

handener Gelegenheit seine Partnerin beim Geschlechtsverkehr nicht infiziert hatte und daß selbst dieser Umstand dem Facharzt nicht aufgefallen war und ihn in seiner Diagnose nicht stutzig gemacht hatte. *Manz* (Göttingen).

**Felix, K.:** *Organische und physiologische Chemie.* Jkurse ärztl. Fortbildg 33, H. 9, 23—28 (1942).

Verf. gibt einen Überblick über jene Substanzen, die seit der Entdeckung des Prontosils und seiner bactericiden Wirkung dargestellt worden sind und bei der Bekämpfung der Infektionskrankheiten Anwendung gefunden haben. Vom physiologisch-chemischen Standpunkt aus sind das wirksame Prinzip jene beiden in p-Stellung am Benzolkern befindlichen  $\text{NH}_2$ - und  $\text{SO}_2\text{NH}_2$ -Gruppen. Der Ersatz der Wasserstoffatome der 2  $\text{NH}_2$ -Radikale durch organische Reste führt zu mehr oder weniger wirksamen Substanzen, zu denen das Uliron, Albucid, Eubasin, Cibazol u. a. gehören. Die Ursache der spezifischen Wirkung dieser Substanzen auf die Bakterien konnte insoweit aufgeklärt werden als dieselbe auf einer Verdrängung von bestimmten Stoffen im Bakterienleib durch chemisch ähnlich gebaute beruht, wodurch der Stoffwechsel der Bakterien geschädigt wird. Es werden dann noch eine Reihe anderer Substanzen (Pyridin-Sulfonsäure, Pantothen säure), die zur Bekämpfung von bestimmten Bakterien verwandt werden können, genannt. Auch die Wirkungsweise der Vitamine läßt sich auf das gleiche Prinzip zurückführen. *Wagner.*

**Versicherungsrechtliche Medizin. Gewerbepathologie (Gewerbliche Vergiftungen).**

**Hamann, W.:** *Tödliche elektrische Unfälle durch Fahrlässigkeit.* Reichsarb. bl. 23, III 193—III 195 (1943).

Technische Ausführungen über die Ursache von 4 zum Tode führenden elektrischen Unfällen, die zum größten Teil durch Fahrlässigkeit bedingt waren, wenn auch die primäre Ursache in den besonderen Verhältnissen des Krieges zu suchen ist. Ein Todesfall erfolgte sofort nach Berührung der Starkstromleitung, die 3 anderen sekundär durch Verbrennung und zum Teil durch innere Verletzungen infolge Sturzes. *Pietrusky* (Heidelberg).

**Mayr, Simon:** *Wann ist eine Zellgewebsentzündung Betriebsunfall?* (*Unfallkrankenh., Wien.*) Mschr. Unfallheilk. 50, 232—236 (1943).

Verf. erörtert die Schwierigkeiten der Entscheidung, wann eine Zellgewebsentzündung als Betriebsunfall zu bezeichnen ist. Der strenge Nachweis, daß eine Verletzung während der Betriebsarbeit infiziert wurde, ist, abgesehen von bestimmten Berufen und ihnen entsprechenden Infektionen (Krankenwärter, Sektionsdiener usw.), mit genügender Sicherheit in den seltensten Fällen zu erbringen. Auch der Zeitpunkt der Verletzung ist vielen Arbeitenden mit Panaritien nicht bekannt, weil gerade kleinste Stichwunden und Risse, die erfahrungsgemäß die häufigsten Quellen von Zellgewebsentzündungen sind, nicht beachtet und auch deswegen nicht gemeldet werden. Die Entzündung und die sie begleitenden Schmerzen machen den Betroffenen oft überhaupt erst auf die Verletzung aufmerksam. Außerdem entsteht nur aus einer verschwindend kleinen Zahl derartiger Verletzungen eine Zellgewebsentzündung. Der Arzt kann dann gewöhnlich aus dem Befund nicht mehr ermitteln, bei welcher Gelegenheit die Verletzung erfolgte. Der frühere, vom RVA. in seinen Entscheidungen fixierte strenge Standpunkt betreffend Anerkennung einer Zellgewebsentzündung als Unfallfolge kann heute nicht mehr aufrechterhalten werden. Das RVA. ist auch selbst in seinen Entscheidungen der letzten Jahre davon abgegangen. Wenn eine Entscheidung mit Sicherheit nicht möglich ist, muß wenigstens eine Prüfung der größeren Wahrscheinlichkeit erfolgen. Im allgemeinen ist nicht zu bezweifeln, daß ein Arbeiter, der 10 und mehr Stunden am Tage in Arbeit steht, mit größerer Wahrscheinlichkeit sich eine Verletzung in dieser Zeit zuzieht als in der übrigen, die er zum größten Teil

