

konnte nun nachweisen, daß eine negative Reaktion sich auch findet bei Rückenmarksläsionen bis hinunter zu C4. Ebenfalls negativ ist die Reaktion bei Diabetes insipidus, wenn diese Erkrankung mit einer Zerstörung der hypothalamischen Region einhergeht. Nach Untersuchungen von Hoff und Wermer müssen bei Fällen, bei denen die Pituitrinreaktion positiv ist, aber das Ansteigen des Pituitringehalts des Suboccipitalliquors fehlt, Schädigungen des Systems Nucleus supraopticus-Tractus supraopticus vorliegen. In solchen Fällen ist von Hypophysenextraktgaben günstige Wirkung zu erwarten.

Riebeling (Hamburg).^o

Wiedmann, Fr.: Eiter in der Milch. (*Untersuchungsanst. u. Landwirtschaftl. Kontrollstat., Regensburg.*) Z. Unters. Lebensmitt. **67**, 174—178 (1934).

Der Nachweis von Eiter in Milch, wird meist mit Hilfe der Trommsdorffsehen Eiterprobe durchgeführt. Allgemein herrscht dabei die Meinung, daß das Zentrifugat im Trommsdorff-Röhrchen aus Leukocyten bestände. Nach Feststellungen des Verf. wird beim Fortschreiten einer Streptokokkenmastitis die Emulsionsbildung in der Milch gestört und im Zentrifugat nicht nur Streptokokken, sondern auch Eiweißmengen abgeschieden, die an der Emulsionsbildung nicht mehr beteiligt sind. So kommt es, daß mitunter das Zentrifugat nur zum allergeringsten Teil aus Eiter besteht. Verf. schlägt vor, die Trommsdorff-Probe so zu gestalten, daß nur Leukocyten und andere Formelemente zurückbleiben: Man schleudert zunächst 10 ccm Milch 5 Minuten lang im Zentrifugier Röhrchen, liest ab, schüttelt die über der Skala vorhandene Milch weg, reinigt den oberen Teil des Röhrchens mit lauwarmem Wasser vom Rahm und füllt das Röhrchen bei kleinen Trommsdorff-Zahlen mit 5 ccm, bei größeren mit 10 ccm möglichst frisch bereiteter Pepsin-Salzsäure-Lösung (0,1 g Pepsin, 0,5 ccm Salzsäure [1,124]: 100 ccm Wasser). Mit Hilfe einer Capillarröhre verteilt man nun das Zentrifugat möglichst gleichmäßig mit der Pepsinlösung, bläst auch durch dieselbe zur besseren Mischung leicht hindurch, schüttelt das Röhrchen dann kräftig und gibt es wiederum in die Zentrifuge zurück, in der es ebenfalls 5 Minuten geschleudert wird. Das Eiweiß ist gelöst, Leukocyten, Bakterien usw. werden ausgeschleudert. Das auf diese Weise gewonnene Zentrifugat ist von körniger Beschaffenheit und gibt nach dem Färben ein klares und deutliches Bild, so daß die Feststellung von Bakterien leicht durchzuführen ist. *Damm* (Kiel).^{oo}

Krumeich, R.: Über den Verschuß der zum Versand von Blut- und Liquorproben dienenden Gefäße. (*Serol. Laborat., Bakteriolog. Abt., Reichsgesundheitsamt, Berlin-Dahlem.*) Münch. med. Wschr. **1934 I**, 144.

Verf. versuchte die von Plaut gefundene Eigenhemmung des Blutes oder Liquors, die durch rissige Korken bedingt war, durch Unterlegung der Korken mit Zinnfolien auszuschalten, was aber nicht immer gelingt. Er empfiehlt daher das von Sachs und Klopstock angegebene Verfahren, die Korken $\frac{1}{2}$ —1 Stunde in fließendes Wasser zu legen, besser anzuwenden.

F.-W. Kroll (Greifswald).^{oo}

Versicherungsrechtliche Medizin.

Stier, Ewald: Die ärztliche Gutachtertätigkeit in der Sozialversicherung. Dtsch. med. Wschr. **1934 I**, 481—485.

Beschrieben wird die Bedeutung der ärztlichen Mitarbeit bei der Durchführung der sozialen Versicherungsgesetze zunächst in finanzieller Beziehung. Von den Rentempfängern der Invalidenversicherung hatten 62%, bei der Reichsbahnarbeiterpensionskasse sogar 85% ihre Invalidenrente vor Vollendung des 65. Lebensjahres erhalten. Bemängelt wird, daß die Verantwortung für die Anerkennung einer Rente ausschließlich in den Händen der Verwaltungsbeamten liegt, also bei Männern ohne ärztliche Vorbildung. Für notwendig befunden wird die Schaffung einer Stelle eines leitenden Arztes bei jedem Versicherungsträger. Ferner erscheint es nicht einfach, in allen Gebieten wirklich geeignete ärztliche Gutachter zu finden. *Trendtel* (Altona).

● **Brisard, Fauquez et Gras: Accidents du travail. Échelle de gravité et taux des incapacités permanentes.** (Betriebsunfälle. Skala der Schwere und Höhe der Dauerschäden.) Paris: J.-B. Baillière et fils 1934. 256 S. Fres. 28.—

Die Verf. bringen in dem vorliegenden Buch eine Taxe, in der die Dauerschädigungen nach Verletzungen mit ihren Folgen auf die Erwerbsminderung abgeschätzt werden. Die Abschätzung ist stufenweise geordnet und wird an selbst erlebten und begutachteten Fällen erläutert. wodurch sie an Anschaulichkeit und Lebendigkeit gewinnt. Sehr ausführlich sind die oberen und unteren Gliedmaßen nebst Gelenkveränderungen

behandelt, Finger-, Hand-, Arm- und Zehen-, Fuß- und Beinverletzungen, wobei auch die kombinierten Verletzungen mehrerer Finger usw. berücksichtigt sind. Besprochen werden weiter die Schädigungen der Wirbelsäule, des Beckens und der Hüfte, des Bauches und Brustkorbes, des Urogenitalapparates, des Schädels, Halses und Gesichtes, sowie die nervösen Störungen und traumatischen Neurosen. Eigenartig berührt es den deutschen Gutachter, daß selbst ganz geringfügige Schädigungen in ihrer Wirkung auf die Erwerbsfähigkeit prozentual bewertet werden, z. B. Fingerverletzungen mit 2%, 3%, 4%, 5%, 7%, 8%, Schäden, die man nach den bei uns herrschenden Anschauungen wegen ihrer Geringfügigkeit in Prozenten gar nicht für faßbar hält. Die Durchsicht der einzelnen Beispiele ergibt manches Interessante und Lehrreiche, worauf im Rahmen eines Referates nicht näher eingegangen werden kann. Die einzelnen Beispiele werden in knapper Form, aber doch genügend ausführlich und mit ihren wichtigen Einzelheiten gebracht. Der als Gutachter tätige Arzt wird mit Vorteil Kenntnis von dem Inhalt der vorliegenden Schrift nehmen.

Ziemke (Kiel).

Héger-Gilbert, Fernand, et Maurice de Laet: Les séquelles douloureuses des traumatismes et leur indemnisation. (Der Schmerz als Folge eines Traumas und seine Entschädigung.) *Rev. Droit pénal* 14, 421—437 (1934).

Es gibt kein Mittel, den Schmerz direkt nachzuweisen, doch läßt er sich aus verschiedenen subjektiven Reaktionen nachweisen: Einfluß auf die Sekretion verschiedener Drüsen, Erweiterung der Pupillen, Pulsbeschleunigung, vasomotorische Störungen und Acidose im Urin. Sobald der Schmerz nachgewiesen ist, ist er als Folge einer bestehenden Verletzung anzusehen, ebenso in den Fällen, bei denen seine traumatische Ursache bereits geheilt ist. Eine weitere Gruppe bildet der Schmerz psychischen Ursprungs ohne eigentliche Verletzung, der aber ebenfalls als Form einer Neurose, als Folge eines Unfalls anzusehen ist.

Schönberg (Basel).

Schulzenheim, H. von: Arbeitsunfälle und Folgekrankheiten. Sv. Läkartidn. 1934, 105—119 [Schwedisch].

Überblick über die Arbeitsunfälle in Schweden während der letzten Jahre. Verhältnismäßig wenige Fälle verursachten Invalidität oder Tod (im Jahre 1930 bzw. 2,5 und 0,4%); diese Zahlen sind ziemlich konstant. Nach 3 Wochen waren 74% der Fälle geheilt. Die Unfälle sind nur in begrenztem Umfang durch die maschinellen Anordnungen selbst verursacht. Es ist in der sozialen Unfallversicherung von größter Bedeutung, daß die Versicherungsanstalt, der Arbeiter, der Arbeitgeber und der Arzt zusammenarbeiten. Sehr zu empfehlen sind lokale Krankenbesucher und Kontroll- oder Vertrauensärzte.

Einar Sjövall (Lund).

Güth: Bekanntgabe der ärztlichen Gutachten im Rentenverfahren. *Z. Med.beamte* 47, 174—177 (1934).

