

sehr großer Zellzahlen, nicht nachweisen. Außer den „drumsticks“ werden noch „small clubs“, gestielte Knötchen, deren Kopfdurchmesser weniger als  $1\mu$  beträgt, beschrieben, die häufiger beim männlichen Geschlecht vorkommen sollen. Auch die „rackets“, die sich nur durch ihr helles Zentrum von den drumsticks unterscheiden, findet man häufiger beim männlichen Geschlecht. Diese Geschlechtsmerkmale sind bisher — unabhängig vom Alter — von der Geburt bis zum 84. Lebensjahr nachgewiesen. — Bei Rechtsverschiebung im Blutbild sind die drumsticks entsprechend dem höheren Gehalt des Blutes an mehrsegmentierten Formen vermehrt. — Vergleichende Untersuchungen der Verf. deckten auch für das Blutbild des normalen Kaninchens ähnliche Verhältnisse auf. Hierbei ergab sich, daß die drumsticks nicht auf das weibliche Geschlecht beschränkt sind sondern auch beim männlichen Geschlecht vorkommen können. Ausschlaggebend ist hier die Quantität. — Die Arbeit enthält gute Abbildungen der einzelnen beschriebenen Formen.  
v. BROCKE (Heidelberg)

### Versicherungs- und Arbeitsmedizin

● **Heinemann und Koch: Kassenarztrecht auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen und der Rechtsprechung.** Dargestellt und erläutert von GUSTAV W. HEINEMANN u. ALFRED KOCH. 4. veränd. Aufl. Mit d. 6. Ergänzungsliefg. Stand: Juni 1956. Berlin: Engel-Verlag 1956. Lfg. 6: 140 S. u. 5 Kartonbl. DM 12.20.

Verf. stellen das Kassenarztrecht im weiten Umfange mit Kommentaranmerkungen so dar, daß die Seiten in einem Hefter eingehftet werden. Auf diese Weise wird erreicht, daß neu hinzukommende Bestimmungen sinngemäß eingefügt und außer Kraft gesetzte nach genauer Anweisung in den Ergänzungslieferungen herausgenommen werden können. Die jetzt vorliegende Ergänzungslieferung bringt das Gesetz über Kassenarztrecht vom 17. 8. 55, das in den Rahmen der Reichsversicherungsordnung eingefügt wurde, und das Sozialgerichtsgesetz. Die Kommentierung des Kassenarztesgesetzes ist recht eingehend und berücksichtigt praktische Bedürfnisse. Der Arzt findet hier unter anderem Bemerkungen über Pauschalierung der Kassenarzteeinnahmen und Berechnungen nach Einzelleistungen, über wirtschaftliche Verschreibung von Arzneimitteln und die Kontrolle dieser Verschreibungen, über Rechte und Aufgaben der KV, über die Möglichkeit eines disziplinarischen Einschreitens gegen den Kassenarzt durch den Disziplinarausschuß; die Zulassungsordnungen der einzelnen Länder werden abgedruckt und kommentiert. Man ersieht aus dieser Darstellung, wie wenig einheitlich das Arztrecht in dieser Beziehung noch ist. Wer ehrenamtlich für eine Ärztekammer tätig ist, wer haupt- oder nebenamtlich mit der KV zu tun hat, wer die Aufgabe hat, Studenten über das Arztrecht zu unterrichten, wird sich gern und mit Erfolg in diesem Nachschlagewerk orientieren, zumal Verf. dafür sorgen, daß es möglichst rasch auf den neuesten Stand gebracht wird.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **István Rózahegyi und Imre Soós: Caissonkrankheit und Zentralnervensystem.** (Arbeitsmedizin. Hrsg. von E. W. BAADER, M. BAUER u. E. HOLSTEIN, H. 30.) Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1956. 75 S. DM 5.60.

