

Belonoschkin, B., und J. Hense: Wirkung von Sulfonamiden auf Spermatozoen. (*Gau-Frauenklin. mit Hebammenlehranst., Posen.*) Zbl. Gynäk. 1942, 880—882.

Die therapeutische Anwendung von Sulfonamidpräparaten in der Therapie hat die Frage der Schädigung der männlichen Keimzellen aktuell gemacht, da dies vor allem von belgischen Autoren behauptet wurde. Im Anschluß an einige andere Arbeiten berichtet die vorliegende Mitteilung über die Wirkung von Uliron auf menschliche und tierische Spermatozoen in vitro bei Anwendung von therapeutischen Dosen. Als Maß der Lebensfähigkeit der Spermatozoen wurde dabei ihre Lebensdauer kontrolliert. Es hat sich dabei gezeigt, daß die jetzt gebräuchlichen Sulfonamidpräparate in therapeutischen Dosen keine schädigende Wirkung auf die männlichen Keimzellen ausüben.

Belonoschkin (Posen).°°

Versicherungsrechtliche Medizin. Gewerbepathologie.
(Gewerbliche Vergiftungen.)

Schellworth, W.: Zur Frage der Akten-Gutachten. Mschr. Unfallheilk. 49, 102—110 (1942).

Verf. wendet sich gegen die bisweilen in Gerichtsurteilen festzustellende Tendenz, Aktengutachten prominenter Sachverständiger gegenüber solchen Gutachten zu vernachlässigen, die „auf Grund eigener Untersuchung“ erstattet sind. Das Aktengutachten ist stets dann am Platze, wenn die Untersuchungsbefunde klar und nur ihre Deutung und die Zusammenhangsfragen strittig sind. In diesem Falle ist es kein Nachteil, wenn der Obergutachter — auch im Interesse des zu Begutachtenden — auf eine erneute Untersuchung verzichtet und seine Erwägungen auf die einwandfreien Untersuchungsbefunde der Vorgutachter stützt. Es ist dann nicht angängig, seine Stellungnahme aus diesem Grund zu diskreditieren. Verf. belegt seine durchaus berechtigten Ausführungen mit einem vielleicht nicht ganz glücklich gewählten Beispiel aus der Gutachterpraxis.

Bay (Heidelberg).

Fünfgeld, Ernst: Grundsätzliches zur Mitwirkung des Psychologen bei der Begutachtung Kopfverletzter. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Köln.*) Mschr. Unfallheilk. 49, 162—166 (1942).

Fünfgeld faßt seine zeitgemäße Arbeit in unzweideutiger und sehr bestimmter Form, die keine Kompromisse zuläßt, folgendermaßen zusammen: 1. Die Begutachtung Kopfverletzter ist ausschließlich Sache des psychiatrisch-neurologisch ausgebildeten, in diesen Sonderfällen erfahrenen Arztes. 2. Es ist einem solchen Arzte unbenommen, seinen Befund durch Untersuchungen erweitern zu lassen, die ein Fachpsychologe vornimmt. Die Indikation zu diesen Untersuchungen ist Sache des Arztes. 3. Die Schlußfolgerungen aus den Befunden, d. h. das eigentliche Gutachten hat ausschließlich der Arzt zu erstatten. Die psychologischen Untersuchungen bleiben ein Teil des psychiatrischen Befundes. Der Psychologe als medizinischer Laie hat bei der Erhebung des ärztlichen Teils keinerlei Mitwirkung.

Heinrich Többen (Münster i. W.).

● **Eltze, Martin: Die Begutachtung von Herz- und Gefäßkrankheiten.** Berlin: Richard Schoetz 1942. VII, 159 S. u. 34 Abb. RM. 8.80.