Im Rentenverfahren der Landesversicherungsanstalten sind die Antragsteller berechtigt, von dem Inhalt der ärztlichen Gutachten bei Ablehnung ihres Anspruches Kenntnis zu nehmen. Die dadurch entstehenden Mißstände sind schon öfter gerügt worden. Ein Kranker kann auf diese Weise eine ihm bis dahin unbekannte Diagnose einer unheilbaren Krankheit (z. B. Krebs) erfahren, es kann aber auch vorkommen, daß er bei Täuschungsabsicht aus dem Gutachten erst lernt, wie er sich verhalten muß. (Meines Wissens ist hierzu schon von anderer Seite vorgeschlagen worden, die Gutachten nur auszugsweise bekanntzugeben. Ref.)

Giese (Jena).

Maucalre, M.: À propos de la proposition Collart intitulée du droit de l'accidenté du travail de refuser une opération. (Zum Vorschlag Collarts betreffend das Recht des Unfallverletzten eine Operation zu verweigern.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 12. III. 1934.*) *Ann. Méd. lég. etc.* 14, 297—298 (1934).

Der früher referierte Vorschlag ging dahin, daß der Unfallverletzte eine Besserung verheißende Operation in örtlicher Betäubung mit Äthylchlorid nicht verweigern dürfe. Es war wiederholt vorgekommen, daß der Verletzte sich so lange weigerte, bis die Revisionsfrist abgelaufen war, sich dann erst operieren ließ und dauernd im Genuß

der Rente blieb. Auf Grund der Aussprache über diesen Vorschlag rät die Gesellschaft für Gerichtliche Medizin den Sachverständigen, sowohl den Grad der Erwerbsunfähigkeit anzugeben, im Falle der Verletzte die Operation verweigert, also auch den Grad, der voraussichtlich nach gelungener Operation sich ergeben würde. (Collart, vgl. diese Z. 21, 257.)
Giese (Jena).

Puchowski, B.: Durch spontane Krankheit herbeigeführter tödlicher Unfall. Czas. sąd. lek. 2, 113—118 (1934) [Polnisch].

Ein 20-jähriger Arbeiter geriet in die Zahnäder einer Dreschmaschine und starb bald an den davongetragenen Kopfverletzungen. Die Sektion ergab ein orangegroßes Fibroendotheliom der harten Hirnhaut, das in die linke Hirnhemisphäre hineinragte und das beim Verunglückten periodische epileptoide Anfälle ausgelöst hatte. Während eines solchen Anfalles erlitt der Verunglückte den tödlichen Unfall.
L. Wachholz (Kraków).

Dzulyński, W.: Begutachtung von Verletzungen der Zähne und Kiefer. Polska Gaz. lek. 1934, 510—512 [Polnisch].

Dzulyński schlägt vor, den Verlust an Erwerbsfähigkeit nach Verletzung von Zähnen und Kiefer nachstehend zu bemessen: Verlust von 2 oder mehreren Vorderzähnen, besonders der Oberzähne bei Schauspielern, Sängern, Lehrern usw., desgleichen bei jungen Frauen mit 0—10%, Verlust einer größeren Anzahl Zähne mit Beeinträchtigung des Kauens mit 8½ bis 15%, Verlust mehrerer Zähne mit Beeinträchtigung des Kauens, der Ernährung und der Sprache mit 15—25%, ausgeheilte Kieferfraktur ohne Beeinträchtigung des Kauens und der Sprache mit 0%, mit Beeinträchtigung derselben mit 15—25%, größere Kieferknochenverluste und Pseudarthrose des Kiefers mit 25—35%, Verlust des ganzen Kiefers mit 50%.

L. Wachholz (Kraków).

Baudet, G., et P. Dambrin: Cancer et blessures anciennes. (Carcinom und vorangegangene Verletzungen.) Arch. Méd. mil. 100, 315—323 (1934).

Bericht über 2 Fälle von Ca., das sich aus Narben nach Verletzungen entwickelt hat, und einen Fall von Sarkom, das an einer Frakturstelle entstanden ist. 1. Soldat mit Narben nach multiplen Verbrennungen, die er im Kriege infolge Munitionsexplosion erlitten hatte, erscheint 1933 mit einem auch histologisch verifiziertem Ca. in einer dieser Narben am Handrücken. — 2. 64-jähriger Mann hatte sich in seinem 3. Lebensjahr eine Verbrennung der Kniekehle zugezogen, mit Übergreifen auf den Oberschenkel. Die Vernarbung war nie vollständig, ein Teil der Wunde eiterte und juckte, so daß Patient sich oft kratzen mußte. Seit 10 Monaten weist dieses Uleus alle Zeichen eines exulcerierten Ca. auf. Histologische Bestätigung des Befundes. — 3. 35-jähriger Mann erlitt 1916 im Kriege eine Fraktur beider Unterschenkelknochen. Ausheilung mit Vernarbung nach 6 Monaten. 1924 an der Frakturstelle Osteitis, Eiterung mit Abstoßung eines Sequesters. Seit einem Jahre entwickelt sich unterhalb der Frakturstelle eine Geschwulst, die sich biopsisch als spindelzelliges Sarkom erweist. Unter Berücksichtigung der bezüglichen Literatur und Hinweis auf die Theorie Lumières — jedes Ca. entstehe nur auf Basis einer Narbe — heben Verff. die gerichtlich-medizinische und militärärztliche Bedeutung des Nachweises einer einem malignen Neoplasma vorangegangenen Verletzung hervor.

M. Friedmann (Wien).

Schröder: Angina pectoris (?) Unfallfolge durch Berührung mit elektrischem Starkstrom (220 Volt). (Zu Hans Kohn, „Angina pectoris durch Unfall“.) Mschr. Unfallheilk. 41, 185—186 (1934).

Infolge Konstruktionsfehlers erhielt ein Mann einen elektrischen Schlag beim Berühren des Metallständers einer Leselampe mit der rechten Hand bei 220 Volt Stromspannung. Beim Zugreifen mit der linken Hand trat ein starker Herzkrampf ein und kurze Bewußtlosigkeit. Nach Befreiung aus der Lage Zittern, Herzschmerzen und stechender Schmerz im Brustbein, Beklemmungsgefühl, Schwindel und Atemstörung. Erbrechen, Schwindelgefühl, unregelmäßiger Puls, Erregungszustand mit gesteigerten Reflexen machte am folgenden Tag Krankenhausaufnahme erforderlich, wo Besserung eintrat, aber bei der Entlassung immer noch linksseitige Schmerzen bei leichter Anstrengung bestanden. Subjektive Herzstörungen blieben bei Fehlen eines objektiven Befundes bestehen, so daß Erkrankung der Herzkranzgefäße in Form der Angina pectoris durch elektrische Herzschädigung mit Erwerbsminderung von 70% angenommen wurde. Nach 1½ Jahren wurden objektiv Veränderungen am Elektrokardiogramm im Sinne einer Herzmuskelstörung, anhaltende Pulsbeschleunigung und zeitweise unregelmäßige Herztätigkeit festgestellt, Angina pectoris durch Schädigung der Coronargefäße zwar nicht als völlig gesichert, aber als wahrscheinlich angesehen mit einer Erwerbsminderung von 40—45% und ein Zusammenhang mit dem elektrischen Unfall für wahrscheinlich gehalten. (Kohn, vgl. diese Z. 22, 67.)
Ziemke (Kiel).

Anton, Günther: Traumatischer Parkinsonismus. (*Med. u. Nervenklin., Univ. Gießen.*) *Med. Klin.* 1934 I, 132—133.

Ein 14-jähriger Lehrling fiel in einen Schacht aus dem 2. Stock in den Keller. An der linken Seite des Hinterkopfes fand sich eine 3,5 cm lange Hautnarbe, der Knochen war nur angeschlagen; die Röntgenaufnahme zeigte keine Schädelfraktur. Anfangs Erbrechen, verschwommenes Sehen, keine Bewußtlosigkeit. Nach 2 Monaten nahm er die Arbeit wieder auf; bald wurde Zittern der rechten Hand bemerkt und Ergrauen der Haare an der linken Schläfenseite und der linken Augenbraue. Nach einem halben Jahr wurde das Zittern so stark, daß er eine leichtere Arbeit erhalten mußte, auch sollen seine psychischen Fähigkeiten nachgelassen haben. 6 Jahre nach dem Unfall mußte er die Arbeit ganz aufgeben. Die neurologische Untersuchung ergab eine Exostose an der Verletzungsstelle, typischen Parkinsonismus ohne Salbengesicht, geringe Konvergenzschwäche, erhaltene Pupillenreaktion, Zittern und mäßige Erhöhung des Tonus rechts. Antriebsschwäche in mäßigem Grade. Unfall als Ursache anerkannt. *Hallervorden (Landsberg-Warthe).*

Straube, Günther: Zur Frage der traumatischen Entstehung der Paralysis agitans. (*Med. Univ.-Klin., Rostock.*) *Dtsch. Z. Nervenheilk.* 134, 30—35 (1934).

