

**Lauer, A.: Über den Nachweis der Vaterschaft mit Hilfe der Erbliehkeitsforschung.** Zentralbl. f. Jugendrecht u. Jugendwohlfahrt Jg. 19, Nr. 3, S. 61—64. 1927.

Der Lauersche Aufsatz aus dem Pollschen Institut hervorgegangen, über den Nachweis der Vaterschaft mit Hilfe der Erbliehkeitsforschung deckt sich im wesentlichen mit dem oben besprochenen Pollschen Aufsatz.

G. Strassmann (Breslau).

**Bonnevie, Kristine: Lassen sich die Papillarmuster der Fingerbeere für Vaterschaftsfragen praktisch verwerten? Eine Erläuterung.** (Inst. f. Erbliehkeitsforsch., Univ. Oslo.) Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 51, Nr. 9, S. 539—543. 1927.

Bonnevies Arbeit befaßt sich mit zwei Artikeln von Scheffer bzw. Nürnberger, die, hinsichtlich der Erbliehkeit der Papillarmuster auf den von B. veröffentlichten Resultaten fußend, die Verwertbarkeit der Daktyloskopie für die Vaterschaftsfrage erörtert haben. B. verwahrt sich gegen eine verfrühte Anwendung ihrer Resultate zu gerichtlichen Zwecken und stimmt hierin der Warnung Scheffers bei. Sie habe drei unabhängig voneinander variierende erbliche Merkmale bei den Tastfiguren nachgewiesen, den quantitativen Wert, die Form und die Tendenz zur Doppelschleifenbildung. Um ein genügend sicheres forensisches Urteil zu ermöglichen, müßte für jeden dieser Charaktere der Erbgang sichergestellt und auch genügend klar und einfach sein, um in jedem Falle an einem zahlenmäßig sehr geringen Material erkannt zu werden. Das sei weder hinsichtlich des quantitativen Wertes der Fall, bei dem nur bei sehr selten vorkommenden Musterkombinationen ein Indizium für die Vaterschaft zu erhoffen wäre, noch für die Form, die vielfach Übergänge zeigt und bei der das vorhandene Material die sichere Feststellung des gesetzmäßigen Erbganges noch nicht gestattet; für die letzte der drei Kategorien gelte schließlich dasselbe Bedenken. Stimmt B. hierin Scheffer bei, so möchte sie doch der Meinung entgegen-treten, die Scheffer zu haben scheint, daß zwischen der kriminalistischen Daktyloskopie und den Resultaten der Erbforschung insofern ein Widerspruch bestehe, als durch „die daktyloskopische Kleinarbeit“ die „oberflächliche Ähnlichkeit“ der Papillarmuster „in eine absolute Verschiedenheit verwandelt wird“. Ein solcher Widerspruch bestehe in Wirklichkeit nicht. Die auf mehr oder weniger zufälligen Unregelmäßigkeiten der Wachstumsprozesse beruhenden Verschiedenheiten der „minutiae“ werden für die Identifikation, sogar bei Eineiern, immer noch eine sichere Grundlage geben. (Vgl. Zeitschr. 6, 599 u. 10, 572 [Nürnberger]; 9, 513 [Scheffer].)

Leonhard Leven (Elberfeld).<sup>oo</sup>

### Kunstfehler, Ärztereht.

**Panse, Friedrich: Gefahren bei Scopolamin-Morphiumdarreichung und Vorzüge der reinen Scopolaminmedikation.** (Hauptanst. Dalldorf, Heilst. d. Stadt Berlin, Wittenau.) Münch. med. Wochenschr. Jg. 74, Nr. 11, S. 453—454. 1927.

Die Giftigkeit des Morphins wird durch Scopolamin sehr gesteigert. Bei Einweisung Geisteskranker in die Irrenanstalt ist zur Beruhigung Scopolamin allein (die Maximaldosis von 0,0005 g kann überschritten werden!) oder in Verbindung mit Veronal oder einem anderen Narkoticum, das nicht Opiumderivat ist, (nicht mit Morphinum) anzuwenden.

Kurt Mendel (Berlin).<sup>o</sup>

**Wilson, S. R.: „Ether“ convulsions.** (Krämpfe bei Äthernarkosen.) (Roy. infirm., Manchester.) Lancet Bd. 212, Nr. 22, S. 1117—1119. 1927.

Verf. ist von einem Narkosekomitee mit der Untersuchung von Narkosezwischenfällen mit letalem Ausgang nach Äthernarkose betraut worden. Er hat den Narkosedienst eines großen Krankenhauses kontrolliert. 1926 wurden 4 Todesfälle nach Äthernarkose beobachtet, die charakterisiert waren durch allgemeine Krämpfe (Vier weitere Zwischenfälle). Es sollte der Grund des Todes und die Ursache der Krämpfe festgestellt werden.

In allen Fällen handelte es sich um junge Leute: 3 Männer, 1 Frau. Drei waren erkrankt an fieberhafter Appendicitis, eine Gasgangrän nach Fraktur. Schon während oder am Schlusse kurz nach der Operation begannen zunächst an den Augenlidern leichte Zuckungen, dann

breiteten sich die klonischen Krämpfe allgemein aus. Die Atmung wurde oberflächlicher, hörte ganz auf. Cyanose, Herzstillstand. Die Sektion fand an den inneren Organen nichts besonders Krankhaftes. Thymus war groß, das lymphatische Gewebe kräftig entwickelt. Es lag kein Herzgefäßkollaps vor. Es handelt sich um eine toxische Schädigung, die über das Nervensystem zu diesem schlimmen Ausgang führte, bei toxisch schon geschädigten Patienten durch den Äther, dessen Position als ungefährliches Narkoticum heute ernstlich erschüttert ist. Es lag hier kein Sauerstoffmangel, keine Gehirnschädigung vor. Den Unreinheiten des Äthers wird ein besonderes Kapitel gewidmet, und festgestellt, daß in der Tat öfter das chemische Produkt nicht ganz den Forderungen nach Reinheit entspricht, was auf eine Änderung in der technischen Herstellung des Äthers bezogen wird. Eine Anfrage bei 24 bekannten englischen Anästhetisten ergab ähnliche Beobachtungen. *H. Schmidt* (Hamburg-Eppendorf).

**Sherman, William O'Neill, Charles M. Swindler, W. S. McEllroy and W. P. Yant:** Carbon monoxide poisoning following ethylene anesthesia. Final report. (Kohlenoxydvergiftung nach Äthylennarkose.) (*Surg. a. laborat. dep., St. Francis hosp. a. U. S. bureau of mines, Pittsburgh.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 88, Nr. 16, S. 1228 bis 1231. 1927.

Nach Äthylennarkosen traten Vergiftungssymptome auf, die auf CO-Vergiftung hinielen. Bei Analysen von Äthylenproben pro narcosi verschiedener Herkunft wurden dann wechselnde Beimengungen von CO, zum Teil in beträchtlicher Menge, nachgewiesen. Verfordern besonders sorgfältige und strenge Reinigung von Äthylen für Narkosezwecke und zeigen an Hand klinischer Beobachtungen, daß bei geeigneter Narkosetechnik die Gefahr der Explosion auf ein Mindestmaß beschränkt werden kann. *Hürthle* (Königsberg i. Pr.).

**Franke, Margot:** Über Dauerschädigungen nach Lumbalanästhesie mit Novocain-Suprareninlösung. (*Pathol.-anat. u. chir. Abt., städt. Krankenhh., Altona.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 202, H. 4, S. 262—269. 1927.