Die ungarischen Verf. verschweigen nicht, daß bereits grundlegende Monographien im deutschen (GERBIS und KOENIG), angelsächsischen (FULTON) und russischen (JAKOBSEN) Schrifttum über die Drucklufkrankungen erschienen sind. Sie unternehmen allerdings den interessanten, wohl auch als glücklick zu bezeichnenden Versuch, unser Wissen über die Klinik und Pathologie der bisher etwas stiefmütterlich behandelten neurologischen Erkrankungen zu bereichern. Hiermit beschäftigt sich die flüssig geschriebene, exakt geordnete sowie in ihren Ergebnissen anschaulich und übersichtlich zusammengefaßte Monographie in erster Linie. Die Erfahrungen wurden vorwiegend anlässlich des Baues der Budapester Untergrundbahn gesammelt. Da auch bei uns wohl in zunehmendem Maße mit Druckluftarbeiten (Tunnelbau usw.) zu rechnen ist, darf die vorliegende Arbeit als eine wesentliche Bereicherung gerade für das Gebiet der Sozialversicherung gewertet werden. — Hinsichtlich der Zusammenstellung des Materials wurden die Fälle mit Neuralgien, Myalgien, Osteoarthralgien und Hauterscheinungen nicht berücksichtigt. Verf. sprechen diesbezüglich von sog. „leichten“ Formen und erklären die Schmerzen unter anderem mit Ischämien auf Grund von Gefäßspasmen, mit Reizungen sensibler Nervenendigungen durch autochthon entstandene Gasbläschen oder auch durch direkte Druckwir-

kungen. — Besonders exakt wird das in 5% aller Erkrankungsfälle beobachtete echte MENIÈREsche Syndrom, das sich durch nichts vom bekannten Syndrom des Labyrinthhydrops oder der Labyrinthapoplexie unterscheidet, vom Pseudo-Menièrè — zurückzuführen auf eine Aeropathie des vestibulären Kerngebietes — abgegrenzt. — Es hat sich gezeigt, daß die Zahl der Erkrankungen mit der in Druckluftarbeit verbrachten Zeit steigt. Latent gebliebene Traumatisierungen infolge Dekompression prädisponieren offenbar für schwerere Erkrankungen im besonderen Maße (dauernde sorgfältige Beobachtung erforderlich). — Sehr zweckmäßig (Anm. d. Ref.: und auch wohl neu, denn unseres Wissens hat lediglich JAKOBSEN eine Klassifikation der Krankheitsformen versucht) ist die Einteilung in Phasen entsprechend den im Organismus ablaufenden pathogenetischen Vorgängen: 1. Periode der Ausscheidung der Gase, 2. Periode der therapeutischen Rekompensation, 3. Periode der Postdekompressionsencephalopathie, 4. chronisch-definitives Stadium; eventuell „restitutio ad integrum“. — Weitens die Mehrzahl der zur neurologischen Erkrankung führenden Fälle klingt in der Form des zentralen Kollapses und Präkollapses ab (Frühbehandlung). — Bezüglich der neurologischen Manifestationen wird eine über die bisherigen Klassifikationen hinausgehende Unterteilung der Erkrankungen des ZNS in cerebrale und spinale Gruppen durchgeführt. Das Verständnis der Pathogenese und die Beurteilung der Prognose gewinnen dadurch erheblich. Die mitgeteilten Krankengeschichten unterstreichen die Notwendigkeit der Einteilung in verschiedene Krankheitsformen: 1. Syndrom der multizentralen Schädigung des ZNS, 2. Syndrom der multizentralen Läsion des Cerebrum und des oberen Hirnstammes, 3. Syndrom der Schädigung der Medulla oblongata, der Brücke und des Cerebellum, 4. Syndrom der spinalen Läsion. — Gewisse Bedenken wird man allerdings bezüglich der Bezeichnung „vegetative Neurose“ als definitives Syndrom nicht unterdrücken können (d. Ref.), besonders weil Verf. ausdrücklich betont, daß keine psychogene Reaktion sondern eine organische Manifestation gemeint ist (Schädigung des Diencephalon). Ebenso scheint die Bezeichnung „psycho-organisches Syndrom“ zu vage und unbestimmt, wenn nicht gar irreführend zu sein (d. Ref.), weil hierunter scheinbar sowohl reaktiv-psychogene als auch organische Krankheitsfolgen verstanden werden (Anm. d. Ref.: diesbezüglich wäre gerade für die verschiedensten Fragestellungen der gerichtlichen Medizin eine exaktere Unterscheidung nach psychiatrischen Gesichtspunkten wünschenswert). — Bezüglich der Pathologie der Dekompressionserkrankung konnten Verf. keinen eigenen Beitrag leisten, da in ihrem Krankengut kein tödlicher Ausgang beobachtet wurde. Es ist jedoch sehr zu begrüßen, daß die klinischen und pathologischen Beziehungen der Caisson-Krankheit zur Dekompressionserkrankung der Flieger klar herausgearbeitet und tabellarisch gegenübergestellt worden sind. Ein auf eine breite Basis gestelltes, wenn auch nicht immer vollständiges Literaturverzeichnis unterstreicht den praktischen und wissenschaftlichen Wert der Monographie.

