

Lügners und Schwindlers, der in der Untersuchungshaft einen Ganserschen Zustand bekam, erörtert Verf. die allbekannte Schwierigkeit der Grenzziehung zwischen Simulation und Psychose. Nachdem der Täter durch das Gutachten des Verf. für haft- und verhandlungsfähig und für strafrechtlich verantwortlich erklärt worden war, verlor er seine Auffälligkeiten mehr und mehr, zeigte bei der Hauptverhandlung ein im allgemeinen korrektes Benehmen und machte auch in der anschließenden Straffhaft keine besonderen Schwierigkeiten. *Hans Baum* (Königsberg i. Pr.).

**Cénae, Henri: L'âme du criminel. Plan de défense sociale contre le crime.** (Die Psyche des Verbrechers. Ideen über den Schutz der Gesellschaft gegen das Verbrechen.) *Rev. internat. Criminalist.* **6**, 21—46 (1934).

Ausführungen über die Auffassung von Wesen und Zweck der Strafe dereinst, die Wandlung dieser Auffassung, ihre Gründe, die in ihren Konsequenzen immer noch nicht genug erfaßte moderne Anschauung, daß durch die Bestrafung nicht nur Vergangenes gesühnt, sondern auch Zukünftigem vorgebeugt werden soll, daß auch die Vorbedingungen des Verbrechens, sowohl die im Täter selbst (seiner Psyche) wie im Milieu gelegenen, Berücksichtigung finden müssen, leiten Verf. zum Schlußgedanken: Die Gesellschaft, die anständigen Menschen, müssen vor den Kriminellen geschützt, der Verbrecher vom Täter aus pathologischen Motiven gesondert, bestraft, aber, wo möglich, wieder zum brauchbaren Mitglied der Gesellschaft erziehen, die unverbesserlichen Rückfälligen jedoch mit unerbittlicher Strenge behandeln, ausgemerzt werden. *H. Pfister* (Bad Sulza).

### Kunstfehler.

**Wittels, Josef: Über den postoperativen Basedowtod und seine Verhütung.** (*I. Chir. Abt., Krankenanst. „Rudolfstiftung“*, Wien.) *Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir.* **43**, 388—418 (1933).

Nach einer übersichtlichen Gegenüberstellung der zur Zeit über den postoperativen Basedow herrschenden verschiedenen Meinungen (Überschwemmung mit Hormon —hypothyroxämischer Shock—, postoperative Leberschädigung, postoperative Acidose), faßt Verf. diese Auffassungen vom Gesichtspunkte der endokrinen Dekompensation zusammen. Die präoperative Lugolbehandlung wird, wie allgemein, als größter Fortschritt angesehen. Nach 7—10 Tagen ist ihr Höhepunkt erreicht, aber es gibt auch lugollabile Fälle, wo bereits nach 1—3 Tagen die günstigste Wirkung erreicht wird; wie lugolrefraktäre und lugolüberempfindliche Fälle (kolloidreiche basedowifizierte Strumen). Äthernarkose ist bei der Operation möglichst zu vermeiden. Die Strumektomie am Basedowkranken ist nicht als lokaltechnisches Problem aufzufassen. Bericht über 5 postoperative Todesfälle. In 4 Fällen fand sich histologisch noch eine nicht wesentlich durch die Jodbehandlung umgebaute Struma basedowiana; jedesmal eine Thymushyperplasie, 2 Fälle waren lugolresistent gewesen. Mortalität der Operation 4,9%; aber es wurden auch ganz schwere Fälle operiert. Besondere Vorsicht ist bei mit Jod länger vorbehandelten Fällen geboten. Arterienligatur als Voroperation wird abgelehnt, da dann die weitere Jodbehandlung erschwert ist. Zur Linderung der postoperativen Erscheinungen (Unruhe, Fieber) wird neben Lugol Sauerstoff und Morphin empfohlen. *Bansi* (Berlin).

**Schumacher I, Willy: Kunstfehler eines Arztes durch Anwendung einer unzumutbaren Methode zur Beseitigung von Talgdrüsenentzündung.** *Mschr. Ohrenheilk.* **67**, 1368 (1933).

