

vanischen Beamten und ihren javanischen Bedienten mit folgender Verteilung angeführt: Blutgruppe O 40,4%, Blutgruppe A 26,3%, Gruppe B 26,3%, Gruppe AB 7%.

*Mayser* (Stuttgart).

● **Boecker, Eduard: Die Typen der Typhus-Paratyphus-Enteritis-Gruppe. Bakteriologie, Systematik, pathogenetische und epidemiologische Bedeutung.** (*Wutschutzabt., Inst. Robert Koch, Berlin.*) (Veröff. Volksgesdh.dienst Bd. 49, H. 6.) Berlin: Richard Schoetz 1937. 106 S. RM. 4.20.

Eingehend wird die serologische und kulturelle Typeneinteilung der Bakterien der Typhus-Paratyphus-Enteritis-Gruppe beschrieben. Die Zusammenstellung enthält ziemlich vollständig eine kritische Würdigung der Arbeiten dieses Gebietes aus den letzten Jahren. Für den Gerichtsarzt ist daraus als bemerkenswert hervorzuheben, daß die serologische Typeneinteilung, die sich auf das Vorhandensein der verschiedenen Antigene, des thermostabilen, an den Bacillenleib gebundenen sog. O-Antigens und des thermolabilen, an den Geißelapparat gebundenen sog. H-Antigens, gründet, immer mehr anerkannt wird und sich auf die Systematik und Epidemiologie auswirkt. Beim Typhusbacillus ist die Unterscheidung zwischen dem häufigeren xylosevergärenden und dem selteneren Xylose nicht angreifenden Typus auch epidemiologisch von Bedeutung. In der Paratyphus-Enteritis-Gruppe ist der häufigste Typus der nunmehr mit „Bac. paratyphi B“ bezeichnete, frühere Bac. Schottmüller. Der Typus Bac. enteritidis Breslau oder Bac. Aertrycke ist jetzt unter dem Namen Bac. typhi murium der in Deutschland zweithäufigste Vertreter der menschenpathogenen Bakterien dieser Gruppe. Schließlich ist zu bemerken, daß der Bac. enteritidis Gaertner als Typus Bac. enteritidis jena läuft. Die exakte serologische Typendiagnose wird immer, wenigstens für die seltener vorkommenden Typen eine Aufgabe von bakteriologischen Speziallaboratorien sein, sie ist aber imstande, für die Feststellung zusammengehöriger Erkrankungsfälle, für die Suche nach der Infektionsquelle und für den gerichtlich-medizinisch wichtigen Nachweis des ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem angeschuldigten Nahrungsmittel und der Erkrankung ausschlaggebendes Material zu liefern. Nach den Ausführungen des Verf. wird die erst im Jahre 1933 neu durchgearbeitete internationale Nomenklatur der Bakterien der Typhus-Paratyphus-Enteritis-Gruppe einer Revision bedürfen.

*Mayser* (Stuttgart).

### Versicherungsrechtliche Medizin. Gewerbepathologie.

#### (Gewerbliche Vergiftungen.)

● **Weicksel, Johannes: Kompendium der sozialen Versicherungsmedizin.** Leipzig: Georg Thieme 1938. 184 S. u. 6 Abb. RM. 6.80.

Das vorliegende Kompendium ist dazu bestimmt, dem Arzt die Grundlagen für seine Tätigkeit in der Sozialversicherung zu vermitteln, wobei Aufbau, Wesen, Leistungen der einzelnen Versicherungszweige als Voraussetzung für eine verständige ärztliche Mitarbeit erläutert werden. Insbesondere werden alle medizinischen Belange erörtert, die die Gutachtertätigkeit in der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung betreffen; es erfahren deshalb die versicherungsrechtlichen Beurteilungen der verschiedenen Krankheiten und Krankheitszustände eine breitere Berücksichtigung. Das Buch kann als Wegweiser und Ratgeber jedem Arzte bestens empfohlen werden. Für eine Neuauflage sei angeregt, die Definition der Berufskrankheit (S. 95) einer Revision zu unterziehen, da eine solche Erkrankung nicht nur durch schädigende Einwirkungen, die den Tatbestand des Unfalls nicht erfüllen, sondern auch durch einen Unfall (akute Kohlenoxydvergiftung, Arsenwasserstoffvergiftung u. a.) verursacht sein kann. (Vgl. die Fassung des § 547 RVO. auf Grund des 3. Gesetzes über Änderung der Unfallversicherung vom 20. XII. 1928.)

*Estler* (Berlin).