55-jähriger, stets gesunder Arbeiter stürzt von einem Wagen mit dem Gesicht auf einen am Boden liegenden Spaten; einige Fleischwunden an Nase und Stirn, kurzdauernde Bewußtlosigkeit, keine retrograde Amnesie, keine Anzeichen für Basisbruch, jedoch 14 Tage Bettlägerigkeit. 18 Monate nach dem Unfälle fällt dem Ortsarzt zufällig „unbeholfener Gang“ des Mannes auf, 2—3 Monate später Steifheit der Haltung. 2 Jahre nach dem Unfall erstmalig Klinikbeobachtung: Paralysis agitans sine agitatione bei fast ausschließlichem Befallen der linken Körperhälfte, 3 Monate später ausgeprägtes typisches Krankheitsbild der pallidostriären Erkrankung im Sinne einer Paralysis agitans (Morbus Parkinson). — Die Möglichkeit eines Zusammenhanges der Erkrankung mit dem Unfall wird zugegeben und eingehend begründet. *Esser (Bonn).*

Grimberg, L.: Paralysis agitans and trauma. (Paralysis agitans und Trauma.) *J. nerv. Dis.* 79, 14—42 (1934).

86 in der Literatur seit 1873 bekanntgegebene Fälle bilden die Basis dieser Arbeit. In der Originalarbeit über Paralysis agitans (1817) bezieht sich John Parkinson auf einen Patienten, der durch einen Wagenunfall eine Verletzung des Kopfes, der linken Schulter und des linken Armes erlitt. Ungefähr 1 Jahr nach dem Unfall traten die ersten Symptome einer Paralysis agitans auf, in Form von Rigidität des linken Armes. Der 1. sichere Fall von Paralysis agitans traumatischen Ursprungs wurde von Demange 1875 beschrieben. Viele Jahre lang wurde, besonders in Deutschland, ein Trauma als ätiologischer Faktor angesehen. Es gab 2 Hypothesen für diese Annahme, nämlich das Bestehen einer aufsteigenden Neuritis und das Vorhandensein eines Locus minoris resistentiae im Gehirn und Rückenmark. Von den 86 aus der Literatur herausgezogenen Fällen mußten viele entweder wegen zweifelhafter Diagnose oder wegen des unverhältnismäßig langen Intervalls zwischen Unfall und Auftreten der Symptome ausgeschaltet werden. Nach sorgfältiger Prüfung der in Frage kommenden Faktoren findet Verf. nur in 2 Fällen eine enge Beziehung zwischen Trauma und Erkrankung und das klinische Bild eines Parkinsonschen Syndroms als Folge einer Hirnverletzung. Die Schlußworte des Verf. lauten: „Trauma kann nicht als Ursache von Paralysis agitans angesehen werden.“ *Critchley (London).*

Hartung, Erich: Über Paralysis agitans. Vertrauensarzt u. Krk.kasse 2, 9—12 (1934).

Verf. hat 9 Fälle von Paralysis agitans zum Teil in einem relativ frühen Alter bei Fabrikarbeitern aus Strickereien und Webereien beobachtet, bei denen er eine Entstehung der Erkrankung infolge der Beschäftigung für diskutabel hält; Encephalitis epidemica glaubt er ausschließen zu können. Die Arbeiter müssen in kurzen Abständen mit einem Hebel einen kräftigen Schlag ausführen, und zwar in ihrer ganzen Arbeitszeit, und dies oft Jahre hindurch. Er wirft die Frage auf, ob diese „einseitige, nur eine bestimmte Muskel- und Nervengruppe betreffende Tätigkeit nicht einen schädigenden Dauerreiz auf bestimmte Gehirn- und Nervenleitungspartien ausüben“ könnte. Die Symptome sind die üblichen. Die Arbeitsfähigkeit wird zunächst herabgesetzt und bald ganz aufgehoben; auch die Ruhigstellung durch Invaldisierung kann das Fortschreiten der Erkrankung nicht aufhalten, andererseits schädigt man dadurch die Kranken, die bei so früher Invaldisierung nur eine relativ geringe Rente erhalten.

Hallervorden (Landsberg a. d. Warthe).

Rawak, F.: Über zwei schwere organisch-neurologische Krankheitsfälle im Anschluß an eine Stirnprellung. (*Abt. u. Poliklin. f. Nervenkrankte, Städt. Krankenh., Frankfurt a. M.-Sachsenhausen.*) *Mshr. Psychiatr.* **87**, 155—167 (1933).

Verf. führt aus, daß nach leichten Kopfverletzungen verschiedenartige organische Krankheitsbilder vorkommen, deren Deutung durch die klinische Untersuchung nicht immer möglich ist. Gutachtlich muß man in diesen Fällen dem Trauma eine ursächliche Bedeutung beimessen, da die betr. Krankheitsbilder spontan nicht vorkommen.

Verf. berichtet über 2 derartige Fälle. Bei einem 53jährigen Mann entwickelte sich nach einem leichten Kopftrauma (linke Stirnregion) ein fortschreitendes psychisches Krankheitsbild. Im Vordergrund standen Mangel an Spontaneität, Schwerbesinnlichkeit und Verlangsamung. Unfallersatzansprüche lagen nicht vor. Verf. nimmt eine diffuse Atrophie mit besonderer Beteiligung des linken Stirnhirnes oder miliare Erweichungen und Blutungen an. — Im 2. Falle zog sich ein 40jähriger Mann, der offenbar psychopathisch veranlagt war, eine Kontusion der linken Stirnhälfte zu. Nach einem beschwerdefreien Intervall erlitt Patient einen Insult (motorische Aphasie, leichte Hemiparese rechts), 2 Jahre nach diesem Insult begann eine deutliche Progression des Krankheitsbildes. Verf. nimmt vermutungsweise eine Markerweichung mit sekundärer Hirnatrophie an.

R. Henneberg (Berlin).^{oo}

Terbrüggen, A.: Trauma und progressive Paralyse. (*Path. Inst., Univ. Greifswald.*) *Med. Welt* **1934**, 399—400.

Von der Annahme ausgehend, daß das Capillarendothel ein „Shockgewebe“ darstellt, daß ihm also dem Trauma gegenüber eine besondere Rolle zukommt, gibt Verf. einen kasuistischen Beitrag zur Frage Trauma und Paralyse durch Schilderung zweier Fälle: Ein als solcher bis dahin nicht erkannter Paralytiker, bei einem Zusammenstoß vom Wagen geschleudert, körperlich nicht merklich verletzt, ging am gleichen Tage im alsbald einsetzenden paralytischen Anfall zugrunde. Eine Paralytica erlag nach einer Sturzgeburt binnen 3 Tagen paralytischen Insulten. In beiden Fällen wurde die Paralyse diagnose anatomisch-histologisch festgestellt.

H. Pfister (Bad Sulza).

Kleist, K.: Gehirnpathologische und lokalisatorische Ergebnisse. *Mitt. VIII u. IX. Allg. Z. Psychiatr.* **101**, 222—235 (1933).

Die Mitteilungen enthalten die Ergebnisse der letzten Kapitel der demnächst erscheinenden Gehirnpathologie des Verf. Sie beziehen sich auf die cerebralen Geruchs- und Geschmacksstörungen und auf die Störungen des Bewußtseins, Wachseins und Wesens (Trugwahrnehmungen, Störungen des Merkens, der zeitlichen Funktionen, der Eindrucksqualitäten und der Aufmerksamkeit). Die sehr knapp gefaßten und inhaltreichen Mitteilungen entziehen sich dem Referat, sie stellen selbst ein solches dar. Hervorgehoben seien die Ausführungen über Hysterie und Suggestibilität, die besonders auch für den Begutachter von Interesse sind. Es gibt nach Verf. bei Hirnverletzten nicht psychogene, hysterische Störungen, die von Schädigungen des Hirnstammes abhängig sind. Die hysterische Wesensveränderung beruht auf einer Schwäche zwischen den diencephalen Körper-Ich und anderen Wesensleistungen. Infolgedessen können somatopsychische Erregungen sich im gesteigerten Maße auswirken bes. auch auf Strebungen, Regungen, Gefühle, Triebe, Wahrnehmungen und Vorstellungen. Dadurch kommt es zu hysterischen Krämpfen, Lähmungen, Hemmungen (Amnesien, Pseudodemenz) usw. Hysterie ist die krankhafte Steigerung der Suggestibilität, die in einer sich den Bedürfnissen des Organismus anpassenden Steuerung zwischen körperlichen und anderen Wesensleistungen besteht und durch zweckmäßige Ein- und Ausschaltungen eine Wesenseinheit gewährleistet. [VII. vgl. *J. Psychiatr.* **50**, 23 (1933).]

R. Henneberg (Berlin).^o

Gordon, Donald: Disability due to swelling following trauma of the extremities. Post-traumatic peri-articular fibrosis. (Störungen durch posttraumatische Schwellung der Extremitäten. Posttraumatische periartikuläre Fibrose.) (*Surg. Serv., Fifth Avenue Hosp., New York.*) *Ann. Surg.* **99**, 623—632 (1934).