Ein Arzt hatte zur Beseitigung der Talgdrüsenentzündung bei einer minderjährigen Kranken eine glühende Punktionsnadel verwendet und durch allzu tiefes Brennen entstehende Narben verursacht. Das RG. 3. Zivils. (in *J. W.* **11**, 449) bestätigte die Entscheidung des Berufungsgerichts, daß in der Wahl der Behandlungsart ein Verstoß gegen die Grundsätze der medizinischen Wissenschaft zu erblicken sei. Der Arzt habe nicht nur seine Vertragspflicht verletzt, sondern auch eine unerlaubte Handlung (§ 823 BGB.) begangen. *Giese* (Jena).

**Diek, Walter: Über Bougieverletzungen des Enddarmes.** (*Chir. Klin., Dtsch. Univ. Prag.*) *Brun's Beitr.* **159**, 174—190 (1934).

Bericht über 9 Perforationen, die sich bei der Bougiebehandlung von Strikturen des Enddarmes ereignet haben. Sechs dieser Strikturen waren durch Lymphogranuloma inguinale bedingt, gegenüber 40 Strikturen, die aus anderer Ursache entstanden waren. Bougiebehand-

lung soll auf die tiefsitzenden narbigen Strikturen beschränkt werden, die am Ende des Afteres sitzenden nur durch Operation beseitigt werden. Giese (Jena).

**Riba, L. W.:** Scrotal gangrene following closed operation for hydrocele. (Gangrän des Scrotums im Anschluß an eine unblutige Operation wegen Hydrocele.) (*Dep. of Urol., Northwestern Med. School a. Passavant Mem. Hosp., Chicago.*) Amer. J. Surg. N. s. **21**, 418—420 (1933).

46jähriger Mann. Vor 2 Wochen wegen einer rechtsseitigen Hydrocele von einem Arzte punktiert, nachdem ihm 6 Wochen vorher in der Poliklinik die Aufnahme zur Operation empfohlen war, was er aber abgelehnt hatte. Von dem Arzte wurde eine Phenollösung injiziert. Bald danach trat eine starke Schwellung und Entzündung auf, derentwegen er nun eingeliefert wird. Schwerkranker Mann. Gangrän des enorm vergrößerten Scrotums und Penis. Abtragung der Nekrosen, Behandlung mit Dakinscher Lösung. Nach 5 Wochen konnte die Scrotalhaut über den freiliegenden Hoden zusammengezogen werden. Nach 7 Wochen geheilt entlassen. — Verf. weist kurz auf diese immerhin mögliche Komplikation der Punktions- und Injektionsbehandlung der Hydroceleen hin und erklärt die chirurgische Therapie für die beste. (3 Abb.) Colmers (München).

**Oppikofer jr., Ernst:** Osteomyelitis des 2. und 3. Halswirbels nach Adenotomie (Nackensteifigkeit nach Adenotomie). (*Otolaryngol. Univ.-Klin., Basel.*) Z. Hals- usw. Heilk. **35**, 325—330 (1934).

Bei einem 4jährigen Knaben tritt einige Tage nach erfolgter Tonsillotomie und Entfernung der Rachenmandeln mittels des Beckmannschen Adenotoms eine eigentümlich steife Kopfhaltung auf, für die sich zunächst keine Erklärung findet. Erst nach Beobachtung einer kleinen, etwa erbsgroßen Granulation an der hinteren Rachenwand, in deren Mitte sich ein kleiner Fistelgang öffnete, wurde an eine Wirbelsäulenauffektion gedacht. Eine Röntgenaufnahme ergibt eine Arrosion der Unterseite des 2. sowie der Oberseite des 3. Halswirbelkörpers. Die Zwischenwirbelscheibe ist offenbar zerstört, da der Zwischenwirbelraum eine verwaschene Zeichnung darbietet. Es kommt zur völligen Verheilung ohne Funktionsbeschränkung im Laufe der nächsten 3 Monate. Röntgenologisch läßt sich nach Verlauf eines Jahres nachweisen, daß der 2. und 3. Halswirbel zu einem festen, gut abgegrenzten Blockwirbel verschmolzen sind.