**Kohts, Erich: Die Bedeutung der Reichsunfallversicherung für die ärztliche Praxis.** Dtsch. Ärztebl. 1938 I, 61—63.

Zuständig ist die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrts-

pflege, Berlin C 2, Oranienburger Str. 13—14, mit der Abt. I für Unternehmer, die Mitglieder der freien Wohlfahrtspflege sind; Abt. II für Heilanstalten und sonstige Einrichtungen der Versicherungsträger und insbesondere Abt. III für Ärzte und die ärztlich geleiteten Heilanstalten, letztere soweit nicht zu I oder II gehörig. Jeder Arzt muß binnen 1 Woche nach Praxiseröffnung dies der Bg. mitteilen. Auf direkte oder durch die Ärztekammer zugeleitete Anfrage hat er Auskunft zu geben. Der Arzt, für dessen Rechnung die Praxis geführt wird, gilt als Unternehmer; nicht z. B. der Vertreter. Die Ehefrau muß mit aufgeführt werden, wenn sie Mitinhaberin der Praxis ist oder aber sonst, z. B. bei Reinigen der Räume, beteiligt ist. Sie ist aber wie der Arzt selbst als Unternehmer versicherungsfrei; beide können sich auf Antrag freiwillig versichern. Versicherungspflichtig sind sämtliche in der Praxis tätigen Personen, auch wenn sie nur aushilfs- oder stundenweise beschäftigt sind, so z. B. Reinigungspersonal. Dabei ist das Hausmädchen, das auch die Praxisräume reinigt, für ihre gesamte Tätigkeit im ärztlichen Haushalt versichert. Auch Chauffeure und Wagenwäscher sind einbegriffen; desgleichen alle auch nahen Familienangehörigen, die irgendwie mit der Praxis oder in den Praxisräumen beschäftigt werden — ausgenommen die Ehefrau. Bei Praxen mit abgemieteten Räumen ist die Vermieterin und deren Hausgehilfin versicherungsfrei, wenn sie nur die Reinigung der Räume besorgt, wie sie sonst bei Aftermietern üblich ist. Jede Praxis, auch die ohne Personal, ist anmeldungspflichtig und erhält eine Betriebsverzeichnisnummer. An Beitrag wurde bis 1935 pro versicherungspflichtige Person und Jahr 3,— RM. erhoben; zur Zeit werden keine Beiträge erhoben, da noch genügend Mittel vorhanden sind. Veränderungen im Personalstand sind nicht anzeigepflichtig, zur Zeit sind auch jährliche Bestandsmeldungen nicht notwendig; doch muß jeder Arzt eine Personalliste führen (Vordrucke sind nicht vorhanden), die enthalten muß: Lfd. Nr., Name, Vorname, in welchem Betriebsteil tätig, Dauer der Tätigkeit (von — bis), Barverdienst, Sachbezüge. Meldepflichtig sind Aufgabe oder Verlegung der Praxis, wichtige Veränderungen, wie Beschaffung größerer Apparate (Röntgenapparat, Labor, Kraftfahrzeug zu überwiegenden Praxisfahrten usw.). Jeder Betriebsunfall oder Berufskrankheit ist der Polizeibehörde und der Bg. anzeigepflichtig, wenn er zum Tode oder zu einer voraussichtlich mehr als 3 Tage Erwerbsunfähigkeit bedingenden Krankheit einer versicherungspflichtigen Person führt. Vordrucke für Unfallanzeige und Meldung von Berufskrankheiten sind im Handel erhältlich. Die Leistungen der Bg. bestehen in Gewährung von Krankenbehandlung, Berufsfürsorge und Rente oder Krankengeld, auch Hinterbliebenenrente, Sterbegeld, unter Zugrundelegung des Jahresarbeitsverdienstes, der nur bis zur Höhe von 7200,— RM. berücksichtigt wird. Zur Verhütung von Unfällen werden Unfallverhütungsvorschriften an jedes Mitglied der Bg. versandt. Nichtbeachtung kann bei eingetretenen Unfällen Regreßansprüche der Bg. zur Folge haben.

*Heidemann (Bad Schwalbach).*

**Rott, F.:** Die Unfruchtbarkeit der Frau als Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung. (*Humanmed. Abt., Reichsgesundheitsamt, Berlin.*) Reichsgesdh. bl. 1936, 738—742.