seiner Ruhe widmet. Auch das RVA. hat in diesem Sinne bei Entscheidungen jüngerer Datums seinen strengen Standpunkt wenigstens fallweise aufgehoben. Verf. führt zum Schluß mehrere Beispiele an, bei denen besonders wegen der Art der Arbeit eine Verletzung während dieser und daher eine Unfallfolge angenommen wurde.

*Weimann* (Berlin).

**Hübner, A.:** Zur Frage der Anerkennung eines Betriebsunfalles nach vorhergegangenem Alkoholgenuß. Mschr. Unfallheilk. 50, 236—237 (1943).

Der Verletzte hat sich nach mehrstündigem Wirtshausaufenthalt mit dem Motorrad zur Besichtigung von Holzplätzen begeben. Unfall nach 10 km Fahrt. Blutalkoholgehalt 2‰. Das RVA. (Rek.-Entsch. v. 6. VI. 1942 — Ia 134/42°) lehnte den Rentenanspruch wegen Lösung vom Betrieb ab. Wichtig ist in der Entscheidung folgendes: 1. Es ist unbestritten, daß der Verletzte auch bei dem einem Blutalkoholgehalt von 2‰ entsprechenden Trunkenheitszustand die beabsichtigte einfache Betriebstätigkeit noch auszuführen imstande war. Er war jedoch nicht mehr imstande, sicher auf dem Motorrad zu fahren. Da aber eine Anerkennung des Anspruches zur Voraussetzung hätte, daß auch die Motorradfahrt als Betriebstätigkeit anerkannt wird, ist in einer das sichere Motorradfahren ausschließenden Trunkenheit eine Lösung vom Betrieb zu erblicken. 2. Der Umstand, daß der Verletzte das Motorrad 10 km ohne Unfall geführt hat, beweist nicht, daß er noch sicher fahren konnte, vielmehr beweist der Unfall, daß er nicht mehr sicher fahren konnte: es ist eine ganz typische Erscheinung bei der Alkoholwirkung, daß eine gewohnte, einfache Tätigkeit noch weiter ausgeübt werden kann; treten aber besondere Anforderungen auf (schwierige Verkehrssituation), so versagt der Angetrunkene.

*Elbel* (Freiburg i. Br.).

**Volkman, Joh.:** Ein Fall von traumatisch entstandener Arthropathie des Fußes. Mschr. Unfallheilk. 50, 130—132 (1943).

Verf. berichtet von einem Fall, bei dem die Bedingungen zum unfallmäßigen Entstehen einer tabischen Arthropathie gegeben waren. Der linke Fuß wurde unter einem 80 Pfund schweren Magneten gequetscht. Der Mann habe im Augenblick starke Schmerzen verspürt, aufgeschrien, aber noch etwa 2 Stunden weiter gearbeitet. Es wurde ein Bluterguß festgestellt. Nach 4 Wochen wurde die Arbeit wieder aufgenommen. Die Röntgenaufnahme 4 Monate später zeigte mehrere Knochenabspaltungen und Unregelmäßigkeiten an den Fußwurzelgelenken. Es wurde eine Rückenmarkschwindsucht festgestellt, die schon seit dem Jahre 1934 bestand. Die Veränderungen, welche bei dem Verunglückten vorlagen, waren als Ausdruck einer tabischen Arthropathie anzusprechen. Auf Grund des am Tage nach dem Unfall angefertigten Röntgenbildes müsse man sagen, daß die Veränderungen, die heute beständen, zur Zeit des Unfalles noch nicht nachweisbar vorlagen und deshalb müsse in diesem Falle der beträchtlichen Gewalteinwirkung eine wesentlich mitwirkende Eigenschaft zugeschrieben werden. Insbesondere verhielte sich auch der rechte Fuß ganz anders, obwohl auch hier tabische Symptome deutlich vorhanden wären.