Der Autor weist darauf hin, daß vermutlich des öfteren nach Adenotomie auftretende Nackenschmerzen auf eine Beteiligung der Wirbelsäule zu beziehen sind. Er nimmt an, daß es im Anschluß an den Eingriff zu einer Entzündung der gesamten prävertebralen Weichteile kommt, die gelegentlich auf die Halswirbelsäule übergreift. Wie weit eine etwaige mangelhafte Operationssterilität dabei in Betracht zu ziehen ist, kann nachträglich schwer entschieden werden. K. Landé (Berlin).

**Drüner, L.:** Über die Vermeidung von Narkosenunfällen. Mschr. Unfallheilk. **41**, 84—85 (1934).

Bezugnehmend auf Schmiedens Gutachten (vgl. diese Z. **22**, 107) empfiehlt Verf. sein seit 1916 geübtes Verfahren, sich bei der Narkose vor den Folgen von Fehlern des Hilfspersonals zu schützen. Er hat in seinem Krankenhaus die generelle Anweisung gegeben, daß die Narkoseschwester erst mit der Narkose beginnen darf, nachdem sie von der Stationschwester für jeden einzelnen Operationsfall einen Zettel erhalten hat, auf dem die schriftliche Einwilligung des zu Operierenden, das Ergebnis der Urinuntersuchung, der Untersuchung der Mundhöhle (künstliche Zähne), von Herz und Lungen, die vorangegangene Entleerung des Magens und der Harnblase, ferner evtl. verabfolgte Beruhigungsmittel vermerkt sind. Auf Ersuchen des Arztes um Beginn der Narkose ohne diesen Zettel hat die Narkoseschwester dem Arzt die vorstehenden Fragen vorzulegen. Bei Nichtbeantwortung der Fragen hat sie nur auf ausdrückliche Anweisung mit der Narkose zu beginnen; der Arzt trägt dann allein die Verantwortung.

*Heidemann (Bad Schwalbach).*

**Love, R. J. McNeill:** A warning regarding basal narcotics. (Eine Warnung vor Narkoticumgaben zur Einleitung der Narkose.) (*Roy. Northern Hosp., London.*) Brit. med. J. Nr **3816**, 327 (1934).

Verf. beschreibt 2 Fälle von Tod unter den Erscheinungen des Atemstillstands nach einer Kropf- und nach einer Beckenoperation. Im 1. Falle handelte es sich um eine Avertin-narkose, vor deren Einleitung der Patientin Morphin und Hyoscin gegeben worden war, im 2. Falle hatte die Patientin vor Einleitung der Inhalationsnarkose das Barbitursäurepräparat Nembutal intravenös und oral erhalten. B. Mueller (München).

**Shimotsuma, K., T. Imagawa und Hang Kong Su: Eine klinische Stellungnahme gegen die Annahme von Respirationslähmung als Todesursache bei Lumbalanästhesie durch Tropococain.** (*Chir. Klin., Hosp. d. Südmandschurischen Eisenbahnges., Fushun.*) *J. of orient. Med.* 19, Nr 3, dtsch. Zusammenfassung 29—30 (1933) [Japanisch].

Verf. stellten an Kaninchen fest, daß die Atembewegungen durch direkte Applikation von üblichen Anaestheticis in die Cisterna magna nicht beeinflußt werden. Sie lehnen also die Ansicht, daß Tropococain das Atemzentrum lähme, ab. Benutzten es z. B. bei mehreren Tetanusfällen mit schweren Atemkrämpfen mit gutem Erfolge (0,6 ccm 5proz. Tropococain in die Zisterne). Hinsichtlich der analgesierenden Wirkung der Lumbalanästhesie schließen sie sich der Meinung an, daß diese durch Beeinflussung der scheidenlosen Nervenstämmen im Duralsack verursacht werde. Der Tod bei Lumbalanästhesie trete nicht durch eine Respirationslähmung ein, sondern durch die Blutdrucksenkung mit folgender allgemeiner Acidosis, die zum Kollaps und zur zentralen Dyspnoe führe. *Röhrs (Hamburg).*

**Hoede, Karl: Unklarheiten und Irrtümer bei der Beurteilung von Röntgenschädigungen der Haut.** (*Klin. f. Haut- u. Geschlechtskrankh., Univ. Würzburg.*) *Münch. med. Wschr.* 1933 II, 1938—1939.