GERCHOW (Kiel)

● Ernst Bornemann, Anneliese Mausolf, Bernhard Pietrowicz, Heinrich Ruhe und Günter Zweiling: **Der Stand der Unfallverhütung in Wissenschaft und Praxis.** (Beitr. z. Unfallverhütung.) Stuttgart u. Düsseldorf: Ring-Verlag 1954. 136 S. Geb. DM 11.80.

Das Buch der 5 Autoren, die Ingenieure und Betriebspsychologen sind, ist von der Gesellschaft für soziale Betriebspraxis herausgegeben worden. Es behandelt „die Entwicklung der Gewerbeaufsicht und der Arbeitsschutz in der Eisen- und Stahlindustrie“ (ZWEILING), „Die Berufsgenossenschaften und ihre Aufgaben auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes“ (RUHE), der Stand der nichttechnischen Unfallverhütung in 12 Werken der Eisen- und Stahlindustrie (FRAU MAUSOLF), „Analyse der psychisch bedingten Unfallursachen“ (BORNEMANN), „Psychologische Wege zur Steigerung der Betriebssicherheit“ (BORNEMANN und PIETROWICZ). Besonders interessant sind die beiden letztgenannten Abschnitte, die auch weniger bekannte Statistiken und Literaturhinweise auf ausländische Erfahrungen bringen. Die vielfachen, aber leider oft vergeblichen praktischen Versuche und Bemühungen, die Unfallzahlen in den Betrieben durch Aufklärung, Schriften, Plakate usw. werden erörtert; dabei wird hervorgehoben, wie psychologisch geschickte „Personifikationen“ („Murks“, „Kalkmops“ u. a.) erfolgreicher sind. Mit vollem Recht wird die überragende Bedeutung guter zwischenmenschlicher Beziehungen und Heranbildung geeigneter Vorarbeiter, Meister und Vertrauensleute in einem „geschützten sozialen Betriebsklima“ betont. Wenn auch dem Charakter des Buches entsprechend die Unfallverhütung im öffentlichen Verkehr weniger ausführlich behandelt wird, kann ein Teil der niedergelegten Erfahrungen und ihre praktischen Folgerungen ebenfalls hier zur Unfallverhütung beitragen.

JUNGMICHEL (Göttingen)

● **Rudolf Schütz: Das ärztliche Gutachten im Privat-Versicherungswesen.** (Wien. Beitr. z. Unfallheilkunde. Hrsg. von LORENZ BÖHLER. Bd. 3.) Wien u. Bonn: Wilhelm Maudrich 1956. VIII, 106 S. Geb. DM 15.—

Wenn auch der Inhalt des Buches von österreichischen Verhältnissen (Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch, Sozialversicherung und private Unfallversicherung) ausgeht, so enthält es doch auf Grund der großen Erfahrungen so viele praktische Ratschläge, daß es auch jedem deutschen Arzt viel geben kann; dies um so mehr als sich die in Österreich geltenden Bedingungen in der privaten Unfallversicherung praktisch nicht von denen in Deutschland unterscheiden. Auch bei der im Teil B abgehandelten Haftpflichtversicherung ist eigentlich nur die Paraphierung von der unsrigen verschieden. — Es ist unmöglich, alle wesentlichen Gesichtspunkte des Buches hier anzuführen; erwähnt seien z. B. nur die Ausführungen über die Unterschiede zwischen der Sozialversicherung und der privaten Unfallversicherung, der Rat, dem Verletzten möglichst kein Gutachten in die Hand zu geben, das Gutachten rasch zu erstatten, damit auch das Entschädigungsverfahren bald erledigt werden kann, sich als Arzt nicht von der Höhe der Forderungen beeindrucken zu lassen, das Wort „Kunstfehler“ aus dem ärztlichen Sprachschatz zu streichen und vieles andere mehr. Ausgezeichnet ist die Darstellung über Schmerz begriff, Schmerzarten, Psychologie des Schmerzes, Verunstaltung. Auf den Runderlaß des „Bundesministeriums für soziale Verwaltung“, Wien, bezüglich Vornahme von Injektionen durch ärztliches Hilfspersonal sei ebenso aufmerksam gemacht wie auf die Kasuistik der „Kunstfehlerbegutachtung“ (!) — Eigentlich sollte es überflüssig erscheinen, wenn die einfachen Voraussetzungen bei der Abfassung des Gutachtens erwähnt und an einigen praktischen Beispielen erläutert werden; wie aber leider vielfache Erfahrung zeigt, wäre es besser, wenn jeder weniger geübte Sachverständige dieses Buch lesen und es zum nachahmenswerten Leitbild bei der Gutachtenerstattung machen würde. — Für die 2. Auflage würde ein Literaturverzeichnis zur Vollständigkeit beitragen.