Beschreibung zweier Fälle mit Schädigung nach Lumbalanästhesie mit Novocain-Suprareninlösung. 1. Patient (24 Jahre) kam ad exitum 6 Tage nach einer Varizenoperation. Bei der Sektion fanden sich schwere Veränderungen am Rückenmark, außerdem Bronchopneumonie und Zeichen eines Stat. lymphaticus. Bei einer 2. Kranken, die auch an Varizen operiert wurde, kam es zu schweren anhaltenden Störungen, Cysto-Pyelitis, Inkontinenz für Stuhl und Harn, Peroneusparese rechts. — Es wird die Möglichkeit erörtert, ob nicht durch den Adrenalinzusatz die Folgezustände hervorgerufen worden sind. Auch stellte sich bei späterer Nachuntersuchung heraus, daß in den Tabletten das Suprarenin zersetzt war. *Stahnke* (Würzburg).

**Vulliet, H.:** Un cas de mort à la suite d'une anesthésie intrarachidienne. (Ein Todesfall nach Lumbalanästhesie.) (*Clin. chir., univ., Lausanne.*) Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 47, Nr. 6, S. 346—347. 1927.

Verf., ein genauer Kenner der Lumbalanästhesie und erfahrener Praktiker auf diesem Gebiet, verwendet sie seit langem nur in den seltensten Ausnahmefällen. Auch hierbei erlebt man, wie ihn kürzlich eine Erfahrung lehrte, Todesfälle (1,4 ccm einer 4%igen Stovainlösung = 0,056 Stovain). Er ist der Überzeugung, daß nur ein kleiner Teil der Todesfälle veröffentlicht wird; andernfalls wäre der Optimismus der glücklicherweise nicht sehr zahlreichen Chirurgen, die heute noch die Lumbalanästhesie als Methode der Wahl empfehlen, längst erschüttert worden. *Fr. Genewein* (München).

**Salleras, Juan:** Blasenerweiterung mit falscher Inkontinenz nach Rhachi-Anästhesie. (*Argentin. med. Ges., urol. Sekt., Buenos Aires, Sitzg. v. 14. IX. 1926.*) Rev. de especialidades Bd. 1, Nr. 3, S. 669—672. 1926. (Spanisch.)

Mitteilung eines Falles von unmittelbar nach Lumbalanästhesie (zwecks Appendektomie) aufgetretener Detrusorlähmung, zu der sich bald auch Inkontinenz gesellte. Als Verf. die 17jährige Kranke in Behandlung bekam, bestand die Schädigung schon 3 Jahre. Es fehlt die Angabe, in welcher Höhe punktiert worden war. *Pflaumer* (Erlangen).

**Lepoutre, C.:** Des accidents nerveux définitifs de la rachianesthésie. (Nervöse Dauerschädigungen nach Lumbalanästhesie.) Bull. et mém. de la soc. nat. de chir. Bd. 53, Nr. 11, S. 456—458. 1927.

Nach einer mit einem nicht bekannten Mittel vorgenommenen, übrigens nicht voll wirksamen Lumbalanästhesie blieb eine sensible Störung an Blase und Darm zurück, bisher unverändert 3 Jahre. — Derartige Dauerfolgen sind selten, kommen aber vor, obwohl das von einer Anzahl von Lumbalenthusiasten geleugnet wird. Sie kommen auch vor, ohne daß sich zugleich oder vorher eine andersartige Erkrankung des Nervensystems oder eine Lues findet. — Vermutlich hängen diese Folgeerscheinungen nicht so sehr mit einem oder dem anderen Anästheticum zusammen, als vielmehr mit dem

Injektionstrauma an sich. Es wird eine nervöse Bahn innerhalb der grauen Markrinde, oder außerhalb, schon im Duralsack verletzt. Auch ein destruierendes Hämatom könnte gelegentlich die Ursache sein. Sorgfältige Technik (Aspiration vor der Injektion) wird vor solchen sehr unangenehmen Schädigungen schützen. *E. Ruge.*

**Berberov, R.: Augenlähmungen nach Lumbalanästhesie.** Archiv oftalmologii Bd. 2, H. 1, S. 101—111. 1926. (Russisch.)

Nach mit Novocain und Stovain bewirkter Lumbalanästhesie kommt es nicht selten zu unerwünschten Komplikationen, solchen, die unmittelbar nach der Anwendung des betr. Mittels auftreten, und solchen, die längere Zeit nach der Operation zu beobachten sind. Gleich nach der Injektion beobachtet man: Übelkeit, Erbrechen, Blässe, oberflächliches Atmen, schwachen Puls, Ohnmachten; später treten auf: starke Kopfschmerzen, Erbrechen, Schmerzen im Rücken und Nacken, Gefühl der Schwere in den Gliedern, Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen u. dgl. m., außerdem Paresen und Lähmungen der Augenmuskeln, besonders des Abducens. Verf. beschreibt kurz 13 einschlägige Fälle. 11 mal war Novocain angewandt worden; 12 mal handelte es sich um Lähmung des Abducens, 1 mal um Lähmung des Oculomotorius (des M. rectus sup. und des M. levator palp. sup.); die Lähmung trat ein: in 7 Fällen 2—6 Tage nach der Operation, in 4 Fällen 10—16 Tage nachher, in 1 Fall 24 Tage nachher (1 Fall unbekannt). Die Dauer der Lähmung betrug in einem Falle einen Monat, in einem anderen 2 Monate; in den übrigen Fällen konnte die endgültige Genesung nicht abgewartet werden, die Lähmung hatte bestanden: in 5 Fällen 2—6 Tage, in 2 Fällen 17—18 Tage, in 3 Fällen 32—56 Tage, in 1 Fall 75 Tage. Alle Fälle gingen schließlich in Genesung aus.

*Bresowsky (Dorpat).*

**Nádor-Nikitits, István: Blutungen nach Lumbalpunktion.** Orvosi Hetilap Jg. 71, Nr. 18, S. 489—491. 1927. (Ungarisch.)

Der tödliche Ausgang der Lumbalpunktion ist meistens durch Blutungen verursacht. Es kommt seltener vor, daß die Medulla oblongata sich in das Foramen occip. magnum hineinkelt, noch seltener sind die infizierten Nadeleinbrüche oder die durch bulbaren Shock hervorgerufenen Todesfälle. Die Blutung kann aus den verletzten Gefäßen der Cauda equina oder aus denen des Gehirns und deren Häuten zustande kommen, im seltensten Falle zufolge verringerten Druckes im Gehirn. Verf. teilt aus der Budapester Korányischen internen Klinik einen Fall mit, wo nach Lumbalpunktion tödlich verlaufende Blutung auftrat. Beim Kranken war dilatiertes Herz, systolisches und diastolisches Geräusch und vergrößerte Milz feststellbar. Er wurde wegen hohen Fiebers und Kopfschmerzen, die eine Woche lang anhielten, in die Klinik befördert. Die Punktion wurde in liegender Stellung ausgeführt. Nach Auftreten der ersten Tropfen traten tonisch-klonische Krämpfe auf, und trotz Einstellung der Punktion trat nach 5 Minuten zufolge Atmungslähmung der Tod ein. Die Sektion ergab eine Blutung, die sich auf die ganze Oberfläche des Rückenmarkes, auf die Gehirnbasis und auf die Arachnoidea der Gehirnhöhlen erstreckte. Weiterhin wurde Endocarditis chronica fibrosa und recurrens verrucosa auf den Mitralklappen, Infarctus lienis und renis lat. dextri, Tumor lienis acutus, Degeneratio parenchymatosa myocardii, Cyanosis renum, Status hypoplasticus, Cysticercus piae matris cerebri und Hydrocephalus internus gefunden. In der Blutung, die sich um die Cauda equina befand, konnte das angestoichene Gefäß aufgefunden werden. In der Literatur erwähnt Schönbeck unter 71 tödlich verlaufenden Punktionen 13 Blutungen. Die nicht tödlichen, kleineren Blutungen sind häufiger. Verf. erwähnt aus seiner Praxis 2 Fälle, beide gingen mit heftiger meningealer Reaktion einher. Die Rückenmarksblutungen nach Lumbalpunktion kommen darum so selten vor, weil die begleitenden Gefäße der Cauda equina vor der Nadel ausweichen. Die meningealen Adhäsionen verhindern aber dies, besonders dann, wenn die Gefäße gleichzeitig erweitert sind. Es kann auch in den Fällen vorkommen, in welchen die Gehirngefäße pathologisch verändert sind oder der Blutdruck gesteigert, während der Liquordruck außergewöhnlich niedrig ist, weshalb bei solchen Kranken noch vorsichtiger vorgegangen werden muß.