*Förster* (Marburg a. d. L.).

**Chavany, J.-A.:** Syringomyélie et traumatisme. Exposé et discussion d'un cas épineux. (Syringomyelie und traumatische Schädigung. Mitteilung und Besprechung eines spinalen Falles.) (*Hôp. de Bon-Secours, Paris.*) Presse méd. 1943 I, 347.

Der 52jährige Mechaniker hat jetzt eine Lähmung der rechten Hand mit Muskelatrophie und teilweiser Kontraktur. Vor 13 Jahren hatte er im Anschluß an eine Handverletzung eine Phlegmone, anscheinend der Sehnenscheiden, die nicht schmerzhaft war. Eine anschließende Lymphangitis machte 3 Monate lang Behandlung notwendig, die zu völliger Funktionsfähigkeit der Hand führte. 5—6 Monate später trat eine Kontraktur des kleinen Fingers der rechten Hand auf, der in den nächsten Jahren solche des Zeige-, Mittel- und Ringfingers langsam und progressiv folgten. Zunächst konnten die Finger noch bewegt werden. Es setzte jedoch gleichzeitig schon eine mäßige Atrophie von Thenar und Hypothenar ein, und die Hand war stets

kalt und livide. Vor 5 Jahren kam es ziemlich plötzlich zu einer Verminderung der Muskelkraft der Hand, zum Auftreten fibrillärer Zuckungen bis in die Schulter hinein und zum Gefühl des Ameisenlaufens. Jetzt finden sich außerdem eine mäßige Atrophie auch des linken Thenar und Hypothenar, fehlende Sehnenreflexe rechts, sehr schwache links, 2 wärmeunempfindliche Zonen in Höhe von C VIII bis D II und D VIII bis D XII, fibrilläre Zuckungen auch im linken M. deltoideus. Verf. hält den ursächlichen Zusammenhang zwischen Syringomyelie und traumatischer Schädigung in diesem Fall für gesichert und tritt dafür ein, daß man auch in anderen Fällen nach traumatischen Ursachen forschen solle.

Arno Warstadt (Berlin).

**Kreis, Leo: Das Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür.** Vertrauensarzt u. Krk.-kasse 11, 65—70 (1943).

Kurze übersichtliche Darstellung der für den vertrauensärztlich tätigen Arzt wichtigen Kenntnisse und Gesichtspunkte zur Beurteilung Geschwürskranker.

Hausbrandt (Königsberg i. Pr.).

**Scheidel, Herbert: Über die Facies von magenoperierten Kranken.** (Versorgungs-ärztl. Untersuchungsstelle, Kassel.) Dtsch. med. Wschr. 1943 II, 545—547.