Die Veröffentlichung bietet eine große Fülle von Einzelbeobachtungen und Begutachtungsfälle vorwiegend aus der versorgungsrechtlichen Tätigkeit über Erkrankungen des Herzens und der Gefäße. Man erkennt die Schwierigkeit, in häufig recht kurzen und nicht immer ganz vollständigen Anamnesen eine Beurteilungsgrundlage zu schaffen, die gestattet, den vom Verf. gezogenen Schlußfolgerungen bei der Beurteilung zu folgen. Auch wird offenbar die aus dem Bemühen, sich möglichst knapp und kurz zu halten, erwachsene, wenig eingehende Berücksichtigung der Differentialdiagnose gelegentlich als ein Mangel empfunden. Ansichten anderer Autoren werden ohne eingehende Kritik übernommen, auch haben sich vereinzelt infolge der knappen Formulierung Unrichtigkeiten in die Darstellung eingeschlichen, die vielleicht hätten vermieden werden können. Es ist sehr schwierig, in kurzen Kapiteln über grundsätz-

liche und zum Teil noch ungelöste Fragen ein knappes Urteil abzugeben. Der Hinweis und die Darstellung der gesetzlichen Bestimmungen bei den Nachuntersuchungen der Versorgungsberechtigten gibt sehr wertvolle Einzelheiten. Man sieht, daß der Verf. aus einer reichen Erfahrung schöpft. — Eltze behandelt in häufig sehr kurzen Darstellungen meist mit Anführung von Einzelbegutachtungen alle möglichen Herzgefäß-erkrankungen (in 55 einzelnen Kapiteln) und bespricht dann noch zusammenhängend zahlreiche Fragen, die bei der Begutachtung von Kreislaufkrankheiten auftreten können. Die angeführten Röntgenbilder und Elektrokardiogramme sind anschaulich ausgewählt. Obwohl die Broschüre das Studium größerer Handbücher nicht entbehrlich machen kann, ist sie für den Gutachter zur raschen Orientierung geeignet und wird gewiß weite Verbreitung finden.

Hallermann (Kiel).

Hausbrandt, Fritz: Akute Subduralblutung bei „Konkurrenz“ zweier Kopftraumen von verschiedener unfallrechtlicher Bedeutung. Eine strittige Begutachtung. (*Inst. f. Gerichtl. Med. u. Kriminalist., Univ. Königsberg i. Pr.*) Arch. orthop. u. Unf.-Chir. 42, 198—212 (1942).

Ein 52-jähriger Mann trug bei einem Autounfall um 17 Uhr durch ein Brett, das in den Wagen flog, und durch Glasscherben geringfügige Verletzungen an der rechten Gesichtsseite davon. Nichtsdestoweniger setzte er die Fahrt fort und nahm von 20 bis 24 Uhr an dem Wurstessen, dem Ziel der Fahrt, trotz Beschwerden beim Kauen in bester Stimmung teil. Dabei wurden von 4 Teilnehmern 2 Flaschen Rum und 1 Flasche Kognak geleert. Im Mietauto heimgebracht, stieg er in Begleitung die Stiege zu seiner Wohnung hinauf, stürzte aber, während der Begleiter das zum zweitenmal selbsttätig verlöschte Stiegenhauslicht wieder aufdrehen ging, über die Stiege hinab. Er wurde um 1 Uhr in ein Krankenhaus aufgenommen und starb dort um $\frac{3}{4}$ Uhr, nicht ganz 11 Stunden nach dem Unfall. Die flüchtig ausgeführte Leichenöffnung, die 9 Monate später wiederholt wurde, ergab einen durch die rechte Hälfte der hinteren Schädelgrube absteigenden Bruch des Schädelgrundes und einen subduralen, „von der linken Stirnpartie“ an „etwa die Hälfte der Großhirnhälfte“ deckenden, „ziemlich kompakten Blutkuchen“. Der Ausgang der Blutung wurde nicht festgestellt. Da die Versicherungsgesellschaft gegen den Anspruch der Erben den Zusammenhang mit dem Autounfall bestritt, kam es zum Prozeß. Im ganzen wurden 6 ärztliche Sachverständige gehört, von denen 2 den Tod mit dem Autounfall in Zusammenhang brachten. Erstgericht und Reichsgericht lehnten den Anspruch ab. Verf. tritt namentlich den Ausführungen des einen Sachverständigen entgegen, der ein, seiner Meinung nach für subdurale Blutergüsse bezeichnendes, freies Intervall zwischen Unfall und Sturz angenommen hatte.

Meixner (Innsbruck).

● **Bode, Friedrich: Unblutige Behandlung der Frakturen und ihre Fehlheilungen. Nach berufsgenossenschaftlichen Akten. (Mschr. Unfallheilk. Hrsrg. v. A. Hübner. Beih. 37.)** Berlin: Springer 1942. 44 S. RM. 3.30.