*Ignaz Farkas (Budapest).*

**Louste, Robert Cahen et P. Vanboeckstael: Accidents locaux graves, à tendance sphaécélique, provoqués par une injection intramusculaire d'un sel insoluble de bismuth.** (Schwere örtliche Erscheinungen mit Tendenz zur Nekrose, verursacht durch die intramuskuläre Injektion eines unlöslichen Wismutsalzes.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jg. 34, Nr. 5, S. 330—332. 1927.

Fast unmittelbar nach der Injektion von Quinby starke Schmerzen in der betreffenden Gesäßhälfte, Erschlaffung des Beines, dadurch Unmöglichkeit weiterzugehen, dunkelviolette

Verfärbung; dann Ausbildung eines lividoartigen Netzes, in ihm violette Inseln mit erst purpurrotem, dann kupferfarbenem Saum. Auf diesen Inseln dunklere, livide, eine drohende Nekrose anzeigende Züge. Es liegt demnach ein neuer Fall der hier schon öfter referierten arteriellen Embolien vor. Sézary betont die Häufigkeit dieser Nebenerscheinung. Er sah in den letzten Tagen 2 derartige Fälle, beide nach Chinin-Jod-Wismutat. Es empfiehlt sich zur Vermeidung dieser Nebenwirkung die tiefeingestochene Nadel vor der Entleerung der Spritze einige Millimeter zurückzuziehen; dadurch zieht man die Spitze evtl. aus dem Gefäßlumen, welches sich durch die Elastizität seiner Wandungen schliesse, so daß ein Eindringen der Injektionsmasse ausgeschlossen sei. Barthélemy weist darauf hin, daß Freudenthal und später Nicolau durch Biopsien die arterielle Embolie sichergestellt hätten. Die einfache Aspiration genügt nicht, um solche Vorfälle zu verhüten, denn er sah einen Fall nach Aspiration, der aber gutartig verlief; daher ist Sézarys Verfahren anzuraten. *Fritz Juliusberg* (Braunschweig).

**Galliot, A.: Mort par néphrite hémorragique au cours d'un traitement bismuthé.** (Tod durch hämorrhagische Nephritis im Verlaufe einer Wismutbehandlung.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jg. 34, Nr. 3, S. 174—176. 1927.

Der 35jährige Patient, der schon mehrere Wismutkuren gut vertragen hat, bekommt 5 Tage nach der fünften Injektion von Wismutcarbonat plötzlich Hämaturie. Galliot sieht den Patienten 5 Tage später und stellt starke Blässe, stark blutigen Harn, schwachen Puls fest. Keine Stomatitis, kein Fieber. Trotz aller Behandlungsversuche (Injektion von Glucose-serum usw.) Tod im Koma, 12 Tage nach der Injektion. Am Körper einige ecchymotische Flecke. G. führt den Tod auf die Wismutbehandlung zurück, und zwar auf eine fehlerhafte Technik. Die letzte Injektion, von einer Krankenwärterin ausgeführt, war im Gegensatz zu früheren Injektionen sehr schmerzhaft und führte zu einer starken lokalen Blutung, von der noch 10 Tage später ein großer ecchymotischer Fleck am Gesäße zeugte. G. nimmt an, daß die Injektion in ein wichtigeres Gefäß erfolgte, und daß eine Nierenschädigung sich anschloß. Bemerkenswert ist ferner, daß der Patient 6 Wochen vorher eine schwere Grippe durchgemacht hatte. Vielleicht lag eine nicht erkannte Grippenephritis vor, die sich durch die Wismutbehandlung verschlechterte.

*Fritz Juliusberg* (Braunschweig).

**Mühlpfordt, H.: Schwere Schock nach Salluen.** Münch. med. Wochenschr. Jg. 74, Nr. 3, S. 108—109. 1927.

Bei einem sonst gesunden sekundärsyphilitischen Mädchen, das eine Reihe von Salvarsaneinspritzungen (Neosalv. dos. IV) anstandslos vertragen hatte, gab Verf. Salluen. Da die erste intramuskuläre Injektion starke Schmerzen hervorrief, wurde das Mittel intravenös verabfolgt. Etwa 10 Minuten nach der 2. intravenösen Einspritzung trat ein schwerer erethischer Schock ein mit allen klassischen Symptomen in zahlreichen Anfällen. Therapeutisch wurde Aderlaß gemacht und Coffein gegeben, worauf die Kranke sich langsam erholte.

Auf Grund dieses schweren Zwischenfalls warnt Verf. vor dem Salluen. Da zudem die genaue chemische Zusammensetzung nicht bekannt gegeben ist, muß das Salluen als Geheimmittel gewertet werden und sollte schon deshalb abgelehnt werden, um so mehr, als uns reichlich andere gute deutsche Wismutpräparate zur Verfügung stehen.

*H. Mühlpfordt* (Allenstein).

**Benassi, G.: Morte da neosalvarsan. Casistica e critica.** (Tod durch Neosalvarsan.) (*Istit. di med. leg., univ., Bologna.*) Rif. med. Jg. 43, Nr. 15, S. 339—344. 1927.

Einleitend bespricht der Autor die Bedeutung der Salvarsantodesfälle für die gerichtliche Medizin.

Er berichtet des weiteren über einen 30jährigen Mann, der, nachdem er eine Dosis I und II gut vertragen hatte, nach der Injektion von Dos. IV zusammenstürzte unter blutigem Erbrechen. Der Patient wurde ins Spital gebracht und starb bald nach der Einbringung. An diesen Vorfall schloß sich eine gerichtliche Untersuchung. Die Sektion ergab submuköse Blutungen der inneren Organe, Stauungshyperämien des Gehirns und ein hämorrhagisches Ödem der Lungen. Bei Erwägung der verschiedenen ursächlichen Momente glaubt der Autor, daß die Konstitution sicherlich von Belang sei. — Erwähnt wird ein weiterer Fall, bei dem es nach der 3. Injektion (2mal Dos. II und 1mal Dos. I) zum Exitus kam. Der Sektionsbefund war ähnlich dem des früher genannten Falles, nur konnte noch eine chronische Nierenschädigung nachgewiesen werden. Es folgt nun eine ausführliche Besprechung der verschiedenen Erklärungs-möglichkeiten. — In einem weiteren Fall kam es nach Applikation von Neosalvarsan in den Dos. von 0,15 bis 0,9 zum Exitus unter dem Bilde eines 10 Minuten dauernden Komas, nachdem die Dos. 0,9 zum 3. Male im wöchentlichen Intervall gegeben worden war. Der Sektionsbefund ergab auch hier submuköse Blutungen im Perikard und Peritoneum, Hirnödem, akuten Milztumor, starke Schwellung und Zerstörung der Nebennieren. Die Ursache vermutet er in einer Arsenintoxikation.

Zusammenfassend erwähnt er unter den Ursachen dieser seltenen Zwischenfälle

mangelhafte Herstellung oder Veränderung des Präparates (er gibt dem Wunsche Ausdruck, daß eine behördliche Prüfungsstelle errichtet werde) sowie ferner präexistente Organschädigung chronischer oder akuter Natur. Genaueste klinische Untersuchung könne solche schweren Zwischenfälle, die nach Art eines Shockes einsetzen, nicht ausschalten, auch kommt der Höhe der Dosis keine ausschließliche Bedeutung zu. Die Seltenheit solcher Vorfälle sowie die Möglichkeit, sie vorauszugehen, begründe die Schwierigkeit der forensischen Beurteilung solcher Zwischenfälle. Trotz eventueller Schadensmöglichkeit spricht sich der Autor aber für die Salvarsanbehandlung aus.