Verf. wendet sich gegen die bei vielen Patienten und Ärzten aufgekommene unbegründete Furcht vor Röntgenbestrahlungen. Verbrennungen oder Spätschädigungen sind Kunstfehler, die der geschulte Facharzt zu vermeiden gelernt hat. Überempfindlichkeit ist bisher einwandfrei nicht nachgewiesen worden. Allerdings ist auch nicht alles Röntgenschädigung, was als solche angesprochen wird; hier eine richtige Beurteilung zu finden, erfordert jahrelange röntgenologische und gelegentlich auch besondere dermatologische Erfahrung, damit nicht Krankheitsfolgen der Bestrahlung zur Last gelegt werden. Geringfügige Nebenwirkungen sind bei entsprechend schweren Grundleiden (Lupus, Carcinom) in Kauf zu nehmen. *Philipp Keller (Bad Aachen).*

**Pohl, A.: Über das Auftreten von Insuffizienzerscheinungen am kranken Herzen nach Ovarialbestrahlung.** (*Univ.-Frauenklin., Göttingen.*) *Zbl. Gynäk.* 1934, 103—108.

Der Verf. berichtet in seiner Arbeit über 4 Patienten, welche herzkrank waren und mit Blutungen in die Frauenklinik eingeliefert wurden. Nach einer Curettage wurden 3 von den 4 Patienten mit Röntgenstrahlen bestrahlt. Sie erhielten 290 r Herddosis auf die Ovarien. Die 4. Patientin erhielt 2000 mg Rad.-Elementstunden intrauterin. Die Patienten, die mit einer geringen Dekompensation in die Klinik eingeliefert, aber durch Digitalisbehandlung wieder vollständig kompensiert waren, bekamen nach der Ovarialbestrahlung wieder Dekompensationserscheinungen. Der Verf. empfiehlt, auf alle Fälle bei solchen Patienten vor der Bestrahlung Strophantin zu verabfolgen. *Schaefer.*

**Odobesco, Grégoire I., et H. Vasilescu: Méningo-encéphalite consécutive à la radiothérapie profonde.** (Meningo-Encephalitis nach Röntgen-Tiefenbestrahlung.) (*Inst. Centr. de Psychiatr., Neurol. et Endocrinol., Bucarest.*) *Encéphale* 28, 736—738 (1933).

Die Verf. haben 16 Monate lang einen 18jährigen jungen Mann beobachtet, der 3 Jahre zuvor wegen „Neuraxitis und Parkinsonismus“ (nicht näher erörterter Ätiologie) einige Röntgenbestrahlungen der Stirn und der Schläfen erhalten hatte. Bei der Obduktion fand sich chronische Meningitis an Dura und Pia, Atrophie der Hirnrinde ausschließlich im Vorderhirn, also den früher bestrahlten Bezirken. Hieraus wollen die Verf. einen Kausalzusammenhang folgern — irgendein anderer Beweis oder eine Berücksichtigung der Grundkrankheit fehlen — und halten damit alle Zweifel an dem Vorkommen von Röntgenschäden am Hirngewebe für entkräftet. *P. Fraenckel (Berlin).*

**Hälberkann, J., und H. Lenhartz: Tödliche Vergiftung durch Argochrom.** (*Inn. Abt., Vereinshosp. v. Roten Kreuz u. Chem.-Physiol. Abt., Barmbecker Krankenh., Hamburg.*) *Zbl. inn. Med.* 1934, 129—136.

Bei einer schon längere Zeit an unklaren Leberbeschwerden leidenden Patientin wurde zwecks Röntgenuntersuchung der Gallenblase in der Sprechstunde intravenös Jodtetragnost gespritzt. Schon während der Injektion Kollaps, dann schweres, nach 9 Tagen mit dem Tode endendes Krankheitsbild, daß durch unstillbares Erbrechen bläulichen Mageninhaltes, Entleerung dunkelblauen Harns, blutigschleimige Darmentleerungen, langsam zunehmende Gelbsucht, Urinretention und zunehmende Somnolenz charakterisiert war. Chemische und spektro-