Die Arbeit aus der Feder eines erfahrenen ärztlichen Beraters der Berufsgenossenschaften über die bei der Frakturenbehandlung vorkommenden Fehlheilungen fordert größere Aufmerksamkeit in der Behandlung von Knochenbrüchen, um Versteifungen zu verhindern und verweist auf die Notwendigkeit von Röntgenaufnahmen und entsprechenden Kontrollen. Das Nichtvornehmen einer Prüfung kann als Unterlassung der dem Arzt obliegenden Sorgsamkeitspflicht ausgelegt und bestraft werden. Die möglichst genaue Einrichtung der Fraktur mit weitgehender Herstellung der anatomischen Form des gebrochenen Knochens soll unter Anwendung eines erprobten Anästhesieverfahrens erfolgen. „Wenn die Ärzte sich gewöhnen würden, eines der vielfach erprobten und als unschädlich erkannten Anästhesieverfahren grundsätzlich auch für die Einrichtung der Frakturen zu gebrauchen, würden die Heilergebnisse viel besser werden.“ Nach Kirschner ist „die Beseitigung des Schmerzes bei einem Unfallverletzten nicht allein ein Gebot der Menschlichkeit, sondern auch ärztliche Notwendigkeit“. Pflichtwidrige Nichtbeseitigung eines Schmerzzustandes ist Körperverletzung und

kann nach Verf. unter Umständen zur strafrechtlichen Verurteilung des Arztes führen. Als sicherste Vorsichtsmaßnahme gegen Zirkulationsstörungen und Gangrän wird das Wiederaufschneiden des noch nicht festgewordenen Gipsverbandes empfohlen. Für nicht eingekeilte Schenkelhalsfrakturen in jedem Lebensalter hat sich die Nagelung als beste Behandlungsmethode erwiesen. Bei Wirbelsäulenbrüchen, welche mit Lähmungserscheinungen einhergehen, verdient das Böhlersche Verfahren mit genauer Einrichtung und anschließender Ruhigstellung im Gipsmieder den Vorzug, während leichtere Wirbelverletzungen vorwiegend nach Magnus mit der konservativen funktionellen Methode ohne vorausgehende Einrichtung der Fragmente, durch längeres Liegenlassen auf harter Unterlage behandelt werden. Für Mißerfolge der typischen Radiusfrakturen, der „Sorgenkinder“ für Berufsgenossenschaften und behandelnde Ärzte, wird in erster Linie die ungenügende Überwachung des Heilverfahrens verantwortlich gemacht und eine Röntgenkontrollaufnahme nach spätestens einer Woche als notwendig erachtet. Die offenen Knochenbrüche müssen von Anfang an als infiziert gelten und gehören in ein entsprechend ausgerüstetes und gut geleitetes Krankenhaus. Das Gefährlichste bei einer operativen Wundversorgung ist nach Ansicht des Verf. (und die gerichtsärztliche Erfahrung kann diese Ansicht nur bestätigen; Ref.) die primäre Naht der Wunde, die für alle „Kriegsverletzungen“ von der obersten Sanitätsdienststelle im jetzigen Krieg grundsätzlich untersagt ist. Nach Ablauf der Friedrichschen Sechsstundengrenze soll man überhaupt eine Naht nicht mehr anwenden. Gegen die Infektionsgefahr hat sich der gefensterter Gipsverband vorzüglich bewährt. Die Arbeit enthält zahlreiche für den Behandler und Begutachter wichtige Winke und Feststellungen, so z. B. daß das Röntgenbild manchmal auch zu einem zweifelhaften und gefährlichen Ratgeber werden kann, daß sich gewisse Mengen von Muskelgewebe stets zwischen den Bruchenden befinden, aber zerdrückt werden, wobei die dabei austretenden Gewebssäfte als anregendes Förderungsmittel der normalen Frakturheilung wirken, daß eine Pseudarthrose doch nicht immer als Fehlheilung zu Lasten des behandelnden Arztes zu gelten braucht. *Holzer (München).*

Schnatenberg, W.: Die Silikose und ihre unfallversicherungsrechtlichen Auswirkungen. Dtsch. med. Wschr. 1942 I, 638—640.