*Kerl (Innsbruck).*°

**Schottmüller, H.: Welche Gefahren bringt die Malariabehandlung der Syphilis?** Münch. med. Wochenschr. Jg. 74, Nr. 16, S. 675. 1927.

Verf. beschäftigt sich mit der Frage, ob die Gefahren der Impfmalaria wirklich so große sind, wie dies stellenweise behauptet wird, und zwar hinsichtlich der geimpften Kranken selbst und zweitens hinsichtlich der Möglichkeit einer Malariaübertragung von den künstlich Infizierten auf Gesunde. Die für Impfmalaria für möglich erklärte Ansteckung besitzt eine ganz untergeordnete oder richtiger keine Bedeutung. Die Impfmalaria birgt daher weder für den Syphilitiker — von ganz besonderen Ausnahmefällen abgesehen, die man leicht als ungeeignet für die Malariaimpfung erkennen und ausschließen kann — noch für die Bevölkerung einen Schaden in sich.

*Alexander Pilez (Wien).*°°

**Gutmann, F. W.: Über Schädigungen durch Blennosan.** Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 52, S. 2197. 1926.

Nach 6 Kapseln Blennosan entstand eine Intoxikation mit Fieber und Hautausschlag, der auch nach Aussetzen der Therapie noch anhielt und Krankenhausaufnahme erforderlich machte. Verf. warnt vor der weiteren Anwendung des Präparats. *Felix Moses (Berlin).*°

**Bürkle-de la Camp, H.: Beitrag zur Frage der schädlichen Folgen der Bluttransfusion.** (*Chir. Univ.-Klin., Zürich.*) Arch. f. klin. Chir. Bd. 146, H. 2/3, S. 363 bis 371. 1927.

Im Laufe der vergangenen 4 Jahre wurden 5 Fälle beobachtet, die nach einer oder mehreren Bluttransfusionen starben — post transfusionem, nicht propter transfusionem. Bei allen diesen Fällen fanden sich blutig-seröse Ergüsse in den Pleurahöhlen (davon bei einem auch ein solcher Erguß im Herzbeutel), die als Folgen der vorausgegangenen Bluttransfusionen aufgefaßt werden. *E. Glass (Hamburg).*°°

**Rist, E., F. Hirschberg, G.-E.-H. III et J. Raulot-Lapointe: Bronchiectasies unilatérales gauches associées à une sténose bronchique droite. Intoxication iodique à la suite de deux injections diagnostiques de lipiodol.** (Linksseitige Bronchiektasen, vergesellschaftet mit einer rechtsseitigen Bronchusstenose. Jodvergiftung infolge zweier diagnostischen Lipiodolinjektionen.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 43, Nr. 15, S. 599—601. 1927.

Krankheitsbericht über eine 37jährige Patientin. In den Stunden nach der Bronchographie zeigte Pat. alle Merkmale einer Cocainvergiftung infolge der ausgedehnten Anästhesierung (Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerz, Tachykardie, Polipnöe). Gleichzeitig erfolgte Fieberanstieg, Schüttelfrost, Parästhesien der Gliedmaßen. Am 4. Tag nach der Injektion trat ein landkartenartig begrenztes Erythem an Händen, Unterarmen und Bauch auf, das sich über den ganzen Körper verbreitete, von 40° hohem Fieber und einem Exanthem der Mund- und Rachenschleimhäute begleitet wurde. Am nächsten Tag trat noch ein Gesichtsoedem hinzu. Diese Erscheinungen hielten ungefähr eine Woche an, dann erfolgte Abschuppung, die an Händen und Füßen großlamellos war. Angestellte Hautreaktionen zeigten keine Überempfindlichkeit gegen Jod, Öl, Lipiodol, Cocain. Noch 8 Tage nach Beginn dieses Zustandes wurde im Urin in 24 Stunden 12 cg Jod ausgeschieden. Verff. halten das Jodöl für die Ursache dieses Krankheitsbildes.

*Wierig (Hamburg).*°°

**Marque, Alberto M.: Neuritis durch Ätherinjektionen.** (*Inst. de fisioterapia, univ., Buenos Aires.*) Semana méd. Jg. 34, Nr. 17, S. 1017—1018. 1927. (Spanisch.)

2jähriges Kind wurde wegen einer Bronchopneumonie mit Einspritzungen einer Äther enthaltenden polyvalenten Vaccine behandelt; die Mehrzahl der Einspritzungen wurde in die rechte Seite — Gesäß oder Oberschenkel — gegeben. Nach der Entfieberung trat eine Schwäche beider Beine mit Hypotonie, rechts stärker als links, Aufhebung beider Achillesreflexe, Ent-

artungsreaktion auf. Unter galvanischer Behandlung Besserung. Der Äther neigt infolge seiner Affinität zu Fettsubstanzen dazu, das Myelin anzugreifen. Verf. hat in den letzten 3 Jahren 16 entsprechende Fälle gesehen. Der Sitz der Einspritzung war in der Hälfte der Fälle die Glutäalregion ober- und unterhalb der Roseschens Linie, in der andern die Außen- oder Hinterseite des Oberschenkels gewesen. In 60% der Fälle war der N. peroneus befallen. Zur Vermeidung der Nervenschädigung darf die Einspritzung nicht in die Nähe der Roseschens Linie und nicht in die Hinterseite des Oberschenkels gemacht werden. Am besten wäre es, einen andern Weg der Einverleibung zu finden. Diagnostisch wichtig ist noch, daß die Mehrzahl der Fälle zunächst als Poliomyelitis angesehen wurden. Reich (Breslau).<sup>o</sup>

**Henderson, John: Haematuria following insulin injections.** (Hämaturie nach Insulininjektionen.) (*Glasgow roy. infirm., Glasgow.*) Brit. med. journ. Nr. 3448, S. 231. 1927.

Kurze Mitteilung von 3 Fällen von Diabetes (2 jugendliche und 1 älterer Kranker), die nach Injektion von 20—50 Einheiten Insulin Hämaturie bekamen. Bei einem 4. Kranken trat nach Insulin eine cerebrale Blutung auf. Siebeck (Bonn).<sup>o</sup>

**Robson, W. Gordon: Cerebral abscess following tooth extraction.** (Hirnabsceß nach Zahnextraktion.) Journ. of the med. assoc. of South Africa Bd. 1, Nr. 5, S. 118 bis 119. 1927.

Wegen Migräne wurden 4 Zähne extrahiert. Nach 7 Tagen meningitische Erscheinungen, nach 11 Tagen Tod. Autopsie deckt einen Absceß des Hinterhauptlappens auf.

Hellmann (Münster i. W.).<sup>o</sup>

**Macqueen, John: Four cases of tetanus following intramuscular injection of quinine.** (4 Fälle von Tetanus nach intramuskulären Chinineinspritzungen.) Lancet Bd. 212, Nr. 25, S. 1289—1290. 1927.

Nach Inkubationszeiten von 11, 21 und 28 Tagen gingen 4 Männer nach Chinininjektionen zugrunde, und zwar im Verlauf von weniger als 72 Stunden nach Einsetzen der Tetanuserscheinungen. In der Zubereitung der Lösung, auch in der Vorbehandlung von Spritze, Kanüle und Haut des Patienten ließ sich kein Fehler nachweisen. Chinin macht Nekrosen im Muskel; für Tetanussporen ergeben sich damit günstige Entwicklungsbedingungen. Chinin soll daher möglichst immer oral verabfolgt werden.