Der 1. Revisionssenat des Reichsversicherungsamtes hat entschieden, daß die Unfruchtbarkeit der Ehefrau, auch ohne daß sie wesentlich Beschwerden verursacht oder mit Arbeitsunfähigkeit verbunden ist, dann eine Krankheit im Sinne der RVO. darstellt, wenn ihre Beseitigung durch ärztliche Behandlung möglich und im Interesse der Allgemeinheit erwünscht ist. Verf. gibt in extenso die dieser Entscheidung mitgegebene Begründung, die sich auf ein von ihm erstattetes Gutachten stützt. Nach diesem Gutachten liegt Unfruchtbarkeit vor, wenn eine Frau nach 2jähriger Ehe nicht schwanger geworden ist, obwohl sie keine Präventivmaßnahmen gebraucht. Dasselbe gilt nach einer Geburt oder Fehlgeburt, und nur ausnahmsweise kann auch bei noch kürzerer Ehedauer eine Unfruchtbarkeit angenommen werden. Vor der Einleitung einer Behandlung ist eine genaue Untersuchung, deren Kosten auf 34 RM. geschätzt werden, erforderlich. Wenn nach dieser Untersuchung Aussicht auf Beseitigung der

Sterilität besteht (auch der Ehemann muß untersucht und zeugungsfähig befunden sein), wenn weiter die Frau genügend Ausdauer für die Behandlung verspricht und wenn schließlich keine eugenischen Bedenken bestehen, muß die Krankenkasse heute im Rahmen ihrer Leistungsfähigkeit die Kosten für die Behandlung übernehmen, während es noch nicht geklärt ist, wer als Kostenträger für die der Behandlung vorangehende Untersuchung in Frage kommt. *Frommolt* (Halle a. d. S.).<sup>oo</sup>

**Grünwald: Die Beseitigung der Unfruchtbarkeit auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung.** Dtsch. Ärztebl. 1937 II, 945—946.

**Panick: Die Unfruchtbarkeit der Frau als Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung.** Vertrauensarzt u. Krk.kasse 5, 227—229 (1937).

Entsprechend der Stellungnahme der RVO. zum Krankheitsbegriff ist die bloße Unfruchtbarkeit einer Frau grundsätzlich bisher nicht als Krankheit im Sinne der RVO. angesehen worden. Nach dem Erlaß des Reichsministers des Innern vom 27. IX. 1937 — IV A 11 926/37/1079f. — findet die erbgesundheitliche Begutachtung durch die für den Wohnsitz der Frau zuständigen Gesundheitsämter statt. In Frage kommt hier wiederum nur die Begutachtung Frauen deutschen oder artverwandten Blutes. Rott (vgl. vorsteh. Ref.) hat dazu noch brauchbare Richtlinien mitgeteilt.

*Nippe* (Königsberg i. Pr.).

**Arendts, Carl: Die Begriffe: Arbeitsunfähigkeit — Erwerbsunfähigkeit — Invalidität im Sinne der Reichsversicherung und Reichsversorgung.** Ärztl. Sachverst.ztg 44, 85—94 (1938).

Auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen und des gegenwärtigen Standes der Rechtsprechung gibt Verf. eine klare systematische Abgrenzung der weitgehend verwandten Begriffe der „Arbeitsunfähigkeit“ in der Krankenversicherung, der „Erwerbsunfähigkeit“ und ihrer verschiedenen Grade in der Unfallversicherung und Reichsversorgung, der „Invalidität“ in der Invaliden- und Altersversicherung und der „Berufsunfähigkeit“ in der Angestelltenversicherung. Dann wird das Verhältnis dieser Begriffe zueinander verglichen und dabei an Hand von Beispielen (Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie, Trunksucht, Blind- und Taubheit) der Unterschied zwischen richterlicher und ärztlicher Tätigkeit erörtert. Als Schlußfolgerung wird eine Vereinheitlichung durch Beschränkung auf den Begriff der Erwerbsunfähigkeit gefordert, um die Irrtumsgefahr und Rechtsunsicherheit auszuschalten, die bei der Verwendung mehrerer ähnlicher Begriffe besteht.

*Heinrich Haeckel* (Berlin).

● **Passarge, Edgar: Unfallheilkunde und ärztliche Ausbildung.** (H. Unfallheilk. Hrgs. v. M. Zur Verth. H. 21.) Berlin: F. C. W. Vogel 1938. 57 S.