Der Verf. — Diplom-Volkswirt und Jurist — bespricht einige für die Entschädigung der Silikose und der Silikose bei Zusammentreffen mit Tuberkulose grundsätzliche Fragen und erläutert einige wichtige Gebiete des Verfahrens. Er weist zunächst auf die Voraussetzungen hin, die für die Entschädigung dieser Berufskrankheiten nach der 2. Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 11. II. 1929 erfüllt sein mußten und erörtert kurz die Gründe, die für die erweiternde Neufassung dieser Ziffer in der 3. Berufskrankheiten-Verordnung maßgebend waren. Insbesondere wird die Neuregelung der Entschädigungspflicht bei Zusammentreffen von Silikose und Tuberkulose besprochen; ein Gebiet, das lange Zeit Gegenstand hartnäckiger Auseinandersetzungen gewesen ist. Es wird hierbei auf die bekannte Entscheidung des Senats für Berufskrankheiten beim Reichsversicherungsamt in der Unfallversicherungssache Jahn eingehend verwiesen. Kurz konnte die Frage behandelt werden, ob zwischen Silikose und Staublungenerkrankungen anderer Art zu unterscheiden ist. Über das Verfahren sind wichtige Ausführungen zur Festsetzung des Beginns der Erkrankung und der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes enthalten, beides wichtige Grundlagen für die Berechnung der Berentung, die immer wieder praktische Schwierigkeiten macht. Abschließend behandelt Verf. die Maßnahmen zur Verhütung und zur Bekämpfung der Staublungenerkrankungen, wobei insbesondere die Gewährung einer Übergangsrente besprochen wird. *Estler (Berlin).*

Molineux, G.: 20% oder nicht? Arch. orthop. u. Unf. Chir. 42, 32—33 (1942).

Verf. wendet sich gegen die ihm in letzter Zeit bei Nachuntersuchungen besonders frischer Fälle aufgefallene Gewohnheit vieler behandelnder Ärzte, nach abgeschlossener Behandlung eine Unfallrente von 20% in Vorschlag zu bringen. Es handelt sich dabei

in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle um wenig bedeutungsvolle Unfallfolgen, etwa in Gestalt des teilweisen Verlustes eines Fingers bei idealen Stumpfverhältnissen u. ä. Für derartige relativ harmlose Unfallfolgen habe man früher entsprechend den Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes eine Rente von 10% für einige wenige Monate bewilligt. An dieser Abschätzung der Unfallfolgen müsse unter allen Umständen festgehalten werden, weil anderenfalls nicht nur eine Herabsetzung der Arbeitsleistung auf Grund der testierten Erwerbsbeschränkung, sondern auch die Züchtung von Rentenbegehren zu befürchten stehe, anstatt daß der Unfallverletzte bei richtiger ärztlicher Einwirkung auch ohne Rente über den günstigen Verlauf seiner Verletzung froh sei.

Hausbrandt (Königsberg i. Pr.).

Kistler, Hermann: Der Einfluß des Vorzustandes auf die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten. Der juristische Standpunkt. (*Jahresvers. d. Schweiz. Ges. f. Unfallmed. u. Berufskrankh., Genf, Sitzg. v. Oktober 1941.*) *Z. Unfallmed. u. Berufskrankh.* (Bern) 35, 122—135 u. 182—186 (1941).