Kreuter (Nürnberg).<sup>o</sup>

**Anschütz, W.: Über Gasbrandinfektionen nach subcutanen Injektionen.** (*Chir. Univ.-Klin., Kiel.*) (13. Tag. d. südostdtsh. Chir.-Vereinig., Breslau, Sitzg. v. 26. VI. 1926.) Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 139, H. 1, S. 129—130. 1927.

Bei 2 Fällen von Gasbrand nach subcutaner Injektion fand sich die Infektionsquelle in der Injektionskanüle, die in 96proz. Alkohol aufbewahrt worden war.

M. Knorr (München).<sup>o</sup>

**Cohn, Toby: Ein Todesfall nach Saprovitanebehandlung.** Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 53, Nr. 25, S. 1048—1049. 1927.

Bei einem 34 Jahre alten Patienten mit multipler Sklerose wurde eine Kur mit Saprovitane B eingeleitet. 11 Injektionen wurden mit entsprechenden Reaktionen (Schüttelfrost usw.) gut vertragen. Im Anschluß an die 12. Injektion traten mehrere Schüttelfröste und dauerndes hohes Fieber auf. In der Blutaussaat, sowie aus dem Inhalt einer neuen Ampulle wurden gramnegative Stäbchen der Coligruppe gezüchtet. Tod unter den Erscheinungen einer schnell fortschreitenden Sepsis.

Walter Goldstein (Berlin).<sup>o</sup>

**Reynard: Embolies septiques à la suite de dilatations de Purèthre.** (Septische Embolien nach Harnröhrenverweiterungen.) (*Soc. nat. de méd. et des sciences méd., 19. I. 1927.*) Lyon méd. Bd. 139, Nr. 17, S. 478—481. 1927.

Reynard stellt 2 Fälle vor, bei denen es während der Dilatationsbehandlung von Harnröhrenstrikturen unter Schüttelfrost zur Absceßbildung am rechten Arm bzw. in der rechten Regio deltoidea gekommen war. Der Zeitraum zwischen der letzten Bougierung und der Metastasenbildung betrug im ersten Falle 4 Tage, im zweiten 12 Tage. Beide Male war chirurgisches Vorgehen erforderlich.

E. Lehmann (Hamburg).<sup>oo</sup>

**Clarke, B. Earl: Fat embolism. A report of two fatal cases following orthopedic manipulation.** (2 Fälle von tödlicher Fettembolie nach orthopädischen Manipulationen.) (*Dep. of pathol., state univ., Iowa City.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 88, Nr. 12, S. 919—921. 1927.

Verf. berichtet über 2 Frauen, die einige Stunden nach orthopädischen Operationen an

den Beinen unter Atemnot gestorben sind. Bei beiden hatten die Knochenveränderungen jahrelang bestanden. Die Sektion ergab in beiden Fällen Fettembolie in allen Organen, besonders stark in den Lungen, den Glomerulis der Nieren, dem Herz und dem Gehirn. Zum Zustandekommen einer Fettembolie ist Freiwerden von flüssigem Fett aus den Zellen, Verletzung von Gefäßen und eine Kraft, die das Fett in die Gefäßbahn treibt, erforderlich. Bei Knochenverletzungen ist Fettembolie besonders häufig, da die in starren Kanälen liegenden Gefäße nicht so leicht kollabieren wie in anderen Geweben. Chronische Arthritis gibt günstige Vorbedingungen für eine Fettembolie. Mit der Inaktivitätsatrophie und den Veränderungen im Knochen und in den umgebenden Geweben ist eine Zunahme des Fetts verbunden. Unblutige Operationen sind in solchen Fällen sehr gefährlich. Die blutige Korrektur verringert die Gefahr.

*Lefèvre (Stettin).*

**Lomholt, Svend: Todesfall durch Lungenembolie nach Varicenbehandlung mit konzentrierter Kochsalzlösung.** Ugeskrift f. Laeger Jg. 89, Nr. 1, S. 7—8. 1927. (Dänisch.)

Verf. bespricht einen Todesfall bei einem 60jährigen Mann, mit sehr starken Varicen der Beine, der mit 5 Kochsalzinjektionen (20%), Methode K. Linser, behandelt wurde. Gute Thrombosierung, aber nach einigen Tagen hohes Fieber. Infektiöse Phlebitis und wiederholte Lungenembolien. Nach einem Monat plötzlicher Exitus durch eine schwere Embolie der Arteria pulmonalis.

*Sv. Lomholt (Kopenhagen).*

**Oehler: Häufung der postoperativen tödlichen Lungenembolien.** (33. Tag d. Vereinig. nordwestdtsh. Chir., Hannover, Sitzg. v. 11. XII. 1926.) Zentralbl. f. Chir. Jg. 54, Nr. 15, S. 939—942. 1927.

Oehler nimmt Stellung zur Frage der Zunahme der Embolien nach Operationen in den letzten Jahren. Er sah bei seinem Material 1925 10 Fälle (0,54%) gegen 3 durchschnittlich in früheren Jahren. Er führt diese Zunahme vermutungsweise, wie dies auch andere Autoren tun, auf die ausgiebige intravenöse Therapie zurück, wie sie jetzt üblich ist, und konnte feststellen, daß die Unterlassung der von ihm geübten intravenösen Afeinleinspritzungen zur Verhütung der postoperativen Pneumonie zu einem deutlichen Rückgang der Embolien führte (gerinnungsfördernde Eigenschaft dieses Kalkpräparates). Die beobachteten Embolien waren trotz Frühaufstehen und örtlicher Betäubung eingetreten, betrafen das Alter von 40—60 Jahren und traten durchschnittlich am 10. Tage auf. Nachweisbare Infektion nur in einem Fünftel der Fälle.

*Roedelius (Hamburg).*

**Ziegler: Die Zahl der Schädigungen durch Röntgenbestrahlung.** (Ges. d. Ärzte, Zürich, Sitzg. v. 2. XII. 1926.) Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 57, Nr. 25, S. 602 bis 603. 1927.

Die Zahl der seit 1912 gemeldeten Fälle von Schädigung durch Röntgenbestrahlung beträgt 70, davon betreffen die Schweiz 17, wovon 16 auf Grund der Haftpflichtversicherung. Die meisten Schadenfälle werden durch Vergleich erledigt, in den wenigsten Fällen durch gerichtlichen Entscheid. Für die Schweizer Fälle wurden 80 000 Fr. an Entschädigungen ausgerichtet. Zur Vermeidung der Gefahren bei der Verwendung der Röntgen- und Radiumenergie sind gesetzliche Bestimmungen notwendig. Die Anwendung der Röntgen- und Radiumbehandlung soll nur von speziell für das betreffende Verfahren ausgebildeten medizinischen Hilfskräften erfolgen.

*Schönberg (Basel).*

**Domagk, Gerhard: Röntgenstrahlenschädigungen der Niere beim Menschen.** Med. Klinik Jg. 23, Nr. 10, S. 345—347. 1927.

Verf. konnte beim Kaninchen durch intensive Röntgenbestrahlung hochgradige Schrumpfnieren erzeugen. Die menschliche Niere ist nicht als ein röntgenunempfindliches Organ aufzufassen. Bei intensiven Bauchbestrahlungen soll darauf geachtet werden durch systematische Harnuntersuchung, die eine Woche nach einer größeren Dosis schon Albumen anzeigen kann.

*G. Schwarz (Wien).*

**Lachapèle, A.-P.: Radionécroses tardives des parties molles, des os et des cartilages.** (Strahlenspätnekrose der Weichteile, der Knochen und Knorpel.) (Laborat. Pasteur, inst. du radium, Paris.) Arch. d'électr. méd. Jg. 34, Nr. 517, S. 218—236 u. Nr. 519, S. 326—335. 1926.