skopische Untersuchung des Urins ergab nicht die für Jodtetragnost charakteristischen Reaktionen, dagegen fand sich im Urin Methylenblau und in den Leichenorganen der Verstorbenen, besonders in der Leber, reichlich Silber. Die Verff. nahmen daher an, daß statt des Jodtetragnostes versehentlich (die näheren Umstände des Versehens werden nicht berichtet) das Methylenblau-Silberpräparat Argochrom gespritzt worden und daß die Patientin daran gestorben war. Bei der vorgenommenen histologischen Untersuchung fanden sich in der Leber starke Bindegewebsvermehrungen (offenbar schon alten Ursprungs) und eine degenerative Veränderung der Leberzellen, in der Niere Hämoglobinschollen in den Schaltstücken der Kanälchen bei Intaktheit der Epithelien und Glomeruli und schließlich im Pankreas eine Zerstörung zahlreicher Inseln durch Blutungen. Verff. lassen es dahingestellt, ob die stürmischen Krankheitserscheinungen lediglich durch das Argochrom oder auch nebenbei durch die bereits bestehende chronische Hepatitis ausgelöst worden waren. *B. Mueller* (München).

**Hennig, O., und J. Lechnir:** Über die Gefährlichkeit der Verwendung von Thorotrast zur instrumentellen Pyelographie bei Uretersteinen. (*Chir. Univ.-Klin., Halle a. S.*) *Z. Urol.* 28, 6—10 (1934).

An Hand eines neuerdings beobachteten Falles, bei dem zur retrograden Pyelographie Thorotrast verwandt wurde, warnen die Verff. ganz eindringlich vor diesem Mittel. Die Verff. konnten nicht nur in erweiterten Nieren Dauerretensionen von ausgeflocktem Thorotrast mit komplettem Nierenabschluß feststellen, sondern sie sahen in diesem Fall von tiefsitzendem Ureterstein eine Ansammlung und Verstopfung durch ausgeflockte Thorotrastmassen. Sie fordern auf Grund ihrer Beobachtungen, daß die Bezeichnung „kolloidalbeständig“ und „nicht ausflockbar“ in der Anpreisung des Mittels in Fortfall kommt. *Freese* (Magdeburg).

**Nizzi-Nuti, G.:** Su di un caso di nefrosi tossica per iniezione endovenosa di Abrodil. (Über einen Fall von toxischer Nephrose nach endovenöser Injektion von Abrodil.) (*Istit. di Pat. Med., Univ., Firenze.*) *Giorn. Clin. med.* 14, 1149—1157 (1933).

Nach endovenöser Injektion von 80 ccm von Abrodil trat bei einem 31jährigen Manne nach einigen Tagen eine toxische Nephrose auf, die Nizzi-Nuti dem Abrodil zuschreibt und die nach einem Monate nach Auftreten einer Tonsillitis necrotica und einer Bronchopneumonie den Patienten zum Tode führte. N. meint, daß es sich in diesem Falle um eine Idiosynkrasie gegen das Präparat und nicht um eine Vergiftung infolge Spaltung des Präparates gehandelt habe. *Ravasini* (Triest).

**Brehme, Th.:** Über einen Fall von Myelitis post vaccinationem bei vorausgegangener Poliomyelitis ant. acuta. *Z. Kinderheilk.* 55, 123—133 (1933).

Bei einem Kind, das einige Monate vorher eine Poliomyelitis anterior überstanden hatte, trat im Anschluß an Vaccination eine Myelitis mit ähnlicher Lokalisation auf, die rasch abheilte. Verf. nimmt nicht ein Rezidiv der Poliomyelitis, sondern eine Myelitis post vaccinationem an, für welche durch die vorhergegangene Poliomyelitis und die von ihr bewirkte Durchbrechung der Blut-Liquor- oder Blut-Gehirn-Schranke die Disposition geschaffen war. *Erwin Wexberg* (Wien).

**Demme, H.:** Obere Plexuslähmung nach vorbeugender Serumeinspritzung. (*Univ.-Nervenclin. u. Hafenkrankehn., Hamburg.*) *Münch. med. Wschr.* 1933 II, 1502—1503.

Die Beobachtung betrifft einen 32jährigen Mann, bei dem 9 Tage nach einer wegen einer verschmutzten Wunde prophylaktisch vorgenommenen Tetanusantitoxinjektion eine doppelseitige Neuritis im Bereiche der oberen Teile des Plexus brachialis auftrat, die mit starken Schmerzen einherging. Nachdem Stillstand im Fortschreiten der Lähmungen eingetreten war, bildeten sich die Störungen langsam im Laufe von Monaten zurück. Die Störungen werden als Ausdruck einer im nervösen Gewebe sich abspielenden anaphylaktischen Reaktion angesehen. *Rosenhagen* (Berlin).