Nach Art. 91 KUVG. werden die Leistungen der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt herabgesetzt, wenn Krankheit, Invalidität oder Tod nur teilweise Folge eines versicherten Unfalls sind. Die SUVA. muß zwar die Behandlung voll übernehmen, soll dagegen die Geldleistungen entsprechend kürzen. Die Kürzungsbestimmung ist eine Eigenart des schweizerischen Gesetzes. Sie ist dem deutschen Sozialversicherungsrecht fremd. Im Militärversicherungsrecht dagegen besteht zur Hauptsache die Einheitsversicherung für alle Krankheiten, unabhängig davon, ob sie durch Unfall oder auf andere Weise ausgelöst worden sind. Aber wegen der im allgemeinen relativ kurzen Dienstperioden muß das MVG. für die Entscheidung der Haftungsfrage eine zeitliche Grenze ziehen, unterscheidend zwischen dienstlicher oder vordienstlicher Entstehung der Krankheit. Für vordienstliche Krankheiten wird die Haftung des Bundes grundsätzlich ausgeschlossen. Nur dem Wehrmann selber nicht bekannte vordienstliche Krankheit kann, wenn sie durch den Dienst verschlimmert wird, die Haftung des Bundes auslösen, die ihm bekannte Krankheit nur, wenn er sie beim Einrücken anmeldet und er trotzdem im Dienst behalten wird. Der Versicherung und dem Richter liegt es ob, im Einzelfall innerhalb des vom Gesetzgeber aufgestellten Rahmens die Kausalitäten zu verteilen. Dem Arzt als Begutachter obliegt, in jedem Einzelfall herauszuschälen, welcher Teil der Gesamtfolgen auf das versicherte Ereignis und welcher Teil auf andere Krankheitsfolgen zurückzuführen ist. Im wesentlichen hat der Arzt als Begutachter in Fällen von Zusammenwirken von Folgen aus Vorzuständen und versichertem Ereignis zu folgenden Fragen Stellung zu nehmen: 1. In welcher Weise und in welchem Maße haben Vorzustand und versichertes Ereignis (Unfall, Berufskrankheit, dienstliche Gesundheitsschädigung) gemeinsam die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt? 2. In welchem Maße hätte das versicherte Ereignis allein, falls der Vorzustand nicht bestanden haben würde, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt? 3. Hätte die vorbestehende Krankheit ohne das Eintreten des versicherten Ereignisses für sich allein auch zur Erwerbsunfähigkeit geführt, wenn ja, wann und in welchem Maße? Evtl.: In welchem Maße hatte die vorbestehende Krankheit schon vor dem Eintritt des versicherten Ereignisses die Erwerbsfähigkeit herabgesetzt? Als Gründe für die Kürzung der Versicherungsleistungen kommen nach Art. 91 KUVG. nur solche Vorzustände in Betracht, welche den durch das versicherte Ereignis erlittenen Gesundheitsschaden vergrößern, nicht aber solche, die für die Herbeiführung des Unfalls mitverantwortlich sind. Dementsprechend begründet eine vorher latent gebliebene und nur durch das Unfallereignis manifest gewordene Krankheitsanlage keinen Abzug. Dasselbe gilt von natürlichen Alterserscheinungen und von einer vorbestehenden Invalidität (Beschränkung der Erwerbsfähigkeit) auch dann, wenn jener eine Teilkausalität zur Herbeiführung eines Unfalles zukommt, weil ja der Krankheitsverlauf selber durch die vorbestehende Invalidität oder Krankheit nicht beeinflußt wird. Anders verhält es sich mit Krankheitsdispositionen, von denen die medizinische Wissenschaft

erklärt, daß sie auch ohne den Unfall schicksalsmäßig in nicht allzu ferner Zeit in einen Krankheitsprozeß hätten übergehen müssen. Im Gegensatz zum KUVG. stellt in Art. 8 des MVG. eine Krankheitsdisposition auch dann keinen Kürzungsgrund dar, wenn sie direkt vor dem Übergang zur Krankheit stand. In der schweizerischen Versicherungs- und Gerichtspraxis wird unterschieden zwischen prozentualer Kürzung und zeitlicher Limitierung der Geldleistungen. Auf die letzte wird dann erkannt, wenn das versicherte Ereignis lediglich eine Beschleunigung oder um kurze Zeit verfrühte Auslösung des Krankheitsgeschehens bewirkt hat. In der Praxis kommt eine Limitierung vor allem bei infaust verlaufenden Krankheiten in Anwendung. *Hausbrandt.*

Dubois, M.: Der Einfluß des Vorzustandes auf die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten. Medizinisch-biologische Gesichtspunkte. (Jahresvers. d. Schweiz. Ges. f. Unfallmed. u. Berufskrankh., Genf, Sitzg. v. Oktober 1941.) Z. Unfallmed. u. Berufskrankh. (Bern) 35, 162—186 (1941).