JUNGMICHEL (Göttingen)

● **Bernhard Wittlich: Graphologische Charakterdiagramme. Hilfen zur Menschenkenntnis in Erziehung und Betrieb.** München: Johann Ambrosius Barth 1956. 88 S., 38 Abb. u. 4 Taf. DM 8.40.

Das Bestreben der Psychologen geht dahin, daß wissenschaftliche graphologische Charaktergutachten nur noch vom Fachmann, dem Diplomspsychologen gefertigt werden. Verf. hat nun eine stark vereinfachte, testanalogue Methode für den Laien zusammengestellt. Die Analyse geschieht an Hand von Merkmalsleitern, die Darstellung wird in Charakterdiagrammen bildhaft. Auf die ausführlichen charakterologischen Gutachten soll verzichtet werden können. Die Methode ist für Eltern, Erzieher, Personalchefs und Betriebsleiter gedacht, also absolute Laien. Da diesen Leuten jegliche wissenschaftliche Grundlage fehlt, reichen die Hinweise für das Studium einer Schrift (erst recht nicht die stark vereinfachten Schemata und Deutungsangaben) nicht aus. Verf. appelliert an die Gewissenhaftigkeit und die Selbstkritik bei der Benutzung seiner Methode; gerade das ist vom Laien nicht zu verlangen, da er mangels Studium die Grenzen seiner Fähigkeit nicht abzuschätzen weiß.

BOSCH (Heidelberg)

● **Bericht über das „Silikose-Symposium 1955“ in der Medizinischen und Neurologischen Klinik und Poliklinik der Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten „Bergmannsheil“, Bochum.** I. Röntgenologie der Silikose. Vorsitz: V. REICHMANN. II. Zur Klinik der Silikose und Siliko-Tuberkulose. Vorsitz: W. PARRISIUS. III. Zur versicherungsrechtlichen Beurteilung der Silikose in den verschiedenen Ländern. Vorsitz: A. BÖHME. Zusammengest. von O. ZORN. Bochum: Bergbau-Berufsgenossenschaft 1956. 314 S. Geb. DM 24.80.

Die Zusammenstellung bringt die Texte von 25 Vorträgen und 32 Diskussionsbeiträgen mit einem Großteil der auf der Tagung gezeigten Bilder. — ZORN rekapituliert die Bedingungen für das Zustandekommen einer optimalen Thorax-Röntgenaufnahme, die durch Hartstrahltaufnahmen, vergrößerte Aufnahme mittels Feinfocusröhre, Tomographie, Stereoaufnahme und Kippaufnahme mit Änderung des Einfallswinkels (etwa 30° nach oben bzw. etwa 20° nach unten) von Fall zu Fall zwecks Lokalisation und Differentialdiagnose ergänzt werden soll. Atmungsphase und Füllungsstatus von Herz und Gefäßen beeinflussen das Bild. Bei der Kippaufnahme werden Gefäßquerschnitte weggeleuchtet, mit Feinfocus lassen sich Konglomeratknötchen bis herab zu 0,3 mm Durchmesser real darstellen, auch erscheint die feine reticuläre Zeichnung der lymph-