Die Arbeit bringt 14 Krankengeschichten von Spätnekrosen nach Radium- und Röntgenbehandlung von Carcinomen der Lippe, der Mundhöhle, des Uterus und des Larynx, die 3 bis 27 Monate nach Beendigung der Behandlung auftraten. Bei einem Kranken können auch mehrere solcher Spätschädigungen vorkommen. Der Beginn ist ein plötzlicher. Die Nekrose

bleibt nicht immer auf die Schleimhaut beschränkt, sondern greift oft auf Knochen oder Knorpel über, doch treten Knochennekrosen auch ohne Schleimhautschädigungen auf. Die Radiumnekrose des Knorpels geht mit oder ohne Ödem einher. Schädigungen der Schleimhaut heilen mit einer weißen Narbe ab, die Nekrose des Knochens mit Abstoßung großer Knochenteile, die natürlich lange Zeit in Anspruch nimmt. Der Autor erwähnt einen Fall von Knochennekrose, die bereits 5 Jahre währt. Die Knorpelnekrose des Larynx endet fast immer durch broncho-pulmonale Komplikation tödlich. Bei Röntgenbehandlung sind solche Schädigungen meist durch Kreuzung der Bestrahlungsfelder verursacht. Bei der Radiumnekrose spielt das Kreuzfeuer eine große Rolle, ebenso die Kumulierung der Dosen; auch zu große Dosen oder Fehler in der Homogenität können die Veranlassung geben; eine Beobachtung beweist auch den Einfluß ungenügender Filtration. Die Radiumnadeln sollen daher eine Wandstärke von mindestens 0,5 mm Platin haben. Eine Reihe von Beobachtungen zeigen auch den ungünstigen Einfluß der Sekundärstrahlen, es soll niemals gleichzeitig mit Radiumnadeln und Oberflächenbestrahlung gearbeitet werden. Ein sehr starker Panniculus adiposus scheint in einzelnen Fällen eine prädisponierende Ursache abzugeben. Weitere solche begünstigende Momente sind: Hautveränderungen, Varicen, Arteriosklerose, Gefäßschädigungen nach einem chirurgischen Eingriff usw., aber auch das normale Gewebe an den verschiedenen Körperstellen verhält sich verschieden. An einzelnen Stellen ist der Knochen und Knorpel nur von einer ganz dünnen Schleimhaut überzogen und so kann man z. B. am Mundboden oftmals die Heilung eines Carcinoms nur dadurch erreichen, daß man eine Strahlenschädigung in Kauf nimmt. Schädigungen, welche das bestrahlte Gewebe betreffen, haben eine große Bedeutung für die Entstehung solcher Strahlennekrosen, sei es nun, daß sie chemischer (Jodtinktur, Silber, essigsaure Tonerde usw.), physikalischer Natur (kaltes Bad, Hitze, Quarzlampe) oder mechanischer Art sind, unter welcher wiederum das chirurgische Trauma einen breiten Platz einnimmt. Als vierte Ursache kommen Infektionen hinzu. In den Radiumnekrosen lassen sich Spirillen und fusiforme Bacillen nachweisen. Die Diagnose einer Radiumnekrose ist leicht, wenn in ihrer Zone niemals ein Carcinom vorgekommen ist; ist die Behandlung aber wegen eines Carcinoms erfolgt, so kann die Diagnose Schwierigkeiten bereiten. Die Radiumnekrosen treten plötzlich auf, folgen oftmals einem Trauma, haben glatten Rand, gelbgrünen Grund. Die Rezidive ist durch langsamen Verlauf, wallartigen Rand ausgezeichnet und neigt zu Hämorrhagien; oftmals läßt sich die sichere Diagnose nur durch die Biopsie ermöglichen.

Leo Kumer (Wien).<sup>oo</sup>

**Baumann, M.:** Sarkomentwicklung nach Röntgenbestrahlung wegen Gelenktuberkulose. Strahlentherapie Bd. 25, H. 2, S. 373—374. 1927.

Verf. beschreibt einen Fall von Ellenbogentuberkulose (Mädchen 23 Jahre), deren rechtes Ellenbogengelenk nach Röntgenbestrahlung sarkomatös entartete. Sollten bei Röntgenbehandlung jugendlicher Tuberkulöser derartige Fälle öfters beobachtet werden, so schlägt Baumann vor, diese Art Therapie ganz fallen zu lassen, da er in dem Reiz der Strahlen die Entstehung des Sarkoms ersieht.

Nölke (Köln).<sup>o</sup>

**Rahm, H.:** Spätnekrose der Mandibula nach Röntgenbestrahlungen. (Chir. Univ.-Klin., Breslau.) Strahlentherapie Bd. 25, H. 2, S. 338—345. 1927.

Der Kranke wurde vor über 6 Jahren wegen eines Unterlippencarcinoms operiert (Keilexcision, doppelseitige Drüsenausträumung). Anschließend Nachbestrahlung von 3 Feldern aus, innerhalb eines Jahres knapp 7mal eine HED. Als Effekt der Bestrahlung zunächst Epilation, nach 2 Jahren chronisch-induriertes Ödem. Vor  $\frac{1}{2}$  Jahre plötzlich starke Anschwellung, 3 Tage lang hohes Fieber, Durchbruch eines Abscesses mit nachfolgender Fistel, die auf rauhen Knochen führte. Durch Probeexcision konnte unspezifisches Granulationsgewebe, sicher kein Rezidiv nachgewiesen werden. Die Haut war am Kinn etwas dünn, glänzend, stellenweise pigmentarm. Bartwuchs wieder ziemlich üppig. Im Röntgenbild diffuse Veränderung des Knochens (Osteomyelitis) ohne scharfe Demarkation. Vielleicht Andeutung eines Schalensequesters. Keine Periostitis. Später stieß sich ein Knochensplitter von etwa Streichholzdicke und 2 cm Länge durch das Zahnfleisch hindurch ab. Heute zeigt der Unterkiefer röntgenologisch eine pathologische Fraktur; der Knochen ist sklerosiert, hat keine Bälkchenzeichnung mehr. Außen und innen beginnt sich je 1 Sequester zu lösen. Diese Veränderung geht beiderseits bis an den Kieferwinkel, d. h. sie umfaßt nur den Bereich des Knochens, der im Strahlenkegel gelegen hatte. Die Nachprüfung der Bestrahlungstechnik ergab, daß an der gefährdeten Knochenstelle jedesmal höchstens 100% HED gewirkt haben können; die große Häufung dieser Dosen hat eine erst heute geläufige Kumulation gebracht. Zur Herbeiführung der Spätnekrose kommt als auslösendes Moment noch die Infektion von einer Zahnprothesendruckstelle aus in Frage, der ein ungeschädigter Knochen wahrscheinlich spielend Herr geworden wäre. Der Fall zeigt, daß die Lehre von der geringen Radiosensibilität des reifen Knochens falsch ist: 100% HED ist das höchste, was man dem Knochen zumuten soll. Wiederholung ist erst nach etwa  $\frac{1}{2}$  Jahr gestattet, mehr als 3—4mal sollte man dem Knochen eine solche Strahlenmenge nicht zumuten.

Drügg (Köln).<sup>oo</sup>

**Nicolich, Giorgio: Necrosi della prostata in seguito ad applicazione di radium per ipertrofia prostatica.** (Prostatanekrose nach Radiumbehandlung wegen Prostatahypertrophie.) (*V. Congr., Padova, 29.—30. X. 1926.*) *Atti d. soc. ital. di urol. S. 306 bis 311.* 1927.