In der Mehrzahl der Fälle führt Verf. die p. Sch. auf ein besonders schweres Trauma ungenügendes Hochlagern und schnürnde Verbände zurück, auch Systemerkrankungen, fokale Infektion und Dyskrasie spielen eine Rolle. Die p. Sch. sitzt distal von der Stelle des Traumas und führt nach Ansicht des Verf. zur Fibrose in den über-

dehnten Weichteilen der interphalangealen Fingergelenke, wodurch die irreparablen Störungen bedingt werden. Der Druck des fibrösen Gewebes auf die Nervenendigungen löst die Schmerzen aus. Wie an der Hand gibt es ähnliche Veränderungen am Fuß, bei denen weniger die Versteifungen hervortreten als die Belastungsbeschwerden. Das bekannte Krankheitsbild ist von Knochenatrophie begleitet. Andere Arten von Ödem verursachen nie solche Versteifungen der interphalangealen Fingergelenke. Deshalb kann die Schwellung nicht die alleinige Ursache der Versteifung sein. Trotzdem soll jede Schwellung durch Hochlagern verhindert werden, evtl. auch durch leichte Massage, auch heiße Bäder bessern den Zustand. Verf. betrachtet seine Auffassung von der p. Sch. zunächst nur als Arbeitshypothese. Neues über den allgemein bekannten Zustand bringt die Arbeit nicht. *Hubmann (Wolfenbüttel).*

Geyer, Horst: Über posttraumatische Muskelatrophien und progressive spinale Muskelatrophie. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Kiel.*) Dtsch. Z. Nervenheilk. 134, 14—29 (1934).

Beschreibung zweier Fälle, bei denen nach Verletzung der unteren Extremität atypische posttraumatische Muskelatrophien auftraten, denen beide Male nach jahrelangem, freiem Intervall eine progressive spinale Muskelatrophie folgte. Es wird angenommen, daß die Disposition zur spinalen Erkrankung, angeboren oder erworben, zur Zeit des Traumas bereits vorhanden war, und daß dadurch gelegentlich der Verletzung der geschilderte Symptomenkomplex der „Vorderhornschwäche“ auftrat. Diese Vorderhornschwäche wird als „Brückensymptom“ aufgefaßt, welches die Verletzungen „als Kette von Erscheinungen“ mit der später auftretenden progressiven Muskelatrophie verbindet. Daß in den beobachteten Fällen die Jahre später einsetzende spinale Erkrankung durch die Traumen ausgelöst worden sei, wird unter Hinweis auf die Literatur abgelehnt und mitgeteilt, daß sich auch unter den 21 in den Jahren 1900 bis 1933 an der Kieler Nervenlinik beobachteten Fällen von echter spinaler progressiver Muskelatrophie nur einmal anamnestisch ein vielleicht auslösendes Trauma finden ließ. *v. Neureiter (Riga).*

Steblov, E. M.: Schwankungen der Rückenmuskelkraft im Verlaufe des lumboschialgischen Symptomenkomplexes. Fol. neuropath. eston. 13, 14—23 (1934).

Die Schwankungen der Rückenmuskelkraft und die Bewertung von deren klinischer Tragweite im Verlauf des lumboschialgischen Symptomenkomplexes ist bisher nicht untersucht worden. Verf. hat sich damit beschäftigt, gibt einleitend eine kurze Erklärung der Technik und kommt zu folgenden Ergebnissen. Die Messung der Rückenmuskelkraft zeigt bei Ischiaskranken niedrigere Werte als bei gesunden Menschen. Sie kann als Faktor zur Feststellung der Ergebnisse der Badekur bei Kranken und verschiedenen Ischiasformen verwertet werden. Die Schwankungen der Rückenmuskelkraft können als prognostisches Moment für den Verlauf des lumboschialgischen Symptomenkomplexes dienen. Die Abnahme der Rückenmuskelkraft nach Empfang der Sool- und Schlambäder ist von vorübergehendem Charakter und stellt eine physiologische Erscheinung dar. Ein standhaftes Sinken der Rückenmuskelkraft bei verschiedenen Formen des lumboschialgischen Syndroms wird nicht selten beim Vorhandensein von Knochenveränderungen in der lumbosacralen Region der Wirbelsäule oder in Fällen mit Verschlimmerung des Grundprozesses beobachtet. *Ziemke.*

Ingebrigtsen, R.: Die pathologische Bedeutung der asymmetrischen Sacralisation des 5. Lendenwirbels. (*Kir. Avd. B., Rikshosp., Oslo.*) Norsk. Mag. Laegevidensk. 95, 161—163 (1934) [Norwegisch].

Verf. hat früher 2 Fälle von echter asymmetrischer Sakralisation des 5. Lendenwirbels durch Resektion des betreffenden asymmetrischen Processus transversus operiert und klinische Heilung erzielt. Ein dritter ähnlicher Fall betrifft ein 20jähriges Mädchen, andernorts wegen der ausgesprochenen lumbosakralen Symptome erfolglos mittels Bäder, Lichtbäder, Diathermie und verschiedenen Medikamenten behandelt. Bei der Aufnahme in die Klinik konnten röntgenologisch 6 Lendenwirbel nachgewiesen werden, von denen der stark vergrößerte und

verbreiterte rechte Processus transversus mit der Massa lateral. oss. sacri verwachsen war. Der linke Processus transversus war normal. Nach vergeblicher einmonatiger Behandlung mit Bettruhe wurde durch Resektion des vergrößerten Processus transversus vollständige Heilung erzielt. — Verf. vertritt die Ansicht, daß das erwähnte Krankheitsbild zur klinischen Einheit erhoben werden sollte, weil die anatomisch nachgewiesene Sakralisation die eigentliche Ursache des Schmerzsyndroms sei.

Koritzinsky (Trondheim).°

Gaugele, K.: Spondylitis deformans und Unfall. (*Medikomechan. Abt., Orthop. Heilanst. v. Sanitätsrat Dr. Gaugele, Zwickau.*) *Z. orthop. Chir.* 58, 436—439 (1933).

Es gibt keine traumatische Spondylitis deformans; die Spondylitis deformans ist ausschließlich die Folge einer Degeneration der Bandscheiben; diese Degeneration entsteht aber nicht durch eine Verletzung der Bandscheiben; sie schafft eine abnorme Lockerung zwischen Wirbelkörper und Bandscheibe und bringt dadurch die Mißbildungen am Wirbelkörper hervor.

Kurt Mendel (Berlin).°°

Güntz, Eduard: Spondylosis deformans und Unfall. (Zugleich eine Erwiderung zu der gleichnamigen Arbeit von Gaugele in Bd. 58, Heft 3 dieser Zeitschrift.) (*Orthop. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.*) *Z. orthop. Chir.* 59, 412—420 (1933).

Verf. nimmt zu einer Arbeit von Gaugele (vgl. vorsteh. Ref.) Stellung. Der Verf. teilt einen Fall mit, in dem sich bei einer 22jährigen Frau eine Randwulstbildung im Sinne einer Spondylosis def. eindeutig nach einem 10 Jahre zurückliegenden Unfall beim Turnen (Fallen vom Reck) entwickelt hatte. Der Randwulst entsteht infolge eines Risses oder Abrisses des Randleistenannulus. Der Fall beweise, daß selbst bei jugendlichen durch Unfallereignis eine Spondylosis def. auftreten könne.

Panse (Berlin).°°

Mau, C.: Spondylosis deformans und Unfall. Bemerkungen zu den Arbeiten von Gaugele und Güntz. (*Z. orthop. Chir., Bd. 58 und 59.*) *Z. orthop. Chir.* 60, 16—24 (1933).

Im Gegensatz zu Gaugele hält Verf. einen Kausalzusammenhang zwischen Spondylosis def. und Trauma für durchaus möglich. Die Verschlimmerung einer Spondylosis def. durch ein Unfallereignis versicherungsrechtlich zu bejahen, hat man nach Mau zwar „nicht immer ein formales, im engeren Sinne anatomisches“, wohl aber „ein durch die praktische Erfahrung einer erheblichen Funktionsstörung durch den Unfall bestätigtes klinisches Recht“. (Vgl. vorsteh. Referate.)

Hans Baum (Königsberg i. Pr.).°

Sakai, Yosehio: Forschungen über Vorbeugung und Behandlung der Caissonkrankheit. (*Med. u. Physiotherapeut. Klin., Kais. Univ. Tokyo.*) *Mitt. med. Ges. Tokio* 48, 73—101, dtsh. Zusammenfassung 73—76 (1934) [Japanisch].

Um zu untersuchen, ob bei der Dekompression die Gefahr des Auftretens von Gasbläschen im Blute besteht, untersucht Verf., unter welchen Bedingungen im Harn Bläschenbildung zu beobachten ist. Diese Beobachtung führt ihn dazu, die zur Behebung der Caissonkrankheit eingeführte Rekompression etwa 45 Minuten bestehen zu lassen und dann erst den Druck langsam herabzusetzen. Auch ist es vorteilhaft, den Druck in der Rekompressionskammer über den im Arbeitscaisson herrschenden hinaus zu erhöhen. Verf. gibt schließlich auf Grund seiner Erfahrungen eine Zusammenstellung über die ungefährliche Arbeitsdauer bei den einzelnen Überdruckwerten. Von 4 Stunden bei einem Überdruck bei 22 Pfund sinkt die Arbeitsdauer über 31 Minuten bei 40 Pfund und 14 Minuten bei 70 Pfund auf 8 Minuten bei 110 Pfund.

Lehmann (Dortmund).°

Lehmann, Hellmuth: Das Schicksal der Familie R. Ein Beitrag zur Psychologie der Sozialversicherten. *Dtsch. med. Wschr.* 1934 I, 651—653.