Ähnlich dem Vorgenannten setzt sich Dubois mit den wesentlichsten Begriffen und Gesichtspunkten des in der schweizerischen Versicherungsmedizin tätigen Gutachters auseinander. Die Begriffe der Partialkausalität, des Vorzustandes, der Konstitution, Anlage, des Krankheitspotentials, der Krankheitsbereitschaft und Krankheit, Ursache und Veranlassung werden genau besprochen und abgegrenzt und zu der schwierigen Frage der Prognose von Unfallfolgen mit besonderer Berücksichtigung der individuellen Eigenart des Verletzten Stellung genommen. Bemerkenswert erscheinen vom allgemein-medizinischen Standpunkt die Ausführungen, die Verf. den Begriffen „Krankheit, Krankheitsbereitschaft und Krankheitspotential“ widmet. Nach seiner Meinung bedeute eine Anomalie in der Gestalt oder in der Leistungsfähigkeit (Konstitution) eines Menschen entweder eine Krankheit oder ein Krankheitspotential. Die erste kann zunächst vielleicht latent sein. Sie ist aber schicksalsmäßig zu einem bestimmten Ablauf bestimmt, der jederzeit manifest werden kann. Das Krankheitspotential dagegen manifestiert sich, im Gegensatz zur latenten Krankheit, zeitlebens nicht, wenn nicht eine weitere Schädigung hinzukommt. D. verhehlt sich allerdings nicht, daß diese auch für die Praxis der schweizerischen Versicherungsmedizin bedeutungsvolle Unterscheidung in konkreten Fällen häufig sehr schwer zu treffen sei. Wann bedeutet eine Konstitutionsanomalie zeitlebens nur ein Krankheitspotential, wann Krankheitsbereitschaft, wann Krankheit? Eine individuell gültige Grenze könne man häufig nur nach der Prognose und vor allem nach der Bedeutung des Unfallereignisses und den gesetzten pathologisch-physiologischen Folgen ziehen. Wo ein Unfall z. B. nur eine geringfügige Verletzung gesetzt hat, die in keinem proportionalen Verhältnis zu den Unfallfolgen steht, da wird man nicht mehr als Vorzustand ein Krankheitspotential, sondern eben eine latente Krankheit oder Krankheitsbereitschaft annehmen und unfallmedizinisch zu einer partialkausalen Berücksichtigung des Vorzustandes kommen. Ein Krankheitspotential, zu dessen besonderen Merkmalen es nach D. gehört, daß es ohne den Unfall nicht in Erscheinung getreten wäre, könne nicht zur Aufteilung der Kausalität führen. Eine Krankheitsbereitschaft, welche durch ein unter Umständen geringfügiges Unfallereignis manifest wird, müsse partialkausal bei Beurteilung des Schadenfalles berücksichtigt werden und berechtige insofern zu einer Kürzung der Leistungen gemäß Art. 91. (Mit Recht weist demgegenüber Zollinger darauf hin, daß der Begriff eines Krankheitspotentials im Sinne einer vor dem Unfall kompensierten Anomalie eine gewisse Inkonsequenz darstelle insofern, als man dann letzten Endes auch sonstige ohne ausgesprochene Funktionsstörungen einhergehende Anomalien oder Krankheiten, wie beschwerdefreie Varicen oder eine abgekapselte Lungentuberkulose, als Potential auffassen könnte. In diesem Falle würde das „Krankheitspotential“ entgegen der Überzeugung Zollingers [und wohl auch Ds.; Ref.] konsequenterweise eine Kürzung der Leistungen gemäß Art. 91 nicht zulassen, obwohl das Vorliegen eines unfallfremden, die Unfallfolgen ungünstig beeinflussenden Vorzustandes in Einzelfällen unbestritten sein dürfte.) *Hausbrandt* (Königsberg, Pr.).

Zollinger, F.: Der Einfluß des Vorzustandes auf die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten. Die Praxis der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt bei der Anwendung des Art. 91 KUVG. (Jahresvers. d. Schweiz. Ges. f. Unfallmed. u. Berufskrankh., Genf, Sitzg. v. Oktober 1941.) Z. Unfallmed. u. Berufskrhk. (Bern) 35, 135—161 u. 182—186 (1941).