angitischen Strangkomplexe. WERNER und SCHMIDT berichten über herzsynchrone Aufnahme beim VALSALVASchen Versuch am Ende der Diastole ( $P$  im EKG) mit Feinstfocus als optimale Ergänzung. DI BIASI kann erstmals am histologischen Präparat die röntgenologische Diagnose mit diesem Verfahren bestätigen und bemerkt, daß makroskopisch die Diagnose bei der Sektion nicht sicher war. Er glaubt, daß die Silikose im Ruhrgebiet seit Fernhaltung der groben Quarzteilchen eine Wandlung des anatomischen Bildes erfahren habe, weil jetzt meist feinste Quarzpartikel mit Mischstauben in die Lunge gelangen. Er empfiehlt Röntgenaufnahmen von Leichenlungen nach Zerlegung in GOUGHsche Schnitte verschiedener Stärke. BREMBACH betont, daß die Hartstrahltechnik zwar die Expositionszeit auf 0,04 sec reduziere, aber exsudative Herde so hart wiedergebe, wie sonst bei Normalaufnahme die produktiven erscheinen. Er rät zu sorgfältiger Indikationsstellung. Das Licht der Schaukästen werde zweckmäßig blau gefiltert, eine Änderung der Dunkelkammertechnik (für angefärbte Filme) werde so vermeidbar. VIGLIANI teilt die Entwicklung eines Stereoschirmbildgerätes mit. Seine Aufnahmen erleichtern das Studium der Anordnung von Knötchen in bezug auf den Bronchialbaum, ohne die Normalaufnahme zu ersetzen. CLARKE versucht, Film, Folie, Aufnahme- und Dunkelkammertechnik zu standardisieren. — Im Übersichtsreferat über die Klinik der Silikose trägt WORTH den deutschen Vorschlag zur internationalen *Klassifikation* vor: Hauptgruppe I (einzelstehende Fleckschatten) in 3 Kategorien (1 = vereinzelt, 2 = spärlich in mehreren oder allen Lungenlappen, 3 = dicht), jeweils unterteilbar nach der Schattengröße ( $s$  = submiliar bis 1,5 mm,  $m$  = miliar bis 3,0 mm,  $n$  = nodulär über 3 mm Durchmesser). Die Hauptgruppe II umfaßt konfluierende und massive Schatten, die in beginnende, größere und massive (A, B, C) kategorisiert und analog I mit  $s$ ,  $m$ ,  $n$  und den Zusätzen Tb, Tb? charakterisiert werden sollen. Eine Antigen-Antikörperreaktion ist für Quarz noch unbewiesen, die Literatur der Serumproteinverschiebungen bei Silikose wird besprochen. Das Caplan-Syndrom (= ungewöhnliche Lungen-Röntgenbefunde bei Kohlenstaubarbeitern mit Arthritis), die Silikose + Bronchitis und die „Sinusbronchitis“ der Amerikaner werden gegenübergestellt. DICKMANN wie BAADER finden das Caplan-Syndrom im Ruhrgebiet selten (eine Entschädigung sei in Deutschland nicht spruchreif), VAN MECHELEN bzw. KRAUSS bringen Fälle aus Belgien bzw. dem Saargebiet. Wahrscheinlich spielt Tuberkulose eine ätiologische Rolle. Nach WORTH mit VALENTIN und VENRATH brachten klinische, spirographische und blutgasanalytische Untersuchungen vor und nach der Schicht keine Bestätigung einer unmittelbaren Beeinflussung der Atmung im Sinne der *Pneumokonstriktion nach DAUTREBANDE*, wogegen CARSTENS auf die Untertageuntersuchungen von LENT hinweist, die eine Vaguswirkung bei Staubeinatmung erkennen lassen. BECKMANN empfiehlt, die Korngröße und -verteilung der eingeatmeten Staube bei Auslösung von Bronchialspasmen zu studieren. PERNIS fand Zunahme der Serum-Mucoproteine (28 Fälle) wie bei Neubildungs- und Umbauerscheinungen des Bindegewebes. Zur Lungenfunktionsdiagnostik schlagen FRIEDHOFF und SCHMIDT, bestätigt von BLUMENBERG, die Bestimmung des *Volumquotienten* = Vitalkapazität unter massivem  $\text{CO}_2$ -Reiz: funktioneller Residualluft mit Messung der arteriellen  $\text{O}_2$ -Spannung vor, die sich nicht zur Routineuntersuchung eignet und wegen guter Übereinstimmung mit der unblutigen Bestimmung der Sauerstoffsättigung nach HERMANUZ jetzt entbehrlich ist. Die Franzosen lehnen Arterienpunktion aus gerichtsmedizinischen Erwägungen ab, sie *müssen* aber als Gutachter Ruhe-spirogramm, Vitalkapazität, Atemgrenzwert und maximale Stoßausatmung nach TIEFFENEAU feststellen. In der Schweiz erlaubt der geringe Anfall von Kranken ausgiebige ventilatorische und zirkulatorische Lungenfunktionsdiagnostik, jedoch genügen zur Feststellung der Invalidität, einfache Tests. Die lothringischen Kohlengruben haben CARA, DECHOUX und RUYSSSEN die Entwicklung eines Ergographen ermöglicht, der vorläufig beschrieben wird. BOLT erinnert an die Arbeiten aus der KNIPPINGSchen Schule und fordert Einschränkung der Laboratoriumsdiagnostik zugunsten der ärztlichen Beurteilung. Bei Silikose bestehe keine homogene Verteilung der Ventilation und Zirkulation in den einzelnen Lungenabschnitten, arterielles Blut sei deshalb als Mischblut verschiedener  $\text{O}_2$ -Sättigungen aufzufassen und die Spiroergometrie als praktische Funktionsprüfung beizubehalten. Die Kölner Klinik habe Normalwerte für verschiedene Altersstufen und Trainingszustände herausgearbeitet (Diagramm) und mit ZORN, KNIPPING, VALENTIN, VENRATH mit Hilfe der selektiven Angiographie und der Thorakographie (J-131-Alkyl bzw. Xenon-133) die regionalen Verhältnisse in der Lunge studiert. Nach Versuchen von KARRASCH scheint die oxy-ergometrische Untersuchung zur Bestimmung der Leistungsgrenze für die praktische Begutachtung nicht brauchbar zu sein, die Kranken geben wegen quälender Dyspnoe zu früh auf, d. h., ehe der Atemgrenzwert erreicht ist. Therapeutisch versuchte WEBER Silicotuberkulose mit Tuberkulostaticis zu behandeln, trotz unverändertem morphologischem Befund sei subjektive Besserung zu erreichen. Nach HEIDELBACH sind manche Fälle auch für Kollaps-