Ein 56jähriger Arbeiter R., bisher in heiterer Gemütsverfassung, erleidet eine leichte Quetschung eines Mittelfußes. Von diesem Zeitpunkt an setzt der objektiv unberechtigte Rentenkampf ein, der Mann wird seelisch verändert, und eine schnell fortschreitende Arteriosklerose verursacht 3 Jahre nach dem Unfall plötzlichen Herztod. Sein Sohn erleidet einen Autounfall, für dessen Folgen er vergeblich eine Rente zu erkämpfen sucht. Eine fieberhafte Erkrankung wird anfänglich für Typhus gehalten, stellt sich aber schließlich als Tbc. heraus. Aus der Heilstätte disziplinarisch entlassen, verschlechtert sich der Zustand, so daß die Prognose jetzt ungünstig geworden ist. Eine Tochter des R. hatte 2 uneheliche Kinder und versuchte für diese eine Abfindung zu

erlangen. Das gelang ihr auch, jedoch wurde das Geld ihrem Zugriff dadurch entzogen, daß das Jugendamt diese für die Kinder mündelsicher anlegte. Gemeinsam ist allen Mitgliedern dieser Familie das Bestreben, unberechtigte geldliche Vorteile zu erlangen.
Giесе (Jena).

Alvarez, Juan Carlos: Psychische Gesichtspunkte bei der Invalidität. Rev. méd. del Rosario 23, 1104—1114 (1933) [Spanisch].

Zu kurzer Wiedergabe ungeeigneter Gedanken über die Wichtigkeit einer Kontrolle gefährdender Arbeitsbetriebe, des Ausbaues der Unfallverhütungsvorschriften, der Maßnahmen zur Auswahl geeigneter Arbeitskräfte, über Traumafolgen, die Entstehung und das Wesen der Erwerbsunfähigkeit, über die verschiedenen somatischen endokrinen und rein psychischen Ursachen, welche einen beruflich Verunfallten zum Rentensuchenden werden lassen, sowie über die Schwierigkeiten, welchen der ärztliche Begutachter sich gegenüber sieht, wenn es sich nicht um die Beurteilung einfacher körperlicher Unfallfolgen handelt, sondern neben diesen subjektive Beschwerden und Behinderungen (Schmerzen usw.) oder rein psychisch-nervöse Folgen Berücksichtigung verlangen, eine Übertreibung oder Simulation auszuschließen ist. *H. Pfister.*

Kolodnaja, A.: Berufswechsel als eine psychisch-hygienische Maßnahme zur Vorbeugung der weiteren Arbeitsunfähigkeit. Sovet. Nevropat. 2, Nr 10, 110—115 (1933) [Russisch].

Es kommt zuweilen vor, daß Personen, die in ihrem Berufe infolge körperlicher oder psychischer Erkrankungen oder Defekte als arbeitsunfähig bezeichnet werden müssen, in einem anderen Berufe sich als vollständig arbeitsfähig erweisen. Das Institut zur Untersuchung der Arbeitsfähigkeit hat u. a. die Aufgabe, seinen Klienten eine passende Arbeit zu empfehlen bzw. zu ermöglichen. Verf. gibt 5 einschlägige Fälle: in 4 Fällen handelt es sich um situationsbedingte Arbeitsunfähigkeit, die in anderer Situation sofort schwand, und um einen Organiker (Lungenemphysem, Asthma, Arteriosklerose, traumatische Neurose), dessen Gesundheit sich nicht besserte, da er nicht passend untergebracht worden war.

Bresowsky (Dorpat).

Gurvič, B.: Zur Methodik der Arbeit im Gewerbe mit einer Gruppe von sogenannten „lang und häufig“ an neuropsychischen Erkrankungen Leidenden. Sovet. Nevropat. 2, Nr 10, 116—122 (1933) [Russisch].

Verf. betont, daß der lange und häufig Kranke in jedem Falle vor den Psychiater gehört. Auf Grund seiner an den Arbeitsstätten gemachten Beobachtungen bespricht er folgende Gruppen: Arteriosklerotiker kommen gewöhnlich auf Grund anderer, somatischer Erkrankungen zur Arbeitsunterbrechung und zur Behandlung; sie wollen die Herabsetzung ihrer Arbeitsfähigkeit nicht anerkennen, auch können sie den Übergang zu einer anderen, wenn auch leichteren Arbeit nicht gut vertragen; doch können die meisten bei individueller Berücksichtigung bei der Arbeit erhalten werden. Epilepsie führt zu zwar nicht lange dauernden, aber häufigen Arbeitsunterbrechungen; auch diese Kranken wollen die Arbeit nicht aufgeben. Schizophrene erfordern Rücksicht auf ihre Eigenart und ärztliche Beaufsichtigung, im Anfall Anstaltsbehandlung unter systematischer Anwendung der Arbeitstherapie. Eine besondere Gruppe bilden Neurotiker, Hysteriker, schwer disziplinierbare Psychopathen, Hypochonder, bei denen übrigens nicht selten somatische Grundlagen zu finden sind; für sie wird empfohlen Sanatoriumsbehandlung, Psychotherapie bei der Arbeit, Einbeziehung in Arbeitswettbewerbe.

Adam (Buch).

Sokolowsky: Wann ist die berufliche Lärmschwerhörigkeit anmeldepflichtig und wann ist sie entschädigungspflichtig? Z. Bahnärzte 29, 151—155 (1934).

Verf. hatte 9 Fälle, in denen Lärmschwerhörigkeit als entschädigungspflichtiges Berufsleiden anerkannt war, nachuntersucht und dabei festgestellt, daß in allen Fällen die Rente zu Unrecht zugebilligt worden war. Der am schlechtesten Hörende hörte Umgangssprache rechts in $1\frac{1}{2}$ m und links in 3 m. Notwendig für zutreffende Beurteilung ist Festlegung der Begriffe Taubheit und an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit.

Taubheit ist dann anzunehmen, wenn artikulierte Sprache überhaupt nicht mehr verstanden wird. An Taubheit grenzende Schwerhörigkeit liegt vor, wenn Umgangssprache auf dem besser hörenden Ohr in weniger als 1 m Entfernung gehört wird. Bei Taubheit sind Sätze von 50% an aufwärts angemessen, bei hochgradiger Schwerhörigkeit solche von 20—40%. Meldepflichtig sind auch hier schon bloße Verdachtsfälle, Voraussetzung ist immer der Nachweis, daß die Schwerhörigkeit im Metallbetriebe erworben worden ist.

Giese (Jena).

Fialovszky, Béla: Die Bewertung des otogenen Schwindels bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Orv. Hetil. 1934, 350—352 [Ungarisch].

Von besonderem praktischem Interesse sind jene Formen des Schwindels, die mit einer Erkrankung des Gehörapparates in Zusammenhang stehen. Die Untersuchungen von Högyes im Jahre 1881 beweisen den Zusammenhang zwischen Labyrinth und assoziierten Augenbewegungen, ebenso das Augenzittern bei Erkrankungen des Labyrinthes. Die Ursache des otogenen Schwindels kann ein Ohrenschmalzpfropf, Otitis media, Entzündung der Ohrtrompete, Otosklerose, Labyrinthkrankung, der Menière'sche Symptomenkomplex sein; ferner Vergiftungen mit Blei, Quecksilber, Alkohol, Nicotin, Salicyl, Chinin, Veronal, Jodoform, Kohlenoxyd usw. Häufige Ursache des Schwindels sind noch einige Infektionskrankheiten, Scharlach, Typhus, Masern. Schwindelanfälle treten manchmal nach Trauma (Commotio cerebri) auf. Spontan-nystagmus beglaubigt den Anfall und macht für alle Arbeiten in der Höhe, in gefährlichen Betrieben sowie an Maschinen vollständig arbeitsunfähig. Die Feststellung des Grades der Erwerbsbeeinträchtigung ist recht schwierig und muß individuell festgestellt werden.

Vitray (Budapest).

Masing, Ernst: Über die Lebensaussichten der Bluthrueckranken. Dtsch. med. Wschr. 1934 I, 591—595.

Masing berichtet über 161 Hypertoniekranken, die er unter Ausschluß von vorausgegangener Nephritis, Aorteninsuffizienz und schweren Herzzuständen aus seiner Sprechstundenklientel ausgewählt hat. 80 Verstorbene waren im Durchschnitt 57,3 Jahr alt, als der Hochdruck erstmalig gefunden wurde; sie starben im Alter von 64,9 Jahren nach 7,6jähriger Beobachtungszeit. Rund 70% davon erlagen den gewöhnlichen Hypertoniefolgen. 81 Lebende sind bisher im Durchschnitt 10,6 Jahre beobachtet worden, sie sind im Durchschnitt 61,9 Jahre alt. 33 davon sind praktisch „gesund“, 37 sind merklich behindert, der Rest leidend. Bei der Voraussage im Einzelfalle darf nicht nur die Leistungsfähigkeit des Herzens berücksichtigt werden, sondern möglichst zahlreiche andere Faktoren wie Lebensweise, Temperament, Berufsarbeit sowie das Lebensschicksal der Vorfahren. Trotzdem bleibt sie unsicher wie die Wetterprognose. Giese.

Roepke: Über den ursächlichen Zusammenhang von Bluthruecksteigerung mit Fettsucht, Syphilis und Alter. Z. Bahnärzte 29, 127—130 (1934).

