eine einseitige Farnicotomie für die Erreichung des angestrebten Ergebnisses ausreichend, gelegentlich werden das Amygdalum und die Lamella medialis thalami einbezogen; doppelseitige Eingriffe hatten nicht die Entwicklung eines Klüver-Bucy-Syndroms zur Folge. Elektrophysiologische Beobachtungen und Reizkontrollen wurden intra operationem mit unterschiedlichen Stromstärken und -frequenzen durchgeführt. Im limbischen System herrschen während der Dämmerattacken 5—7/sec Wellen bei raschen Entladungen vor, bei Massierung im Hippocampusgebiet sieht man klinisch vornehmlich Erregungszustände und paranoid-ängstliche Verstimmungen. Subcorticale, spontane und Elektrokrämpfe manifestieren