Die Frage, ob Magenoperierte im allgemeinen überhaupt so „leidend“ aussehen, daß man es ihnen glauben kann, wenn sie eine Fülle von Beschwerden vorbringen sowie die weitere Frage, ob die Facies zahlreicher Magenoperierter vielleicht etwas Gemeinsames hat, also mehr oder weniger ausgeprägte, gleichartige und damit vielleicht charakteristische Züge aufweist, ist, wie Verf. auf Grund der Untersuchung von mehr als 300 Kranken versichert, zu bejahen. Man sieht nämlich bei den Magenoperierten selten ein frisches oder gar blühendes Gesicht, selten eine gesunde Gesichtsfarbe, selten ein gut genährtes, fast nie ein feistes Gesicht. Typisch für viele Magenoperierte ist eine fahle, blasse Gesichtsfarbe. Dazu kommen eingesunkene Wangen und Schläfen, oft tiefliegende, manchmal halonierte Augen; die durch die Fettunterlagen normalerweise weicheren, gerundeteren Gesichtskonturen werden eckiger, schärfer, das Gesicht wird schmaler und spitzer; die Haut und die Gewebe zeigen mangelhaften Turgor. In den eingesunkenen Gesichtern machen sich vermehrte, vertiefte Furchen und Falten bemerkbar (Nasolabialfurchen, Mundwinkelfalte).

v. Neureiter (Straßburg i. E.).

**Rost, Joachim: Myasthenie und Wehrdienstbeschädigung.** Dtsch. Mil.arzt 8, 423—425 (1943).

Ausgehend von einem einschlägigen instruktiven Fall gibt Verf. eine für den Militärarzt bestimmte Schilderung der Myasthenie, bespricht die möglichen diagnostischen Schwierigkeiten und stellt die z. Z. diskutierten ätiologischen Möglichkeiten zusammen. Auch im vorliegenden Falle bestand eine Erhöhung des Grundumsatzes als Ausdruck eines mesencephalen Reizzustandes; es handelt sich wohl um ein gemeinsames, „konstitutionelles“ Versagen der zentralen autonom-nervösen und der zentralen hormonalen Steuerung, welche Auffassung vor allem die Differenz der Befunde an den endokrinen Drüsen bei der Myasthenie erklärt. Jedenfalls hat die Krankheit konstitutionellen Charakter, und exogenen Einflüssen kommt für ihre Entstehung keine Bedeutung zu (infektiöse Einflüsse, Überanstrengung). WDB. im Sinne der Verursachung kommt damit überhaupt nicht, im Sinne der Verschlimmerung nur selten in Frage (so im beschriebenen Falle, wo die Erkrankung erst nach mehrjähriger Dienstzeit auftrat, der Kranke auch nicht behandelt wurde, vielmehr weiterhin Anstrengungen und ungünstigen Witterungseinflüssen ausgesetzt war).

Donalies (Eberswalde).

● **Pandolfi, Edoardo: L'oculistica nella medicina legale militare. Prefazione da Alfredo Bucciante.** (Die Okulistik in der militärischen Gerichtsmedizin. Vorwort von Alfredo Bucciante.) Roma: 1942. XVI, 233 S. L. 35.—

Nach Rechtfertigung einer Abhandlung über obiges Thema im Vorwort bezeichnet Verf. als Hauptaufgaben der Okulistik in der Praxis der Wehrmedizin die Vornahme einer entsprechenden Auslese, ihre Anwendung im Entschädigungsverfahren und das Studium der Simulation. Auf 227 Seiten handelt er dieses Thema in sehr übersichtlicher und für die Praxis brauchbarer Weise ab. Im ersten Teil befaßt er sich mit der Prüfung des Auges, in Teilabschnitten wird nach anatomisch-physio-

logischen Vorbemerkungen die einschlägige Optik, die funktionell-objektive Prüfung des Auges und die Korrektur der Refraktionsanomalien behandelt. In einem zweiten Teil werden die besonderen wehrmedizinischen und gesetzlichen Bestimmungen, die Augenfehler und Augenkrankheiten betreffen, unter Berücksichtigung der physischen Tauglichkeit zum Militärdienst und im Hinblick auf das Ausscheidungsverfahren aus dem Wehrdienst abgehandelt und kommentiert. Im dritten Abschnitt der Arbeit befaßt sich Verf. mit der Simulation von Augenkrankheiten bzw. dem Nachweis einer solchen. Im Anhang wird auch noch kurz auf die Dissimulation von Augenkrankheiten eingegangen. Die Schrift ist naturgemäß vor allem auf die durch die italienischen wehrmedizinischen Bestimmungen festgelegten Verhältnisse zugeschnitten. Sie dürfte aber auch dem wehrmedizinisch und gerichtlich-medizinisch Interessierten, aber auch dem Okulisten manche Anregung geben, um so mehr, als es nach Kenntnis des Ref. im deutschen Schrifttum noch keine Abhandlung dieser Art gibt. Die Übersichtlichkeit und Klarheit in der Darstellung muß hervorgehoben werden.