Roepke hatte über den Kranken bereits 1932 ein Gutachten erstattet und damals als Folge von Militärdienstbeschädigung (1903) chronische Bronchitis mit Lungenerweiterung und Asthmabereitschaft festgestellt. Die gleichzeitig gefundene Herzvergrößerung und Herzschwäche wurde nur zu einem kleinen Teile den Lungenstörungen zur Last gelegt, zum größeren Teile der gleichzeitig bestehenden Bluthruecksteigerung mit Eiweißausscheidungen und Fettsucht. Der Mann war Pykniker. In dem Ergänzungsgutachten wird an erster Stelle ausgeführt, daß die gleichen konstitutionellen Eigenschaften den Mann zu krankhafter Fettleibigkeit und zu Bluthruecksteigerung disponieren, daß also ein besonders enger ursächlicher Zusammenhang zwischen beiden Zuständen besteht. Hinsichtlich der 1913 erworbenen Syphilis wird auf deren gefäßschädigende Wirkung und auf die Wirkung des Syphilisgiftes auf die vasomotorischen Nervenzentren hingewiesen und daraus gefolgert, daß die Syphilis mit der Bluthruecksteigerung ursächlich aufs engste zusammenhängt. Ein Zusammenhang des Bluthrueckes von 200 mm Hg mit dem Alter von 52 Jahren wird abgelehnt, sondern auf die übrigen Krankheitserscheinungen bezogen, da in dem Alter von rund 50 Jahren der Bluthrueck unter 150 mm Hg liegt.

Giese (Jena).

Heine, L.: Doppeltsehen, Sehstörungen und Lebensdauer. (Univ.-Augenklin., Kiel.) Dtsch. med. Wschr. 1934 I, 756—758.

Nach kurzen Ausführungen über die Funktion der Augenmuskeln und die Funk-

tionsstörungen des Augenbewegungsapparates gibt Verf. einen Überblick über seine Beobachtungen.

Von 156 Fällen von Störungen im Gebiete der äußeren Augenmuskeln, die Verf. in den letzten 25 Jahren beobachtete, sind 50 gestorben: im Alter von 70—85 Jahren 5, im Alter von 50—69 Jahren 25. Weniger als 50 Jahre alt waren 18, der jüngste 9 Jahre. Durch Unfall sind 2 gestorben. Es leben noch 75 Kranke, von den anderen war nichts Sicheres zu erfahren. Etwa in der Hälfte der Fälle konnte eine einigermaßen sichere Diagnose gestellt werden: Lues (43 Fälle), multiple Sklerose (12 Fälle), schwere Migräne (7 Fälle), Arteriosklerose (4 Fälle), Neurofibromatose (3 Fälle), Hirngeschwulst (3 Fälle), ferner Diabetes, Trauma, angeborene Defektübertragung. Die bei Hirngeschwülsten beobachteten Augenmuskellähmungen, besonders die des Abducens, haben keine topisch-diagnostische Bedeutung. Die Ursachen für Bewegungsstörungen der Augenmuskeln mit einseitigem oder doppelseitigem Exophthalmus sind entweder Geschwülste (Fibrom, Sarkom) oder entzündliche Pseudotumoren (Gumma, Tuberkulom). *Jendralski (Gleiwitz).*

Matussewitsch, J.: Das Lungenemphysem bei Glasbläsern als Berufskrankheit. (*Inst. z. Studium d. Berufskrankh., Leningrad.*) Zbl. Gewerbehyg., N. F. **11**, 7—11 (1934).

Von 306 untersuchten Glasbläsern wurde bei 66 (21,5%) Lungenemphysem festgestellt. Um den Einfluß der Konstitution zu beurteilen, wurde diese nach Sigaud bestimmt mit dem Ergebnis, daß 42,5% dem respiratorischen Typus und 33,9% dem Muskeltypus angehören. Der Prozentsatz von Emphysem bei Glasbläsern ist bei ersterem Typus höher. Bei Tafelglasbläsern ist Emphysem 3mal häufiger als bei Glasbläsern, die kleinere Gegenstände fertigen, das gleiche Häufigkeitsverhältnis ergibt sich beim Vergleich mit anderen Berufen gleicher Altersklassen. Das Emphysem ist demnach als Berufskrankheit anzuerkennen. *Giése (Jena).*

Gudjónsson: Untersuchungen von Porzellanarbeitern in Kopenhagen. Verh. med. Ges. 1933, 3—5, Hosp.tid. 1934 [Dänisch].

Nach Untersuchungen an den Porzellanarbeitern in Kopenhagen kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß die Silikose unter ihnen sehr verbreitet ist. Von 951 untersuchten Porzellanarbeitern in Dänemark wurden 798 röntgenologisch untersucht und bei 361 fand man eine Silikose in allen Stadien, das sind 45,2%. Sie wurde bei allen Beschäftigungsarten der Porzellanarbeiter gefunden, am häufigsten bei den Drechslern, am seltensten bei den Gipsarbeitern. Die nassen Arbeitsmethoden scheinen genau so gefährlich zu sein wie die trockenen. Die Erkrankungshäufigkeit ist nach den Angaben der Krankenkassen groß, und bei den nicht an Silikose Erkrankten sind andere Krankheiten der Luftwege häufig. Unter 46 Todesfällen von Porzellanarbeitern starben fast die Hälfte an Lungenkrankheiten. Das Vorkommen von Tuberkulose war nicht häufig. Man fand einen Teil alte, aber nur wenig frische Herde in den Lungen. Frische Tuberkulose wurde nur in den ausgeprägten Fällen von Silikose beobachtet. *Ziemke.*

Møller, Flemming: Röntgenbild bei Silikose von Porzellanarbeitern. Verh. med. Ges. 1933, 5—16, Hosp.tid. 1934 [Dänisch].

Verf. beschreibt die Veränderungen, die man in den 3 Stadien der Silikose in den Lungen der Erkrankten an den Röntgenbildern sehen kann.

Die erste Veränderung ist eine Verschleierung der gesamten Lungenzeichnung mit einem bei den Porzellanarbeitern in einer oder in beiden Lungen besonders ausgesprochenen Schatten, den Verf. als „Pseudomammascatten“ bezeichnet und der etwas höher als der echte Mammascatten liegt. Frühzeitig ist auch schon ein Emphysem zu finden. Den Übergang zum zweiten Stadium bildet eine stärkere Verschleierung mit kleinen Scheiben, hervorgerufen durch Lymphknötchen. Die nodulare Form der Silikose ist nicht charakteristisch für die Porzellanarbeiter. Im zweiten Stadium beobachtet man eine ganz feine Maschenzeichnung mit einzelnen dick auslaufenden Maschen und fibrösen Strängen in den Lungen. Eine besondere Vergrößerung des Hilusschattens wird bei Porzellanarbeitern nicht beobachtet. In manchen Fällen ist die Maschenzeichnung sehr dick; man hat den deutlichen Eindruck, daß der Luftgehalt im größeren Teil der Lungen verloren gegangen ist. Im dritten Stadium bilden die Maschen zusammenfließende Konglomerate. In ausgesprochenen Fällen sieht man einen sehr ausgesprochenen Schleier über der ganzen Lunge und knötchen- und tumorartigen Verdickungen meist symmetrisch in beiden Lungen und in den schwersten Fällen starke fibröse Verwachsungen mit dem Zwerchfell und Schrumpfung mit vikariierendem Emphysem.

Aus den beschriebenen Veränderungen läßt sich erkennen, daß die Silikose bei den Porzellanarbeitern ein sehr ernstes Leiden darstellt. *Ziemke* (Kiel).

Gudjonsson, Sk. V.: Silikose unter Metallschleifern. *Hosp.tid.* 1934, 313—318 [Dänisch].

Verf. bespricht zunächst kurz die Ursachen der Silikosen im allgemeinen, wobei er auf die verschiedenen Theorien eingeht, auf die rein mechanische Wirkung des scharfkantigen Kieselstaubes, auf die Menge der gelösten Kieselsäure, die eine Rolle spielen soll, und auf die neuerdings von Jones vertretene Ansicht, die nicht in der Kieselsäure, sondern in dem Metall Ceréit die Ursache der Lungenschädigungen sieht. Er selbst neigt einer Kombination der mechanischen und chemischen Theorie zu, indem er neben der mechanischen Wirkung des Metallstaubes auch die mechanische Irritation des Lungengewebes für bedeutungsvoll hält. Bei der röntgenologischen Untersuchung von 186 Metallschleifern fand er eine Silikose in allen Stadien bei 51 Schleifern, d. s. 27,4%, die meisten Fälle waren leichteren Grades. Die Häufigkeit der Silikose war abhängig von der Art der Beschäftigung, wobei ältere Personen leichter zu erkranken scheinen als jüngere. Die meisten Erkrankungen kamen im Alter von 20—50 Jahren vor. Bemerkenswert war, daß nur 6 Personen über 35 Jahre in der Metallschleiferei tätig waren, was auf eine hohe Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffer in diesem Gewerbe hindeuten könnte. Eine röntgenologisch diagnostizierbare frische Tuberkulose wurde in dem Material des Verf. nicht gefunden, weswegen Verf. geneigt ist, mit Rücksicht auf seine eigenen Erfahrungen bei Porzellanarbeitern, der Silikose keine allzu große ursächliche Rolle bei der Tuberkuloseinfektion zuzuschreiben. *Ziemke* (Kiel).

Bromley, J. F.: Pneumonoconiosis. Pt. I. Silicosis. (Pneumokoniose. Tl. I. Silikose.) *Brit. J. Radiol.* 7, 263—276 (1934).