Mit der Bitte um Nachdenken, Ablehnung oder Anerkennung übergibt der Verf., der vom Fachgebiet der Chirurgie zum anatomischen Lehrfach gekommen ist, seine bemerkenswerten Ausführungen den Berufsgenossenschaften und den Ärzten — den Berufsgenossenschaften, die als Unfallversicherungsträger und Betreuer der Unfallverletzten gesetzlich die Verantwortung für das bestmögliche Heilverfahren bei Auftreten von Unfällen haben — den Ärzten, von deren Kenntnissen in der Behandlung Unfallverletzter es weitgehend abhängt, ob im Rahmen des Möglichen eine rasche und vollkommene Heilung erzielt wird, die dem Verletzten die Arbeitskraft erhält und die Rentenzahlung auf das Notwendige einschränkt. Als „selbstverantwortliche Persönlichkeit“ tritt Verf. an die Erörterung folgender Probleme: Die Berufsgenossenschaften und das ärztliche Studium, das berufsgenossenschaftliche Unfallheilverfahren (Verletzungsartenverfahren, Durchgangsarztverfahren, Beratungsfacharztverfahren), Arzt und Unfallheilverfahren, der Gegensatz von Durchgangsarzt und praktischem Arzt als Charakterproblem, die Ursachen ärztlicher Fehler und ihre Bedeutung für das Unfallheilverfahren, folgerichtiges Denken und anatomische Grundkenntnisse als Voraussetzung für die Diagnostik, die Überbewertung der Erfahrung als Gefahr für die ärztliche Ausbildung usw. Nach Ansicht des Verf. wird die Hochschule dem Medizinstudierenden am besten das Rüstzeug auch für das wichtige Gebiet der Unfallheil-

kunde vermitteln, wenn sie ihm eine großzügige Übersicht über das ganze Gebiet der Medizin gibt, die Überhäufung mit Wissensballast vermeidet und den Hauptwert auf die „Schulung des Denkens“ legt. *Kärber (Berlin).*

**Simonin, C.:** *Les bases médico-légales de la neurologie traumatique.* (Die medizinisch-rechtlichen Grundlagen der Unfallneurologie.) *Rev. Méd.* 54, 522—543 (1937).

Übersichtsreferat, das die gerade in der Neurologie beträchtlichen Schwierigkeiten bei der Beurteilung von Unfallfolgen aufzeigen soll. Verf. hebt zunächst die medizinische und soziale Bedeutung der Unfälle überhaupt hervor, wobei die Unfallhäufigkeit und die Unfallfolgen den durch die Infektionskrankheiten gesetzten Schäden gegenübergestellt werden. Verf. erörtert dann die verschiedenen Probleme, die sich bei der medizinisch-rechtlichen Beurteilung von Unfallverletzten (bzw. Unfallkranken) ergeben, zunächst aus der besonderen Einstellung des Verletzten zum Arzt (nicht nur Hilfe, sondern auch Recht suchend, Aggravation, Simulation usw.) dann hinsichtlich der Beurteilung des Unfalls bei indirekter Einwirkung (z. B. Hämorrhagien nach Explosionen, Caissonkrankheit usw.), bei Einwirkung banaler Gewalten, schließlich aus der Frage, ob eine Erkrankung überhaupt unfallbedingt ist (u. a. auch versicherungsrechtliche Beurteilungen von interkurrenten Erkrankungen) und aus der Tatsache, daß bei einer Erkrankung der Unfall nur ein Faktor in der Verursachung ist (aggravierende Wirkung auf bestehende Krankheitszustände — aggravierende Auswirkungen einer Erkrankung auf die Unfallfolgen). *Estler (Berlin).*

**Heyde:** *Die Bedeutung von Psychopathologie und ärztlicher Psychologie für die Unfallbegutachtung.* (12. Tag. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsm., Würzburg, Sitzg. v. 24.—25. IX. 1937.) *Arch. orthop. Chir.* 38, 154—162 (1937).