**Neuweiler, W.:** Über einen Fall von Gasbrand nach einer intramuskulären Adrenalininjektion. *Dtsch. med. Wschr.* 1934 I, 246—247.

Eine 25jährige kräftige Erstgebärende erhielt nach Beendigung der Geburt wegen atonischer Nachblutung eine Bluttransfusion und eine Adrenalineinspritzung in die Außenseite des rechten Oberschenkels. Nach einigen Stunden Schmerz und Schwellung des Oberschenkels, Fieber, Verwirrtheit, Knistern der Anschwellung. Trotz ausgiebiger Einschnitte trat zwanzig Stunden nach der Einspritzung der Tod ein. Die aus den Einschnitten entleerte trübe Flüssigkeit ging kulturell nicht an. Sektion wurde verweigert. *Giese* (Jena).

**Tissot-Daguette:** Troubles visuels après injections d'acétylarsan. (Sehstörungen nach Acetylarsaninjektionen.) (*Clin. Ophth., Hôtel-Dieu, Paris.*) *Arch. d'Ophthalm.* 51, 17—32 (1934).

Wie alle fünfwertigen Arsenpräparate kann auch das Acetylarsan Schädigungen

der nervösen Teile des Sehorgans verursachen. Diese Schädigungen sind doppelseitig und führen meist zur teilweisen oder völligen Atrophie des Sehnerven. Die Funktionsstörung besteht in Verringerung der Sehschärfe bis zur Erblindung, zentralen Gesichtsfeldausfällen, konzentrischer Einengung des Gesichtsfeldes. Manche Kranke haben nur subjektive Störungen in Form verschiedenartiger Phosphene.

Die Erkrankung beginnt im allgemeinen einige Stunden nach der Injektion mit mehr oder weniger schweren Sehstörungen. Dabei sind zunächst am Augenhintergrunde krankhafte Veränderungen nicht wahrzunehmen, höchstens eine gewisse Verengung der Netzhautgefäße, nach einiger Zeit jedoch findet man eine Abblassung des Sehnerven. Die Sehstörungen können sich bessern, öfter jedoch widerstehen sie jeder Behandlung. Immerhin kommen solche Augenschädigungen selten vor und wohl nur bei irgendwelcher Prädisposition (bei bereits vorhandener Erkrankung des Sehnerven, der Hirnhäute, Insuffizienz der Nieren, der Leber, Alkoholismus, allgemeiner Körperschwäche).

Die Schädigungen sind also vermeidbar, wenn man die Gegenanzeigen beobachtet und die Behandlung richtig durchführt (Einzelgabe etwa 3 ccm für Erwachsene, 2 Einspritzungen in der Woche, höchstens 16 Einspritzungen in einer Serie, wenigstens 1 Monat Zwischenraum zwischen 2 Serien). *Jendralski (Gleiwitz).*

**Sirota, L. S.: Über eine seltene Nebenerscheinung nach Neosalvarsaneinspritzung.** (*Wiss. Abt. Shitomir, Dermato-Venerol. Inst., Kiev.*) *Dermat. Z.* 68, 198—200 (1934).

Die intravenöse Neosalvarsaneinspritzung kann bei sensibilisierten Kranken eine Nebenwirkung in Form von Kreuz-Steißschmerzen mit Steifheit im Rücken hervorrufen. Die Erscheinung gehört zum angioneurotischen Symptomenkomplex, ist sehr selten und wurde schon in der Altsalvarsanperiode beobachtet. Vorausgeschickte Adrenalininjektion kann das Auftreten verhüten. Eine Erklärung steht noch aus.

*Giese (Jena).*

**Germer, Kurt: Ein Fall extremer Thrombopenie mit nachfolgender hämorrhagischer Diathese nach Sanoerysin.** (*Med. Afd., Kommunehosp., Aalborg.*) *Ugeskr. Laeg.* 1934, 199—202 [Dänisch].