Die englischen Silikoseentschädigungsgesetze betreffen nur die Fälle, wo sich die Staublung im Anschluß an die berufliche Einatmung von freier SiO_2 entwickelt. Die Befunde von W. R. Jonas, nach denen weniger die SiO_2 , als vielmehr Aluminium- und Kaliumsilicat, von Jonas als Serricit bezeichnet, das wirksame Agens bei der Entwicklung der Silikose sein soll, bedürfen noch weiterer Nachprüfung; es gibt nämlich eine Reihe von Gesteinsstauben, welche frei von Serricit sind und doch Silikose verursachen (z. B. auch die in der keramischen Industrie verwandten Stoffe). — Der Verf. weist mit Nachdruck darauf hin, daß zur Diagnose außer der röntgenologischen auch die klinische Untersuchung und ferner außer der Berufsanamnese auch die Ermittlung des Arbeitsplatzes erforderlich ist, wo sich der Untersuchte eine Silikose zugezogen haben könnte. — Betr. Kombination mit Tuberkulose gibt der Verf. zu, daß zweifellos eine Silikose zur Tuberkulose prädisponieren kann; aber er habe so viele Fälle gesehen, wo ein alter tuberkulöser Herd lange Zeit in fibröser Umwandlung ruhen kann, um dann plötzlich eine Miliartuberkulose oder eine tuberkulöse Pneumonie (evtl. in einem anderen Teile der Lunge) zu verursachen. Die Tuberkulose bei Silikose ist noch ein schwieriges Problem; für die Schatten, welche auf dem Röntgenfilm manchmal für tuberkulösen Ursprungs angesehen werden, wird nicht immer die tuberkulöse Genese bei der Autopsie bestätigt. Offen bleibt immer noch auch das Problem, warum die Menschen, welche augenscheinlich genau derselben Staubgefahr ausgesetzt sind, in verschiedenem Grade an Silikose erkranken. *Ickert* (Stettin).^{oo}

Capelli, Flaminio: I cavatori d'ardesia e i lavaggio in Valmalenco. (Die Schiefergrubenarbeiter und Schieferwäscher im Valmalenco.) (*Osp. Sanat., Vialba.*) *Boll. Poliambul. Ronzoni* 8, 25—45 (1934).

Auf Grund klinischer und statistischer Untersuchungen kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß eine Schädigung der Schieferarbeiter im Sinne einer Staublungenerkrankung offenbar durch das besonders günstige hochalpine Klima hinantgehalten wird.

Heinz Kockel (Leipzig).

Maché: Contribution à l'étude de la silicose. (Beitrag zum Studium der Silikose.) Bull. Acad. Méd. Paris, III. s. 111, 579—581 (1934).

1925 in der Zementfabrik Erinsk, URSS., durchgeführte Untersuchungen hatten gezeigt, daß die Wirkung des Zementstaubes nicht auf die Respirationsorgane beschränkt ist, sondern den Gesamtorganismus ergreift. Eine Erklärung hierfür gibt folgende Hypothese: Die Calciumsilikate werden im Organismus zu Hydraten, wobei die freiwerdende Kieselsäure ein giftig wirkendes Kolloid bildet, das durch die Lungen in den Kreislauf eintritt und durch die Nieren ausgeschieden wird. Dieses toxische Kolloid ist bisher nicht nachgewiesen worden, jedoch konnte Verf. nachweisen, daß ein normales Individuum eine Störung des Säure-Basengleichgewichtes erfährt, wenn es eine reich mit Zementstaub beladene Luft einatmet. Verf. wies diese Störung durch colorimetrische p_{H} -Messungen im Urin nach; er fand hierbei eine Verschiebung nach der alkalischen Seite. Diese Reaktion findet sich nicht bei Leuten, die an die Atmung derartiger Luft gewöhnt sind, die p_{H} -Werte im Urin sind in diesen Fällen normal. Tritt diese Gewöhnung nicht ein, so zeigt die betreffende Person eine ständige Alkalose, die zu Schädigungen führen kann. Die Bestimmung der p_{H} im Urin vermag deshalb Rückschlüsse zu geben, ob der Untersuchte ohne Gefährdung seiner Person in einer zementstaubhaltigen Luft zu atmen vermag. *Estler (Berlin).*

Gerstel, Gustav: Vergleichende Untersuchungen an Staublungen. Tl. 1. Chemische Verfahren zur Untersuchung von Staublungen. (*Path. Inst., Univ. Bonn.*) Arch. Gewerbepath. 5, 249—264 (1934).

Verf. veröffentlicht hier den 1. Teil der systematischen Bearbeitung des Staublungenmaterials des pathologischen Instituts zu Bonn. Das Material ist früher von Ceelen im Bereiche der Knappschafts-Berufsgenossenschaft Sekt. 1 begutachtet worden. In diesem Teil der Veröffentlichung wird eine detaillierte Beschreibung der verwendeten chemischen Methoden gegeben.

Bei der chemischen Analyse wurden im wesentlichen 3 Fragen aufgestellt. 1. Wie gelingt es, die absoluten Mengen an Kieselsäure in bestimmten Raumgebieten der Lunge zu ermitteln? Als bester Weg erwies sich hier die Glühveraschung und die nachfolgende Aufschließung der Glühäsche mit Ätznatron. 2. Ist es möglich, die hier vorhandene Mineralart so herauszulösen, daß sie weiterer Untersuchung auf Art, Zusammensetzung und Korngröße zugänglich ist? Hier wurde ein chemisches Zerstörungsverfahren angewandt mit konzentrierter Schwefelsäure und rauchender konzentrierter Salpetersäure oder Überchlorsäure in Gegenwart von Kupfersulfat oder metallischem Quecksilber, die eine deutliche katalytische Wirkung entfalteten. 3. In welchen Mengen finden sich in Staubknoten und sonstigen Lungenabschnitten bzw. Eingeweiden Titan und Aluminium? Zu diesem Zwecke wurde das Gesamtmaterial in 2 Teile geteilt; der eine Teil wurde einer Glühveraschung unterworfen, der zweite einer feuchten Zerstörung mit Säuregemisch. In der Asche des ersten Teils wurde nach Aufschluß mit Ätznatron Kieselsäure, Titan, Aluminium, Eisen, Phosphorsäure bestimmt, während der zweite Teil zur mineralogischen Durchmusterung benutzt wurde.

Durch diese Untersuchungen konnte bereits festgestellt werden, daß in diesem Material der Quarz nicht die Rolle spielt, die ihm bisher allgemein zugeschrieben wird. Die glimmerartigen Substanzen und die Frage des Sericites (ein äußerst feinkörniges Gesteinsmaterial) bedürfen eines umfassenden Angriffes aller derjenigen, die sich mit Staubfragen befassen. *Einar Sjövall (Lund).*

Kisse, Günther: Über das Vorkommen von lymphatischem Gewebe und über lymphatische Reaktion in der Mansfelder Staublunge. (*Path. Inst., Univ. Halle-Wittenberg.*) Arch. Gewerbepath. 5, 229—248 (1934).

An 30 Mansfelder Staublungen wurde histologisch das Vorkommen lymphatischen Gewebes geprüft. Bei geringer Staubfibrose fanden sich nur wenige Lymphknötchen als Reste des normalerweise gebildeten lymphatischen Gewebes. Bei starker Anthrakose wurde das Auftreten neugebildeter Lymphknoten gefunden als Folge der Aktivierung bestimmter Bindegewebsanteile. Diese stellenweise recht beträchtliche Neubildung wird als lymphatische Reaktion im Narbenstadium chronisch entzündlicher Prozesse aufgefaßt. Ihr verschiedenes Ausmaß gab keinen sicheren Hinweis auf die Art des vorangegangenen Krankheitsprozesses. *Schrader (Bonn).*

Tătaru, C., und P. Cirica: Betrachtungen über eine bisher in Rumänien unbekannt gewerbliche Dermatose. (*Clin. Dermato-Vener., Univ., Cluj.*) Cluj. med. 15, 61—66 u. dtsh. Zusammenfassung 94 (1934) [Rumänisch].

Die Autoren beschreiben eine Berufsdermatose, welcher deutsche Autoren den Namen „Melkerknoten“ gaben. Da sie in dem vorliegenden Falle kein ätiologisches Moment fanden, welches für eine Vaccininfektion spricht und weiterhin auch Inokulationen auf die Kornea von Kaninchen negative Resultate gaben, sind die Autoren mit Grotl, Snin u. a. der Meinung, daß die Dermatose wahrscheinlich durch direkte Infektion von Kühen zustande kommt, welche an derselben Affektion leiden oder einer solchen, welche dem Pirquetschen Paravaccin nahesteht. *Autoreferat.*°°

Schröpl, Ernst: Ekzem durch Grenadillholz. (*Dermatol. Abt., A. Ö. Krankenh., Eger, Č. S. R.*) Dermat. Wschr. 1934 I, 498—500.

Schröpl teilt einen Fall mit, bei dem ein Arbeiter, der in einer Musikinstrumentenfabrik beschäftigt ist, an einem Ekzem an Händen, Arm und Gesicht erkrankt. Es bestand eine ausgesprochene Überempfindlichkeit gegen Grenadillholz. Grenadillholz wird beim Klarinettenbau verwandt. *Foerster (Münster i. W.).*

Gottron, H.: Die Melkerberufskrankheiten der Haut unter besonderer Berücksichtigung der durch das Eindringen von Kuhhaaren in die Haut bedingten Melkergranulationsknoten. (*Univ.-Hautklin., Berlin.*) Med. Klin. 1934 I, 330—331.