Ausführliche Beschreibung einer vom Verf. beobachteten schweren Prostatanekrose mit lebensbedrohenden Allgemeinerscheinungen septischer Natur. Der Kranke genas erst nach monatelangem, schmerzlichen Krankenlager, nachdem sich die nekrotisierte Prostata nach und nach in Fetzen durch die Harnröhre abgestoßen hatte. Von Dysurie und Miktionsbeschwerden, die durch die Prostatahypertrophie bewirkt waren, wurde der Kranke zwar befreit, auch die Cystitis bildete sich fast völlig zurück, bestehen blieb aber dauernde partielle Inkontinenz und Pollakurie. Verf. nimmt den Fall zum Anlaß einer Kritik der Radiumtherapie der Prostatahypertrophie, speziell der Methode von G. Marion (*Encycl. franç. d'urolog. 6, 258. Paris 1923*), der die Radiumbehandlung selbst ausgeführt hatte bei diesem Kranken. (Erste Applikation: 55 mg Ra.El. 24 Stunden urethral und 12 Stunden teils urethral, teils rectal gelegt. 1,5 mm Platinfilter. Zweite Applikation [2 $\frac{1}{2}$  Monate später]: 55 mg 36 Stunden urethral. Daraufhin anfangs Besserung. Die Beschwerden, die den Beginn der Nekrose andeuteten, traten erst 3 Monate nach Abschluß der Radiumbehandlung auf. [Spätnekrose! Ref.].) *Alb. Simons (Berlin).*°°

**Schaefer, Margrit: Drei Fälle von Diathermieschädigungen bei Benützung der Diathermie in der operativen Technik.** (*Chir. Univ.-Klin., Zürich.*) Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 57, Nr. 12, S. 268—271. 1927.

Verf. referiert über 3 Fälle von Diathermieschädigungen; in den beiden ersten Fällen wurde bei Durchtrennung von Darmschlingen die Diathermiekaustik (Thermokoagulation) verwendet; im ersten Falle kam es zu einer Perforationsperitonitis ziemlich weit von der Stelle entfernt, an welcher die Elektrode angesetzt worden war mit tödlichem Ausgang; im zweiten Fall wurde bei einer Magenresektion bei Durchtrennung des Duodenums mit der Elektrode das Duodenum auf eine Strecke von 1 $\frac{1}{2}$  cm nekrotisch, so daß diese Partie desselben entfernt werden mußte; Ausgang in Heilung. Beim dritten Fall endlich wurde anlässlich der Operation einer Empyemresthöhle in leichter Narkose die vordere Wand der Höhle mit der Diathermieelektrode entfernt; etwa 5 Minuten nach Anwendung der Diathermie trat ein heftiger Kollaps auf, dem der Kranke erlag. (Sektion ergab Status thymico-lymphaticus.)

Verf. weist darauf hin, daß wir bei der Thermokoagulation in der Bauchhöhle vorsichtig sein müssen, da sich der genaue Verlauf der Stromlinien bei den wechselnden Widerständen in den mit Flüssigkeit und Gas gefüllten Darmschlingen nicht bestimmen läßt; auch den 3. Fall legt Verf. mit großer Wahrscheinlichkeit der Anwendung der Diathermie zur Last, wenn er auch die Möglichkeit offen läßt, daß es sich vielleicht um einen Narkosetodesfall handeln könnte. *Deus (St. Gallen).*°

**Gilbert: Farbensinnprüfungen durch farbenuntüchtige Ärzte.** *Zeitschr. f. Bahnärzte Jg. 22, Nr. 6, S. 127—130.* 1927.

Obwohl Nagel, der sich um die Erforschung und die Untersuchungsmethoden des Farbensinnes große Verdienste erworben hat, selbst farbenuntüchtig war, ist durch die Hauptverwaltung der deutschen Reichsbahngesellschaft verfügt worden, daß die Bahn- und Bahnaugenärzte farbenuntüchtig sein müssen. Diese Forderung ist im wesentlichen auf Veranlassung des Verf. gestellt worden, schon aus dem Grunde, weil bei den Eisenbahnbediensteten berechtigterweise Bedenken entstehen müssen, wenn der untersuchende Arzt bei Farbensinnprüfungen selbst farbenuntüchtig ist. *Brückner (Basel).*°

**Ebermayer: Zur Auslegung des § 147 Nr. 3 RGewO. (Beilegung des Titels Arzt oder eines ähnlichen Titels).** *Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 53, Nr. 27, S. 1147.* 1927.

Erörterung des Unterschiedes in der Rechtsprechung des Reichsgerichtes und des Kammergerichtes. Nach dem RG. ist Arzt im Sinne des § 147 RGO. nur der im Inlande approbierte Arzt. Bezeichnet sich ein im Auslande approbierter Arzt durch einen entsprechenden Zusatz als solchen, so sei er nicht strafbar. Daß das Publikum einen solchen Hinweis nicht lese oder nicht verstehe, sei eine unbegründete Annahme des Kammergerichtes. *Giese (Jena).*

**Rohrscheidt, Kurt v.: Zur Auslegung des § 147 Nr. 3 RGewO. (Beilegung des Titels „Arzt“ oder eines ähnlichen Titels).** *Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 53, Nr. 32, S. 1354—1355.* 1927.

Das Reichsgericht vertritt den Standpunkt, daß eine Bestrafung auf Grund dieses Paragraphen bei Führung der Bezeichnung Arzt durch eine nicht im Inland approbierte Person ausgeschlossen sei, wenn ein Zusatz diesen Umstand genügend kennzeichne. Verf. hält dieser

Meinung gegenüber die Auffassung des Kammergerichts für die allein richtige, daß nämlich die R.G.O. den Titel Arzt schlechthin nur für in Deutschland approbierte Ärzte zulässig erachte. Das folgt aus dem Sinne und dem Wortlaut des Gesetzes, denn nur der im Inlande approbierte Arzt ist „Arzt“ im Sinne der deutschen Gesetzgebung. *Giese (Jena).*

**Reichel, Hans: Führung des Professortitels durch Ärzte.** *Ärztl. Sachverst.-Zeit.* Jg. 33, Nr. 13, S. 174—175. 1927.

Der Leipziger Ehrengerichtshof für Rechtsanwälte hat es in einer Entscheidung vom 24. XI. 1926 für unzulässig erklärt, daß ein Anwalt, der als gleichzeitiger Hochschullehrer den Professortitel führt, diese Bezeichnung auch im Anwaltsberuf führe. Reichel hält diese Stellungnahme nur für die Fälle für berechtigt, in denen Professoren, die zugleich Anwälte sind, eine Lehrtätigkeit in einer anderen Fakultät ausüben oder als juristische Dozenten nicht mehr tätig sind, dagegen lehnt er sie ab als zu streng für aktive Dozenten der Rechte. In einer Parallele, die er zu den Verhältnissen im Ärztestande zieht, trägt er den in diesem herrschenden weniger strengen Anschauungen insofern Rechnung, als er die Führung der Bezeichnung Professor nur für die Fälle ablehnt, in denen der Dozententitel aus einer nicht medizinischen Lehrbetätigung stammt. *Giese (Jena).*

**Josef, Eugen: Ärzte und Selbstmörder; wahre Patienten und bloße Rufer des Arztes.** *Ärztl. Sachverst.-Zeit.* Jg. 33, Nr. 14, S. 188—190. 1927.