Bei einer 51jährigen Frau mit offener doppelseitiger Lungentuberkulose trat im Laufe der — im wesentlichen von Sanocrysininjektionen dargestellten — Behandlung eine extreme Thrombopenie mit darauffolgender starker hämorrhagischer Diathese ein. Nach Erörterung der ursächlichen Möglichkeiten kommt der Verf. zu dem Schluß, daß die Sanocrysinbehandlung die Thrombopenie ausgelöst hat, weil die ersten Erscheinungen — kleine Blutungen aus den Luftwegen, Nasenbluten, Hautblutungen — unmittelbar im Anschluß an die Goldeinspritzungen sich zeigten. Auch Faber und Secher haben Thrombocytenmangel bei Sanocrysinbehandlung festgestellt.

*H. Scholz (Königsberg).*

**Bie, V.: Ein Fall von hämorrhagischer Diathese als Folge von Sanoerysinbehandlung.** (*Blegdamshosp., København.*) *Ugeskr. Laeg.* 1934, 202 [Dänisch].

Eine erwachsene Person (42jährige Frau) wurde mit Sanocrysin wegen akuter fieberhafter Lungentuberkulose behandelt, sie erhielt nur zweimal mit Abstand von 5 Tagen 25 bzw. 50 cg. 7 Tage nach der ersten Injektion trat ein Exanthem auf. Drei Wochen nach der ersten Einspritzung zeigte sich eine hämorrhagische Diathese, zuerst in Form von Hautblutungen, dann von Nasen-, Zahnfleisch-, Magen-Darm-Blutungen. Eine Thrombopenie schloß sich an, ging also der Diathese nicht voraus. Sowohl Koagulen wie Hämoplastin und Calcium hatte keinen Erfolg, auch schien eine Bluttransfusion eher die Blutung zu verschlechtern.

*H. Scholz (Königsberg).*

**Milian, G.: Érythrodermie psoriasique mortelle. (Rôle de la chrysarobine.)** (Tödlicher Fall von Schuppenflechte. [Rolle des Chrysarobins.]) *Rev. franç. Dermat.* 9, 617—620 (1933).

Ein 33jähriger Mann hat seit 1916 etwa halbjährlich einen Psoriasisauschlag von einmonatlicher Dauer. Der letzte stärkere Ausschlag führte zur klinischen Aufnahme Januar 1933. Einmalige Anwendung von Chrysarobinsalbe führte zu Ausbreitung des Ausschlages über den ganzen Körper mit Ödemen und Fieber, ohne Beteiligung der Nieren. Nach Abklingen der Erscheinungen Mitte Februar nochmalige Anwendung von Chrysarobin nur an den Beinen führte erneut zu Fieber, starker Rötung des ganzen Körpers mit starkem Juckreiz. Anfang März Tod unter Zeichen von Lungenentzündung und Delirien. Sektion fand nicht statt. Trotz der zweimaligen Verschlechterung nach Anwendung von Chrysarobin will Verf. diesem keine Bedeutung für das tödliche Ende beimessen, sondern bedauert, daß keine Lumbalpunktion gemacht sei, weil die cerebralen Erscheinungen an die Möglichkeit einer tuberkulösen Meningitis denken ließen.

*Giese (Jena).*

**Laqueur, A.: Gefahren und Schädigungen durch Maßnahmen aus dem Gebiet der physikalischen Therapie bei der Hausbehandlung.** Fortschr. Ther. 10, 91—95 (1934).

Zu lange fortgesetzte Umschläge, zumal mit medikamentösen Flüssigkeiten, können nach den Ausführungen des Verf. gelegentlich zu Hautentzündungen führen, Heißluftkisten und Heizkissen, besonders bei Sensibilitätsstörung zur Hautverbrennung, zu lange fortgesetzte Quarzlichtbestrahlungen zu Hautschädigungen und unter Umständen auch zu einer Aktivierung einer latenten Tuberkulose. Die Gefahr einer Schädigung durch den elektrischen Strom bei Benutzung der zum Hausgebrauch hergestellten Galvanisierungs- und Hochfrequenzapparate wird bei einwandfreier Konstruktion als nicht groß angesehen. B. Mueller.