behandlung geeignet. BISA kündigt einen neuen Ultraschallvernebler für Aerosole an, der etwa 100fach mehr Substanz/Liter an die Lungenoberfläche bringen kann wie die bisherigen Düsenzerstäuber. — Die höchste Erkrankungsziffer an Silikose bzw. Silikotuberkulose betreffe jetzt das 50.—55. Lebensjahr. Eine M. d. E. von 20% sei auch in Großlaboratorien nicht nachweisbar, weshalb der Bergbau-BG vorgeschlagen wurde, schon einen Rentensatz von 30% zu gewähren. Durch Wegfall des Begriffs „schwer“ kann jede Silikose mit Leistungsminderung der Lunge oder des Kreislaufs zur Entschädigung gemeldet werden (ZORN). Die Begutachtungsgrundsätze des Saarlandes entsprechen etwa den deutschen, das Merkblatt 27 d. 6. Saarl. VOü. d. Ausd. d. UV a. Berufskrh. v. 2. 6. 54 ist abgedruckt (SYMANSKI). In Frankreich stellt die Gesetzgebung über die Silikose einen Sonderfall mit präzisen administrativen und diagnostischen Anweisungen dar (Ges. v. 30. 10. 46, VO v. 17. 11. 47, VO v. 18. 10. 52). In Holland ist Zusammentreffen von Pension + Invalidenrente möglich, die Diagnose Silikose soll oft leichtfertig gestellt werden. In England wird die Höhe der Rente allein von der Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes ohne Rücksicht auf das derzeitige oder frühere Einkommen abhängig gemacht. Es wird jede Pneumokoniose entschädigt. DI BIASI rät, jeden kurz vor dem Tode noch röntgennegativen Fall zu obduzieren. CLAAS erörtert die Schwierigkeiten, die sich aus den verschiedenen gesetzlichen Bestimmungen der angrenzenden Länder für Grenzgänger ergeben und schlägt eine zweisprachige Aufklärungsbroschüre für die Ärzte im französischen, belgischen, deutschen und luxemburgischem Gebiet sowie im Saarland vor. BRÜNING untersuchte eine Reihe von Selbstmordfällen bei Silikosekranken. Wegbereiter scheint das Gefühl der Vereinsamung, der Erschütterung des Eigenwertbewußtseins und der Verlust des „angestammten“ Arbeitsplatzes zu sein. — Ausstattung und Abbildungen der Zusammenstellung sind ausgezeichnet. LOMMER (Köln)