Kongreßvortrag, der dem Psychiater und Neurologen nichts grundsätzlich Neues bringt, das Wichtige aber in didaktisch recht glücklicher Art zusammenstellt. Die aus den Unzulänglichkeiten der Gutachter wie der Rechtsprechung resultierende Problematik der gegenwärtigen Situation wird mit anerkannter Offenheit gekennzeichnet, die Einstellung der Rechtsprechung als „eigenartig formal und weltfremd“ bezeichnet. Nur medizinische Psychologie — eine solche und nicht Psychologie schlechthin kommt in Frage — läßt z. B. den Schreck als eine normale seelische und vegetative Reaktion erkennen, lehrt begreifen, daß psychopathische Persönlichkeitsstruktur und psychogene Reaktion keine Erkrankungen sind, ermöglicht ein Verständnis für die Begutachtungssituation und ihre Wirkungen, verhindert das Hervorrufen von Untersuchungsartefakten (Sensibilitäts„störungen“, Romberg usw.), verhütet aber auch die Mißdeutung neurologisch symptomloser, aber mit Erscheinungen der Hirnleistungsschwäche einhergehender organischer Zustände als abnormer seelischer Reaktionen. Auch hier sind psychotherapeutische Erfolge durch Einfühlen und Verstehen allein nicht zu erreichen; der Patient muß vielmehr zur aktiven Mitarbeit, zur Überwindung seiner inneren Schwierigkeiten gebracht werden. Besserung ist nur zu erwarten, wenn einmal die Allgemeinheit dahin erzogen wird, daß sie charakterliche Minderwertigkeiten und Schwächen als solche bezeichnet, und dann dadurch, daß — im Rahmen des Lehrfaches Psychiatrie — ein wirklich planmäßiger Unterricht in medizinischer Psychologie erfolgt. *Donatius (Eberswalde).*

**Rudolph, Bernh.:** *Selbstmord und Selbstschädigung in der Sozialversicherung.* *Dtsch. Ärztebl.* 1938 I, 59—61.

Sterbegeldanspruch aus der Krankenversicherung besteht auch bei Selbstmord des Versicherten, wenn der Tod während oder binnen 3 Wochen nach der versicherungspflichtigen Beschäftigung eintritt. Falls als Mehrleistung in der Familienhilfe Sterbegeld vorgesehen ist, gilt das gleiche bei Tod durch Selbstmord bei Familienangehörigen. Wenn der Zeitpunkt des Todes, z. B. durch Unauffindbarkeit der Leiche, nicht feststeht, so gilt der Auffindungstag der Leiche als Todestag, es sei denn, daß durch Zeugen der wirkliche Todestag sicher festgestellt werden kann. Nur einige Krankenkassen

haben durch Zusatzbestimmung Sterbegeld bei Selbstmord ausgeschlossen. Bei mißglücklichem Selbstmordversuch ist es, falls entsprechende Bestimmungen in der Satzung vorhanden sind, möglich, Krankengeld zu versagen auf Grund des § 192 RVO., weil der Betreffende sich die Krankheit vorsätzlich zugezogen hat. Ärztliche Behandlung, Arzneien, Heilmittel, Krankenhaus mit Hausgeld sind auf alle Fälle zu gewähren. Das gleiche gilt für vorsätzlichen Abort. Aus der Unfallversicherung kommen bei Selbstbeschädigung Leistungen nicht in Frage. Wird ein Versicherter auf der Betriebsstätte tot gefunden, so ist nach wiederholten Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes zwar im allgemeinen Betriebsunfall anzunehmen; ist indessen, z. B. aus nachgelassenen Briefen oder durch die besondere Art der Verunglückung, Selbstmord nachzuweisen, so liegt kein Betriebsunfall und keine Leistungspflicht der Unfallversicherung vor. Das gleiche gilt für die Invalidenversicherung. Rente wird auch hier bei Invalidität nach mißglücklichem Selbstmordversuch versagt. Die Ansprüche der Hinterbliebenen (Witwen-, Waisenrente) bleiben unberührt. Vorsatz liegt natürlich in allen Fällen nicht vor, wenn die geistige Zurechnungsfähigkeit bei dem Selbstschädiger mehr oder weniger ausgeschaltet war. *Heidemann (Bad Schwalbach).*

**Rostock: Objektive Untersuchungsmethode zur Feststellung der Bewegungsmöglichkeit der Wirbelsäule.** (*12. Tag. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Würzburg, Sitzg. v. 24.—25. IX. 1937.*) *Arch. orthop. Chir.* **38**, 263—268 (1937).

Es wird vorgeschlagen, in maximaler Beugung und Streckung der Wirbelsäule je ein seitliches Röntgenbild anzufertigen und dessen Pausen als genaue graphische Darstellung der Beweglichkeit zu verwenden. *Regele (Bozen).*

**Oosterle, Fritz: Erfahrungen mit dem verbesserten Simulationsgerät an der Würzburger Klinik.** (*Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankh., Würzburg.*) *Hals- usw. Arzt I Orig.* **28**, 339—343 (1937).