Der erfahrene Versicherungsmediziner und Oberarzt der SUVA. gibt hier unter Anführung zahlreicher Beispiele einen genauen Einblick in die Tätigkeit der SUVA. und zeigt unter klarer Umgrenzung der in der Versicherungsmedizin vielfach falsch angewandten und ausgelegten Begriffe von „Krankheit, krankhafter Veranlagung, Disposition, Konstitution, Alterskrankheit usw.“ Richtlinien, an welchen im Interesse einer einheitlichen Begutachtung und Entscheidungspraxis festgehalten werden müßte. Im einzelnen wird in klaren Ausführungen mit dem Blickpunkt auf die gesetzlichen eidgenössischen Bestimmungen der Standpunkt der SUVA. bei einigen praktisch besonders wichtigen Schädigungsgruppen wie Tuberkulose, Osteomyelitis, Arthronosis, Frakturen an pathologisch veränderten Knochen, gewissen beruflichen Vergiftungen, dargelegt. Die Frage, ob eine Schädigung Folge eines Unfalls oder einer Berufskrankheit ist oder ob sie vorbestanden hat, sei oft identisch mit der Frage nach dem Alter der Schädigung. Diese Bestimmung sei oft äußerst schwierig oder sogar unmöglich. Wohl mit Recht weist Verf. darauf hin, daß sowohl der Röntgenologe wie auch der Pathologe, die zur Altersbestimmung vieles beitragen können, sich bis jetzt um Altersfragen eines Befundes nicht oder nur wenig gekümmert haben. — Aus den statistischen Angaben des Verf. ist zu entnehmen, daß die Arthronosis deformans am häufigsten Anlaß zur Kürzung nach Art. 91 gäbe (18—19% der Gesamtzahl der Kürzungsfälle), dann folgen Varicen mit 17—18%, Tuberkulose und chronische Bursitis mit 5—6%, Fußdeformitäten und Arteriosklerose mit 3%. Zollinger hält in unfallmedizinisch-wissenschaftlicher Beziehung den Art. 91 von Bedeutung, weil er dazu zwingt, vorbestandene pathologische Zustände und reine Unfallfolgen soweit als möglich auseinanderzuhalten und beide Faktoren gegeneinander abzuwägen und weil er veranlaßt, die Frage der Partialkausalität in einer ganz anderen Form in unfallmedizinische Gedankengänge einzustellen, als dies in anderen Ländern der Fall ist. Auch in der Praxis wirke der Art. 91 sich segensreich aus, da ein Versicherter auch dann auf Entschädigung durch die Anstalt rechnen könne, wenn dem Unfall nur die Bedeutung einer relativ niedrig zu bemessenden Teilursache des Schadens zukomme. Auch wirkten sich Irrtümer weniger verhängnisvoll aus als beim Prinzip „alles oder nichts“.

Hausbrandt (Königsberg, Pr.).

Vergiftungen. Giftnachweis (einschl. Blutalkoholbestimmung).

● **Fühner-Wielands Sammlung von Vergiftungsfällen.** Hrsg. v. B. Behrens. Bd. 11 Liefg. 7/8. Berlin: F. C. W. Vogel 1941. 48 S. RM. 4.—.

O. von und zu Loewenstein: Gesundheitsschäden durch Pervitinmißbrauch. Es kommt schnell zu einer Gewöhnung, die eine stete Steigerung der Dosen, im beschriebenen Fall bis auf 28 Tabletten am Tag, notwendig macht. — H. Symanski: Gewerbliche Kohlenoxydvergiftung mit Erblindung. Schwere gewerbliche akute Kohlenoxydvergiftung mit agnostischen, agraphischen, alektischen und aphasischen Störungen und vorübergehender, praktisch vollständiger Erblindung und zentraler Temperaturerhöhung. — H. Symanski: Chronische Kohlenoxydvergiftung mit tödlichem Ausgang. Ein Laborant, der längere Zeit an Gesundheitsstörungen durch chronische Kohlenoxydeinwirkung gelitten hatte, starb plötzlich. Die Obduktion deckte krankhafte Veränderungen im Zentralnervensystem auf, die besonders im Linsenkern und Ammonshorn ausgesprochen waren: Auflichtungen in der Umgebung der Blutgefäße, Flüssigkeitsdurchsetzung des Gewebes, Hämosiderinablagerungen und degenerative Veränderungen der Ganglienzellen. — O. Bayer: Nickelcarbonylvergiftung. Nickelcarbonyl wirkt als Einatmungs Gift und ruft toxische Pneumonien mit gleichmäßigem Befall sämtlicher Lungenteile hervor, jedoch ist schon makroskopisch der Lungenbefund von dem der genuinen croupösen Pneumonie verschieden. Es finden sich in den Lungen eigenartige Gerinnungsvorgänge, histologisch gekennzeichnet durch Ausfüllung der Lungenalveolen mit einem Fibrinniederschlag bei fast völligem Fehlen zelliger Blutelemente. —