Hausbrandt (Königsberg i. Pr.).

**Vergiftungen. Giftnachweis (einschl. Blutalkoholbestimmung).**

●Fühner, Hermann: **Medizinische Toxikologie. Ein Lehrbuch für Ärzte, Apotheker und Chemiker.** Leipzig: Georg Thieme 1943. XII, 295 S. RM. 10.80.

Das Buch weicht in Aufbau und Darstellung teilweise von den bestehenden toxikologischen Lehrbüchern ab. Es geht auf die allgemeinen Grundlagen ganz kursorisch ein, es verzichtet auf die Darstellung auseinandergehender Auffassungen und Betrachtungsweisen, es vermeidet die Herausarbeitung verschiedener Lehrmeinungen, es bringt keine Literaturhinweise. So sind den einführenden Kapiteln (Giftdefinition, Aufnahmewege, Ausscheidung, allgemeine Behandlungsgrundsätze usw.) nur 28 Seiten gewidmet. Den Hauptrahmen des Buches (250 Seiten) nimmt die Darstellung der einzelnen Gifte und ihrer Wirkung in Anspruch. In gegliederter, knapper Darstellung ist hier ein außerordentlich reiches Tatsachen- und Erfahrungsmaterial übersichtlich aufgebaut. Der Leser wird orientiert über die Wirkungsweise eines Giftes, über Verwendungsart, über die verschiedenen Formen und Phantasienamen, unter welchen ein Gift dem modernen Menschen begegnet. Die gewerbetoxikologischen Besonderheiten sind stets sorgfältig berücksichtigt. Besonders wertvoll ist die eingehende Orientierung über Pflanzengifte und Giftpflanzen. Therapie und Prophylaxe der akuten und chronischen Vergiftung kommt in ein paar kurzen Sätzen ausreichend zur Darstellung. — So ist ein Buch entstanden, das in erster Linie den Bedürfnissen des täglichen Lebens dienen wird. Als Nachschlagewerk wird es dem praktisch tätigen Arzt für Diagnosestellung und erste therapeutische Bemühungen größte Dienste leisten. Auch dem Studenten ist das Buch zu empfehlen, und zwar als Ergänzung zu den toxikologischen Vorlesungen, in denen sich der Lehrer ja unter Ausschaltung verwirrender Einzelheiten damit begnügen muß, dem Schüler allgemeine Richtlinien und Zusammenhänge aufzuzeigen. Die unbeschwerte, aber stets kritische Art der Darstellung macht das Buch auch geeignet für den medizinischen Laien, der beruflich mit Giftstoffen in Kontakt kommt, insbesondere für den Apotheker, Chemiker und Techniker. Wegen der Beschränkung des Stoffes auf das Wesentliche und Notwendige einerseits, wegen der leichtverständlichen Darstellung eines reichen Wissensgutes andererseits wird das Buch eine Lücke ausfüllen und besonders von jenen Kreisen geschätzt werden, die sich zum Kauf eines größeren Lehrbuches nicht entschließen können.

Schwarz (Zürich).

Frøshaug, Harald: **Bromvergiftungen nach „gewöhnlichen“ therapeutischen Dosen.** (*Psykiatr. Avd., Sykeh., Ulleval.*) Nord. Med. (Stockh.) 1942, 255—259 u. engl. Zusammenfassung 259 [Norwegisch].

Von 1582 im Zeitraum vom 3. X. 1939 bis 27. III. 1941 aufgenommenen Patienten wiesen 46 (2,9%) einen deutlich erhöhten Blutbromspiegel auf (über 50 mg%); Me-