Das frühere, schon bezüglich Apparatur und Methode beschriebene, auf dem Stengerschen Prinzip aufgebaute Gerät, das zur Differenzierung von Taubheit und Simulation verwandt wird, ist durch Einbau eines Summers, der wahlweise mit beliebiger Lautstärke auf beide Ohren eingeschaltet werden kann, verbessert worden. Mit Hilfe dieses Gerätes konnten von 25 Patienten 15 als wirklich taub, 10 als Simulanten sicher festgestellt werden. Von den 10 Simulanten waren 7 in Vorgutachten falsch beurteilt worden. *Woelke (Schweidnitz i. Schl.).*

**Marchand, M., et R. Demarez: Ulcère traumatique gastro-duodéal.** (Traumatisches Magen-Zwölffingerdarmgeschwür.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 13. XII. 1937.*) *Ann. Méd. lég. etc.* **18**, 42—48 (1938).

Ein 27-jähriger Arbeiter war beschäftigt, ein schweres Stück Eisen mit einem Dampfhammer zu schmieden. Hierzu hatte er es zwischen zwei kräftigen Eisenzangen auf den Amboß gelegt; während er in gebeugter Stellung über der Arbeit beschäftigt war, schlug die schwere Masse den Mann in die Regio epigastrica, der Mann fiel zu Boden, wurde von seinen Kameraden aufgehoben und nach  $\frac{1}{4}$  Stunde zum Arzt bzw. ins Krankenhaus gebracht. Dort wurde ein faustgroßes epigastrisches Hämatom konstatiert; im 3monatigen Hospital dauerndes blutiges Erbrechen, Schmerzen in der Magengegend, Gewichtsabnahme. Allmähliche Heilung. Die Röntgenaufnahmen ergaben einwandfrei ein gastroduodenales Ulcus bei dem früher absolut gesunden Mann. Der Zusammenhang mit dem Trauma ist hier restlos nachgewiesen. *Scheuer (Berlin).*

**Hübner, A.: Unfall und Recht. Geschwulst als Unfallfolge. — Nachteile schematisierter Frakturbehandlung.** *Chirurg* **10**, 21—24 (1938).

Die Frage der „Geschwulst als Unfallfolge“ ist immer noch strittig. Ein ursächlicher Zusammenhang kann nur dann als wahrscheinlich angesehen werden, wenn der Ort der Geschwulsterkrankung von der Verletzung unmittelbar betroffen ist. Schematisierte Knochenbruchbehandlung bringt Nachteile und Gefahren. Bei Disponierten können durch die Immobilisierung schon nach kurzer Zeit unwiederherstellbare Bewegungseinschränkungen entstehen. Kritiklose Anwendung der Nagel- und Drahtextension ist zu verwerfen. Heftpflaster und Mastisolzug erfüllen häufig denselben

Zweck. Bei Seitenverschiebung empfiehlt es sich, Drahtextension mit Gipsschienen zu kombinieren. Kompressionsbrüche der Wirbelsäule sollen ebenfalls individuell behandelt werden.

*Braun (Ohligs).*

**Loudet, Osvaldo, und Godofredo Lozano: Jugendliche Paralyse nach Trauma.** (*Ges. f. Psychiatrie u. Gerichtl. Med., La Plata, Sitzg. v. 28. IX. 1937.*) Rev. Psiquiatr. y Criminol. 2, 615—624 (1937) [Spanisch].

Der jetzt 18 Jahre alte Kranke hatte mit 11 Jahren durch Fall vom Wagen eine schwere Kopfverletzung erlitten mit Ohrenbluten und einer mehrere Tage dauernden Gehirnerschütterung. Der Knabe, der bis dahin gut gelernt hatte, begann allmählich zu versagen, und schließlich kam das für die progressive Paralyse charakteristische Krankheitsbild zur vollen Entwicklung in neurologischer und psychisch-dementer Hinsicht. Die Behandlung mit Stovarsol und die Malariatherapie besserten wohl etwas den neurologischen, nicht aber den psychischen Zustand. Da es sich bei dem Kranken um Heredofues handelte (von seiten der Mutter), ist das Kopftrauma als Gelegenheitsursache des Ausbruchs der Paralyse anzusehen.

*Ganter (Wormditt i. Ostrp.).*

**Lacassagne, Jean: Tatouages professionnels des tréfileuses.** (Professionelle Tätatuierungen der Drahtzieherinnen.) Rev. internat. Criminalist. 9, 77—79 (1937).