Neben den Melkerschwielen (eigenartigen schwieligen Verdickungen an den Fingern der Melker), den Melkerknoten (durch Vaccine auf dem Kuheuter bedingte Infektion der Finger) und teleangiektatischen Granulomen beobachtet man mit den Melkerknoten verwechselbare, durch Eindringen von Kuhhaaren in die Haut bedingte Granulome. Die Knoten sind dabei meist reiskorn- bis erbsengroß und von rundlicher, gelegentlich auch von mehr länglicher Form. Ihre Farbe ist gesättigt bläulichrot und ihre Konsistenz derbweich. Gar nicht so selten kann man aus den Granulomen mehr oder minder lange Haarstümpfe hervorragen sehen. Schon die Form und Farbe lassen die durch die Kuhhaare bedingten Knoten von den Melkerknoten unterscheiden, die von mehr blaßbläulicher Farbe sind und vielfach im Zentrum gedellt sind. Verf. schlägt für diese Gebilde den Namen Melkergranulationsknoten zum Unterschied von den Melkerknoten vor. *E. Paschen (Hamburg).*°°

Löwy, Julius: Die Berufskrankheiten der Zahnärzte. (*Abt. f. Gewerbehyg. u. Arbeitsmed., Hyg. Inst., Dtsch. Univ. Prag.*) Med. Klin. 1934 I, 601—602.

Einleitend wird vom Verf. vergleichsweise auf die Berufskrankheiten der Ärzte hingewiesen, bei denen statistisch eine Übersterblichkeit an Erkrankungen der Atmungs- und Kreislauforgane sowie an Infektionskrankheiten von 11,53% gefunden wurde. Die Berufskrankheiten bei den Zahnärzten werden vorwiegend durch ungeeignete Haltung bei der Arbeit, durch Infektionen und durch Vergiftungen hervorgerufen. Die unzureichende Haltung führt zu einer habituellen Thoraxverengerung, wodurch Herzscheidungen ausgelöst werden können. Weiter kann dadurch eine Anlage zur Wirbelsäulenverkrümmung verstärkt werden. Unter den Infektionskrankheiten spielen beim Zahnarzt vor allem die Erkrankungen der oberen Luftwege, schließlich aber auch alle durch Tröpfcheninfektion ausgelösten Erkrankungen eine Rolle. Erhebliche Bedeutung hat die extragenitale Syphilisansteckung mit Primäraffekt am Daumen, Zeige- und Mittelfinger. Weiterhin sind die Röntgenstrahlen in der Berufsgefährdung der Zahnärzte zu beachten. Unter den Vergiftungen stehen im Vordergrund die durch Quecksilber, die sowohl durch Inhalation wie auch durch Resorption von der Haut her erfolgen können. Auf chronische Quecksilbervergiftung führt Verf. die häufige Nervosität der Zahnärzte zurück. Kurz werden noch gestreift die Berufsschädigungen durch Formalin, durch Joddämpfe sowie die Neigung zum Cocainismus wegen der leichten Zugänglichkeit der Cocainpräparate. *Schrader (Bonn).*

Courtier, Jules: Quelques questions de psychologie. En marge des examens pour la sécurité de la route. (Einige psychologische Fragen in bezug auf die Prüfungen für

die Sicherheit der Straße.) (*École des Hautes Études, Paris.*) (*Congr. pour la sécurité de la route, sect. de psychol. et de psychotechn., Paris, 5.—8. X. 1933.*) Bull. Inst. gén. psychol. **33**, 34—39 (1933).

In dem Kongreß, der die Maßnahmen der Straßensicherheit behandelte und von Medizinern und Psychologen besucht war, wurden von Courtier einige allgemeine Fragen behandelt. Es wird eine besondere Schule für Automobilisten vorgeschlagen zur Ausbildung vor der Zulassung, ferner Mäßigkeit im Essen und im Trinken wegen der Gefahr der Ermüdbarkeit gefordert. Gespräche während der Fahrt sind zu vermeiden, um die Aufmerksamkeit von der Straße nicht abzulenken. Der Fahrer muß Gleichmut bewahren vor einem Hindernis und muß sich seiner Verantwortlichkeit gegenüber den Fahrgästen und Passanten stets bewußt sein. Auf alle diese Dinge hat sich die Ausbildung zu erstrecken. *G. Strassmann.*

Lahy, J. M.: *Méthode de la sélection psychotechnique appliquée aux conducteurs d'automobiles.* (Die Methode der psychotechnischen Auswahl, angewandt auf Automobilisten.) (*Inst. Psychol., Univ., Paris.*) (*Congr. pour la sécurité de la route, sect. de psychol. et de psychotechn., Paris, 5.—8. X. 1933.*) Bull. Inst. gén. psychol. **33**, 45—55 (1933).

Getrennt und doch in Zusammenarbeit mit einer ärztlichen Untersuchung werden alle, die ein Automobil lenken wollen, soweit es sich um große Verkehrsgesellschaften handelt, einer psychotechnischen Prüfung unterworfen, um ungeeignete Fahrer im Verkehr nicht zu verwenden. Es werden mit besonderen Apparaten Zeit und Art der motorischen Reaktion, Aufmerksamkeit, Intelligenz geprüft. Zu rechnen ist mit etwa 10% Fehlresultaten, wobei also die Prüfung nicht den vorausgesagten Resultaten der Praxis entspricht. Durch die Prüfung soll der Bewerber nicht als minderwertig hingestellt werden, wenn er schlecht abschneidet, sondern nur für den ihm geeigneten Posten bestimmt werden. Psychotechnische Prüfung und das Ergebnis der ärztlichen Untersuchung sollen sich ergänzen. *G. Strassmann* (Breslau).

Bacqueyrisse, L.: *Sélection et surveillance des conducteurs d'autobus et de tramways.* (Auswahl und Überwachung der Autobus- und Straßenbahnfahrer.) (*Congr. pour la sécurité de la route, sect. de psychol. et de psychotechn., Paris, 5.—8. X. 1933.*) Bull. Inst. gén. psychol. **33**, 56—70 (1933).

Die Pariser Allgemeine Verkehrsgesellschaft hat bei allen ihren Angestellten, die einen Autobus oder eine Straßenbahn lenken sollen, eine genaue ärztliche Untersuchung sowie eine psychotechnische Prüfung eingeführt. Diese Untersuchung wird später in wechselnden Zeiträumen bei den Fahrern wiederholt. Nicht ganz gesunde Personen und solche, die bei der psychotechnischen Prüfung versagen, sollen als Fahrer nicht zugelassen bzw. in anderen Stellungen verwandt werden. Der Wert dieser wiederholten Untersuchung zur Vermeidung von Verkehrsunfällen wird an der Hand von verschiedenen Beispielen erläutert. *G. Strassmann.*

Delaville, G., et Bernard Lahy: *Enquête psycho-physiologique sur la fatigue des conducteurs de poids lourds.* (Psycho-physiologische Studie über die Ermüdung bei Lastkraftfahrern.) (*École Prat. des Hautes Études, Paris.*) (*Congr. pour la sécurité de la route, sect. de psychol. et de psychotechn., Paris, 5.—8. X. 1933.*) Bull. Inst. gén. psychol. **33**, 71—76 (1933).

Die Untersuchung beschränkte sich auf diejenige von 2 Fahrern während eines Weges von 450 km, der in mehreren Tagen mit Ruhepausen durchgeführt wurde. Alle 3 Stunden wurden Reaktionszeit, grobe Kraft, Blutdruck, Ammoniakoeffizient im Urin bestimmt, wobei die Verff. das Lastauto begleiteten. Die Kurven fielen bei beiden gesunden, jugendlichen Fahrern verschieden aus. In den Zeiten der größten Ermüdung war die Reaktionszeit am längsten, der Ammoniakoeffizient am höchsten, bei einem Fahrer waren trotzdem grobe Kraft und Blutdruck kaum verändert. Verlängerung der Reaktionszeit und Erhöhung des Ammoniakoeffizienten im Urin beweisen eine vielleicht äußerlich noch nicht sichtbare Ermüdung, die den Fahrer gefährden kann. *G. Strassmann* (Breslau).

Korngold, S.: *Sélection des conducteurs d'autocars.* (Die Auswahl der Autobusführer.) (*Laborat. de Psychol. Appl., École Prat. des Hautes Études, Paris.*) (*Congr. pour la sécurité de la route, sect. de psychol. et de psychotechn., Paris, 5.—8. X. 1933.*) Bull. Inst. gén. psychol. **33**, 77—80 (1933).

Die von den großen Verkehrsgesellschaften eingeführte psychotechnische Prüfung der Autobusführer, durch welche ungeeignete Fahrer ausgeschaltet werden sollen, und die seit 10 Jahren geübt wird, hat es bedingt, daß trotz der Zunahme des Automobilverkehrs und der Zunahme der Geschwindigkeit der Automobile die durch Straßenbahnen und Autobusse verursachten Straßenunfälle relativ nicht zugenommen, sondern in den letzten Jahren (1932) sogar abgenommen haben. *G. Strassmann* (Breslau).