Der Mieter eines möblierten Zimmers nahm Gift in selbstmörderischer Absicht. Auf Veranlassung des Vermieters und des Hauseigentümers wurde der Arzt zu sofortigem Eingriff geholt; dieser beseitigte die unmittelbare Gefahr durch Eingabe von Gegenmitteln bei dem Bewußtlosen. Als der Lebensmüde wieder zum Bewußtsein gekommen war, lehnte er die Annahme des Arztes ab und verweigerte diesem auch eine Vergütung. Der Arzt habe seine Tätigkeit gegen seinen Willen ausgeübt. Wie kommt der Arzt zu der ihm zustehenden Vergütung? Der Kranke muß den Arzt bezahlen nach den Bestimmungen des BGB. (§§ 677, 679, 683), auch wenn dieser gegen den Willen des Behandelten seine Tätigkeit ausgeübt hat, falls ohne die ärztliche Tätigkeit eine Pflicht des Behandelten nicht erfüllt worden wäre, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt. Der Lebensmüde hatte die Pflicht zu leben, er suchte sich dieser Pflicht zu entziehen, die er als Mensch und Staatsbürger seinen Mitmenschen, der Familie, dem Staat, der Gemeinde gegenüber hatte; sein Vorhaben ist daher ein Verstoß gegen die öffentliche Ordnung; folglich kann der Arzt von dem Lebensmüden, den er am Leben erhalten hat, Bezahlung verlangen. Dem Vermieter und Hauseigentümer, die ihn holten, gegenüber hat er keinen Anspruch auf Vergütung, sondern wenn der Behandelte gestorben wäre, nur seinen Erben gegenüber, als deren Geschäftsführer er sich betrachten konnte, da es dem mutmaßlichen Willen der Erben entsprach, daß der Arzt zugezogen wurde. *Ziemke (Kiel).*

**Philipsborn, Alexander: Aushändigung von Krankengeschichten an Dritte.** *Freie Wohlfahrtspf.* Jg. 2, H. 4, S. 158—162. 1927.

Unter kurzer Erörterung des Begriffes der „Krankengeschichte“ nimmt Verf. Stellung zu der immer wiederkehrenden Frage, wann Krankengeschichten an Dritte ausgehändigt oder zur Einsicht vorgelegt werden dürfen. Eine Verpflichtung zur Führung von Krankengeschichten besteht nach geltendem deutschen Rechte nicht, sondern wird durch die vorgesetzte Dienstbehörde oder Vertrag angeordnet. Der Arzt überträgt den Besitz und das Eigentumsrecht an den Krankengeschichten durch Niederlegung an einer bestimmten Stelle an den Krankenhausträger mit der Einschränkung, nur mit seinem Einverständnis darüber verfügen zu dürfen. Für andere sollen die Krankengeschichten in Wahrung des Berufsgeheimnisses nicht zugänglich sein. Die Einwilligung des Kranken berechtigt zur Offenbarung, bzw. ein Verhalten, welches sein Einverständnis annehmen läßt; bei Minderjährigkeit oder Geschäftsunfähigkeit das des gesetzlichen Vertreters. Die Offenbarung kann verlangt werden auf Grund des Reichsgesetzes betreffend Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten. Nicht unbefugt ist sie, wenn das Interesse an der Geheimhaltung weniger wiegt als an der Offenbarung; z. B. die Herausgabe an den mitbehandelnden oder weiterbehandelnden Arzt; die Herausgabe darf dann aber nur an den Arzt, nicht aber an das Krankenhaus oder irgend einen Versicherungsträger erfolgen. Unzulässig ist die Aushändigung von Krankengeschichten im wissenschaftlichen Austausch von Ärzten untereinander, sowie Behörden gegenüber. Eine Beschlagnahme ist ebenso unzulässig wie eine zwangsweise Vernehmung von Ärzten über ihren Inhalt. Beamtete Ärzte machen keine Ausnahme; ebensowenig hat den Versorgungsbehörden gegenüber eine Auskunft zu erfolgen. *Spiecker (Beuthen).*

**Schäfer, Ernst: Ärztliche Interessen im Entwurf des neuen Strafgesetzbuchs nach den Beschlüssen des Reichsrats.** (Preuß. Justizministerium, Berlin.) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 53, Nr. 23, S. 973—975. 1927.

1. Körperverletzung. Der amtliche Entwurf hat in § 263 bestimmt, daß Eingriffe und Behandlungen, die der Übung eines gewissenhaften Arztes entsprechen, keine Körperverletzung im Sinne des Strafgesetzbuches sind. Für die Beurteilung, ob Körperverletzung vorliegt oder nicht, ist die Frage des Einverständnisses demnach belanglos, dafür hat der Reichsrat in dem Abschnitt „Verbrechen und Vergehen gegen die persönliche Freiheit oder Sicherheit“ im § 281 ein besonderes Delikt „Eigenmächtige Heilbehandlung“ eingefügt, nach dem, wer jemand gegen dessen Willen zu Heilzwecken behandelt, mit Gefängnis bis zu 3 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft wird. Die Tat wird nur auf Antrag des Behandelten verfolgt, in besonders leichten Fällen kann von Strafe abgesehen werden. Die Anwendung des Paragraphen entfällt, wenn der Behandelnde nach den Umständen außerstande war, die Einwilligung des Behandelten rechtzeitig einzuholen. 2. Die ärztlich gebotene Unterbrechung der Schwangerschaft. Der A.E. hatte eine besondere Bestimmung nicht aufgenommen, da der Begriff des Notstandes in ihm wesentlich erweitert worden war und deshalb auch die ärztliche Schwangerschaftsunterbrechung decken sollte. Der Reichsrat hat, da der Begriff des Notstandes nur die Abwendung einer gegenwärtigen Gefahr kennt und somit die prophylaktische Anwendung des künstlichen Abortes bei später eintretender Gefahr nicht deckt, im § 254 eine besondere Bestimmung über ärztlich gebotene Unterbrechung der Schwangerschaft getroffen: „Eine Abtreibung im Sinne dieses Gesetzes liegt nicht vor, wenn ein approbierter Arzt eine Schwangerschaft unterbricht, weil es nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer auf andere Weise nicht abwendbaren ersten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Mutter erforderlich ist. Eine Tötung im Sinne dieses Gesetzes liegt nicht vor, wenn ein approbierter Arzt aus dem gleichen Grunde ein in der Geburt begriffenes Kind tötet.“ In bezug auf das Einverständnis gilt auch hier der oben erwähnte neue § 281. 3. Unrichtige ärztliche Zeugnisse. Der Reichsrat hat die Vorschrift des Entwurfs dahin abgeändert, daß nur die Zeugnisse von approbierten Ärzten und anderen, staatlich geprüften Medizinalpersonen unter die Strafbestimmung fallen, um den Anschein zu vermeiden, daß den Zeugnissen der Kurpfuscher die gleiche Bedeutung beigemessen würde; ferner hat er die Anwendung nur auf wissenschaftlich unrichtige Ausstellung beschränkt, um allzu häufigen Denunziationen vorzubeugen. 4. Verletzung des ärztlichen Berufsgeheimnisses. Auch hier hat der Reichsrat die Anwendung der Strafvorschrift aus den gleichen Erwägungen wie unter 3. auf approbierte Ärzte, Apotheker und andere, staatlich geprüfte Medizinalpersonen beschränkt, dagegen eine erhöhte Strafe angedroht für den Fall, daß die Offenbarung gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einem anderen unrechtmäßig einen Vorteil zu verschaffen oder jemand einen Nachteil zuzufügen, erfolgt. Endlich ist die Bestimmung über die Straffreiheit des Täters geändert worden, die nur dann vorliegt, „wenn er das Geheimnis zur Wahrnehmung eines berechtigten öffentlichen oder privaten Interesses offenbart, das nicht auf andere Weise gewahrt werden kann, und wenn das gefährdete Interesse überwiegt.“ *Giese (Jena).*

#### Versicherungsrechtliche Medizin.

**Pietsch, G.: Beitrag zur Verschlimmerung der Lungentuberkulose nach Trauma.** (Dr. Weickers Heilanst., Görbersdorf.) Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. 66, H. 1/2, S. 190—194. 1927.

Verf. gibt einen kasuistischen Beitrag zur umstrittenen Frage des Zusammenhanges von Trauma und Tuberkulose. Bei einem praktisch fast geheilten Fall von tertiärer Lungentuberkulose kommt es durch einen Unfall zur hämatogenen Aussaat und dadurch zur Verschlechterung der Prognose. Die Berufsgenossenschaft erkannte hier die Verschlimmerung der bestehenden Lungentuberkulose durch das Trauma an. *Harms (Mannheim).*