Es wird über ein 24-jähriges Mädchen berichtet, bei dem sich an der Außenseite des Vorderarmes drei blaue Flecke und vereinzelt analoge Bildungen am Oberarm und Handgelenk fanden. Der Autor vermochte verschiedene vorhergehende Fehldiagnosen richtigzustellen, indem er in den geschilderten Erscheinungen professionelle Tätatuierungen der Drahtzieherinnen erkannte. Ob Gold-, Silber- oder Kupferfäden die Oberhaut verletzt und zur Ablagerung absprengefter Metallteilchen führen, konnte experimentell noch nicht festgestellt werden. Zwei junge Frauen der gleichen Profession mit den nämlichen blauen Herden kommen zur Vorstellung.

*Riecke (Leipzig).*

**Luce, Ferdinand: „Sogenannte physikalische Allergie“ als entschädigungspflichtige Berufskrankheit.** (*Univ.-Inst. f. Berufskrankh., Berlin.*) Arch. Gewerbepath. 8, 206 bis 222 (1937).

Eingehende Beschreibung eines Krankheitsfalles, bei dem es bei einer als Keramikerin arbeitenden Frau zu einer Überempfindlichkeit gegenüber Wärme und Wärmestrahlen gekommen war. Die Arbeit der Patientin bestand darin, in einem besonderen Schmelzofen Porzellanzähne zu brennen. Nach etwa 5-jähriger Tätigkeit setzten die ersten Veränderungen ein, die neben allgemeinen Symptomen wie Nervosität, allgemeines Ubelsein, Schwächezuständen sich auch in Hauterscheinungen äußerten. An den der Einwirkung der strahlenden Hitze ausgesetzten Gesichtspartien kam es zu Schwellungen, Rötung und Erweiterung der Hautporen. Im Verlauf des nun einsetzenden berufsgenossenschaftlichen Verfahrens zeigte es sich, daß bei einem Versuch, während dessen die eine Gesichtshälfte mit einer Schutzpaste bedeckt war, die andere aber frei blieb, an der ungeschützten Gesichtshälfte tatsächlich eine deutliche noch am folgenden Tage nachweisbare Reaktion feststellbar war, während die geschützte frei geblieben war. Der Krankheitsfall wird dahin gedeutet, daß zwar ein sicher durch den Beruf hervorgerufenen Leiden vorliegt, daß er aber trotzdem nicht als Berufskrankheit im Sinne der III. Verordnung gedeutet werden kann, da ein einfaches Bedecken der Wärmestrahlen ausgesetzten Gesichtspartien mit einer Schutzpaste genügte, um die schweren Hauterscheinungen hintanzuhalten, da also die Schädigung weder zum Wechsel noch zur Aufgabe des Berufes geführt hat. Die begleitenden nervösen Erscheinungen werden als Anzeichen eines rentenneurotischen Begehrens aufgefaßt. Anschließend wird eine ausführliche Übersicht über das Schrifttum des Themas physikalische Hautallergie gegeben.

*S. Fuß.*

**Chavigny et Moniatte: Ictère émotif et médecine légale.** (Emotioneller Ikterus und gerichtliche Medizin.) Ann. Méd. lég. etc. 17, 1031—1033 (1937).

Ein 55-jähriger Mann bekommt beim Anblick einer Küchenschabe, die seine Tochter in der Wurst findet, ohne selbst etwas gegessen zu haben, einen starken Ekelaffekt und erkrankt am nächsten Tage an einem Ikterus, der schließlich in Heilung ausgeht. Verf. geben in dem von dem Kranken gegen den Gastwirt anhängig gemachten Zivilprozeß ihr Gutachten dahin ab, daß unter Mitberücksichtigung des Schrifttums die Annahme einer kausalen Beziehung zwischen jener Emotion und dem Ikterus nicht kategorisch abgelehnt werden könne.

*Hans Baum (Königsberg).*

**Häbler: Gibt es eine Transportunfähigkeit Unfallverletzter?** (*12. Tag. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Würzburg, Sitzg. v. 24.—25. IX. 1937.*) Arch. orthop. Chir. 38, 294—297 (1937).