● 5. Congrès International de la Médecine d'Assurances sur la vie. Aix-les-Bains (France). 9.—10 Juin 1955. Publ. par le secrétaire gén. Lucien Rouquès (5. Internationaler Kongreß für Versicherungsmedizin in Aix-les-Bains (Frankreich). 9.—10. Juni 1955. Zusammengestellt durch den Generalsekretär LUCIEN ROUQUÈS.) Paris: Masson & Cie. 1955. 346 S. Geb. Fr. 2400.—.

Der ausführliche Bericht über den 5. Internationalen Kongreß für Versicherungsmedizin in Aix-les-Bains (Frankreich) 1955 ist von dem Generalsekretär Dr. ROUQUÈS sorgfältig und liebevoll zusammengestellt worden. Neben den Vorträgen sind auch die Diskussionsbeiträge mitgeteilt worden. BJÖRKMAN (Stockholm) berichtete eingehend über Erkennung und Prognose der frühen Stadien der rheumatischen Arthritis, während FRANÇON und SERRE (Montpellier) einen Überblick über Feststellungsmöglichkeiten des chronischen progressiven entzündlichen Rheumatismus gaben. Interessant und für den Gerichtsarzt unter Umständen einmal von Bedeutung ist der Bericht von HILLEMANN, ROUX, LÉBOUC und COCOVINIS (Paris) über tödliche Zwischenfälle bei der Behandlung des chronischen Rheumatismus. Hierbei wird besonders auf Butazolidinschäden eingegangen und über experimentelle Forschungsergebnisse beim Meerschweinchen berichtet. Als 2. Rahmenthema wurde auf dem Kongreß von CLIFFORD (Boston), HILLEMANN, LÉBOUC und ROUX (Paris) die Chirurgie des Magen- und Duodenalgeschwürs behandelt. Für den forensisch und insbesondere versicherungsmedizinisch tätigen Arzt sind die weiteren Vorträge von ganz besonderer Bedeutung gewesen. So berichtete SIBILIA (Rom) über den Einfluß des Berufes auf den Verlauf der verschiedenen Formen der Hypertension, BARNABEI (Rom) setzte sich mit der versicherungsmedizinischen Problematik über die Sterblichkeit an arteriellem Druck an Hand des europäischen Beobachtungsgutes auseinander, während DI LILLO (Rom) auf den Einfluß des Berufes auf die Krankheiten des Kreislaufs und ihre Verhütung einging, dagegen STARNA (Rom) sich speziell auf die Angio-Kardiopathie der geistigen Berufe beschränkte. Abgerundet wurde das Thema Herz- und Kreislaufkrankheiten durch die versicherungsmedizinisch bedeutungsvollen Referate von SMITH (London) über die Prognose der Coronarerkrankungen sowie die Betrachtung einiger Aspekte des praktischen Wertes des EKG bei der Lebensversicherung (HOLZMANN-Zürich und MÜRTEL-Rio de Janeiro). Interessant und nachlesenswert sind auch die Ausführungen von GOFFIN (Brüssel), VAN HOOREBEKE (Gent) und THOMAS (Gent) über das Berufsgeheimnis in der Lebensversicherung. Ergänzungen zu diesem Thema von GIGNOUX (Paris), FIANDACA (Turin), BARNABEI (Rom), KAUFMANN (Zürich) und DE BEDEN (Triest) geben dem Leser einen Überblick über die speziellen Gegebenheiten in der betreffenden Heimat des Vortragenden. Das Buch ist für jeden lesenswert, der sich mit den dargelegten Fragen beschäftigen muß. Die Artikel sind jeweils in der Vortragssprache gedruckt, durch eine deutsche Zusammenfassung werden sie aber auch dem Sprachunkundigen zugänglich. Aufmachung und Bildwiedergabe sind gut. GOLDBACH (Marburg a. d. Lahn)