**Levin, Max: Bromide psychoses: Diagnosis, treatment and prevention.** (Brompsychosen: Diagnose, Behandlung und Verhütung.) (Harrisburg State Hosp., Harrisburg, Penn.) Ann. int. Med. 7, 709—714 (1933).

Verf. setzt auseinander, welche Schwierigkeiten der Erkennung einer Brompsychose im Wege stehen, vor allem, wenn gleichzeitig eine andere Psychose vorhanden ist, deren wegen vielleicht das Brom angewendet wurde. Zur Diagnose soll man die Walter-Hauptmannsche Probe anwenden und die Zeit des Auftretens und Schwindens geistiger Störungen mit der Zeit des Beginnes und der Beendigung des Bromgebrauches vergleichen; eine Brompsychose hellt sich gewöhnlich 2—6 Wochen nach dem Aussetzen des Broms auf. In einem vom Verf. beschriebenen Fall hätte das Zusammentreffen eines Bromdeliriums und einer beginnenden Paralyse leicht zu Irrtümern Anlaß geben können. 3 Arten von Brompsychosen unterscheidet er: 1. Geistige Hemmung, 2. Delirium und 3. Halluzinosis. Veränderungen am Nervensystem sind stets dabei. Die Behandlung soll in sofortigem Aussetzen des Broms, Kochsalzgabe, bei Unruhe Bäder, dagegen Narkotica höchstens ganz vorsichtig, im Notfalle Herzmittel bestehen. Bei jeder Brommedikation soll man größte Vorsicht und Kontrolle walten lassen. H. Müller (Dösen).

### Ärzterecht.

**Prost, Gerhard: Der Arzt im neuen Strafrecht.** Dtsch. Ärztebl. 1933 II, 773 bis 775.

Erläuterung einiger voraussichtlich im kommenden neuen Strafgesetzbuch festzulegenden neuen Rechtsauffassungen nach der vom Preußischen Justizministerium zum Deutschen Juristentag 1933 herausgegebenen Denkschrift. Es sind dies: a) Straffreiheit kunstgerechter ärztlicher Eingriffe. Behandlung gegen den Willen des Kranken ist aber strafbar, ausgenommen diejenige, die die Erhaltung oder Ermöglichung der Wehrpflicht bezweckt und diejenige, zu der wegen Lebens- oder Gesundheitsgefahr die Einwilligung nicht rechtzeitig eingeholt werden konnte. b) Freigabe der Sterbehilfe (Euthanasie) und der Vernichtung lebensunwerten Lebens unter streng zu begrenzenden Bedingungen und Vorsichtsmaßregeln. c) Straffreiheit ärztlicher, beaufsichtigter Schwangerschaftsunterbrechung oder Tötung des Kindes in der Geburt aus eugenischen Gründen (bei zu erwartender erblicher Minderwertigkeit erheblicher Art, bei Schwangerschaft durch Notzucht oder durch offenbare Rassenschändung). d) Verbot der Eheschließung für Erbkranken. e) Bestrafung der gewissenlosen Gesundheitsgefährdung (des Volkes), z. B. durch falsche ärztliche Zeugnisse. f) Verpflichtung der Gerichte, aus § 51 freigesprochene Angeklagte, die eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder andere Personen bedeuten, in einer geschlossenen Irrenanstalt zu internieren. In Erwägung gezogen ist jedoch die Hinrichtung geisteskranker Verbrecher, die ein todeswürdiges Verbrechen begangen haben. P. Fraenckel (Berlin).

**Madisson, Hans: Die Schweigepflicht des Arztes in der Gesetzgebung.** Eesti Arst 13, 1—41 u. franz. Zusammenfassung 41—42 (1934) [Estnisch].

Verf. behandelt in seiner Arbeit ausführlich den Begriff des ärztlichen Berufsgeheimnisses, die den Bruch dieses Geheimnisses mit einer Strafe verfolgenden Gesetze, das Recht des Arztes auf Zeugnisverweigerung vor Gericht und die (vom Verf. bejahte) angebliche Pflicht des Arztes, ihm in Ausübung des ärztlichen Berufes kundgewordene Verbrechen den Behörden anzuzeigen. Verf. erkennt eine ärztliche Schweigepflicht nur für den Fall an, daß eine darauf bezügliche bestimmte Willensäußerung des Kranken vorliege sowie daß durch den Bruch