Häbler geht hier auf die sehr häufige Frage der Berufsgenossenschaften ein, ob der Erfolg einer einmal begonnenen Behandlung durch eine Verlegung in Frage gestellt wird. Die Erstkrankenhäuser pflegen die Anfragen nach Verlegung gewöhnlich

mit der Begründung der Transportunfähigkeit abzulehnen. H. erörtert zunächst die Knochenbrüche. Hier kann seiner Ansicht nach jederzeit, auch wenn schon eine Drahtextension angelegt war, der Transport durch Eingipsen möglich gemacht werden. Die Gefahr der Fettembolien ist verschwindend klein ( $1-1,5\%$ ) und besteht eigentlich nur in den ersten Tagen. Spätembolien sieht man nach Kirschner eigentlich nur bei schlecht fixierten Brüchen; der Transportgipsverband stellt am besten ruhig. Thromboembolien nach Knochenbrüchen kommen ohne manifeste Thrombosen wohl nie vor. Bei manifester Thrombose muß von Fall zu Fall entschieden werden. Die Blutungsgefahr ist ebenfalls abzulehnen. Denn eine eventuelle Zerreißen einer größeren Arterie muß sowohl beim subcutanen als offenen Bruch vorher gestillt sein. Arrosionsblutungen bei eitrigen Knochenbrüchen können aber ebensowohl in Bettruhe als beim Transport im Gipsverband eintreten. Selbst beim komplizierten Bruch nach überschrittener 6-Stundengrenze und bereits klinischer Infektion rät er zum Transport, damit der Kranke bei der dann besonders schwierigen Behandlung in die richtigen Hände kommt. Die Schädelverletzungen nehmen eine besondere Stellung ein, denn eine Gehirnerschütterung kann durch den Transport natürlich verschlechtert werden. Aber auch bei diesen Verletzungen neigt er mehr zu einem Transport in die Hände eines Facharztes. Brust- und Bauchverletzungen aus dem Erstkrankenhaus nach 24 Stunden zu verlegen, widerrät er.

*Franz* (Berlin).

**Zanger, H.:** Über Gründe von diagnostischen und Gutachter-Schwierigkeiten bei atypischen Vergiftungsbildern. (Besonders gewerbetoxikologischer Art.) Arch. Gewerpath. 8, 223—239 (1937).

Verf. setzt in tieferschürfenden Erörterungen unter Verwertung eigener Erfahrungen die Gründe der Schwierigkeiten auseinander, die bei der Feststellung und gutachtlichen Beurteilung atypischer Vergiftungsbilder erwachsen können. Soche Schwierigkeiten liegen u. a. in der häufig wechselnden Zusammensetzung der Arbeitsstoffe, in dem Auftreten von Zersetzungsprodukten, Verunreinigungen, in der Verwendung völlig neuer Arbeitsstoffe, im Zusammenwirken verschiedener Gifte einerseits und der jeweiligen Empfindlichkeit des Individuums andererseits (Vitamin- und Hormonmangel als Grundlage gesteigerter Empfindlichkeit). Das Erkennen wird häufig durch Deck- und Phantasienamen der Arbeitsstoffe erschwert. Schwierigkeiten bieten auch die Vergiftungen durch flüchtige Stoffe. Besondere Verhältnisse können sich daraus ergeben, daß Stoffe über verschiedene Wege gleichzeitig aufgenommen werden (z. B. Haut + Atmung). Dem Gutachter erwachsen häufig Schwierigkeiten durch unvollständige Voruntersuchungen, Fehlrurteile in Voruntersuchungen usw.

*Estler*.

**Holstein, Ernst:** Die gewerbliche Quecksilbervergiftung. Zbl. Gewerbehyg., N. F. 14, 249—258 (1937).

In einer auch für den medizinischen Laien, aber Fachmann auf dem Gebiete des Arbeitsschutzes verständlichen Form wird unter Beifügung einiger guter Abbildungen das Wesentliche der gewerblichen Quecksilbervergiftung und der damit zusammenhängenden Fragen dargestellt. Es werden behandelt, der Quecksilberbergbau, die mannigfache Verwendung des Quecksilbers und seiner Verbindungen in der Industrie (Thermometerherstellung, Vakuumindustrie, Haarhutfabrikation usw.), die Entstehung und Symptomatologie der chronischen Quecksilbervergiftung, gewerbehygienische Maßnahmen und der Ersatz des Quecksilbers und seiner Salze z. B. in der Haarhutindustrie. Seit Oktober 1935 besitzt Deutschland am Landsberge bei Obermoschel (Oberpfalz) wieder einen eigenen Quecksilberbergbau. Durch technische Einrichtungen und ärztliche Überwachung ist die Quecksilbergefährdung der Belegschaft auf ein Mindestmaß herabgesetzt.

*Kärber* (Berlin).

### Vergiftungen. Giftnachweis (einschl. Blutalkoholbestimmung).

● **Fühner-Wielands Sammlung von Vergiftungsfällen.** Hrsg. v. B. Behrens. Unter Mitwirkung v. E. W. Baader, A. Brüning, F. Flury, F. Koelsch, V. Müller-Hess,