

halb des komplizierten Staatsorganismus mit seinen Rechtsnormen und seiner Verwaltungstechnik tun. Mangelnde Kenntnis und Erfahrung auf diesen Gebieten haben schon manchmal die Durchführung der vom ärztlichen Standpunkt besten Absichten scheitern lassen. Darum muß der Amtsarzt seine Hemmungen und Abneigung gegen alles Formale und Juristische überwinden und sich soviel Kenntnisse aneignen, um mehr als bisher anordnend und verfügend in das öffentliche Leben treten zu können und nicht nur als beratender und begutachtender Techniker des Verwaltungsjuristen zu fungieren. Das Primat des Juristen kann nur dann erfolgreich überwunden werden, wenn die Amtsärzte den rechtlichen und polizeilichen Schwierigkeiten einer solchen neuen Stellung gewachsen sind. Das ist gerade angesichts der gegenwärtig zu lösenden lebenswichtigen Aufgaben auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens notwendiger denn je. Hingewiesen sei nur auf die Bevölkerungspolitik und Rassenhygiene. Die Forderungen, die die Ärzte erfüllen müssen, die sich dem öffentlichen Gesundheitswesen widmen wollen, werden in folgenden drei Punkten zusammengefaßt: „1. Verständnis für die Welt des Rechts und der Verwaltung, die ebenso wie Natur und Mensch ihre eigenen Gesetzmäßigkeiten und Normen hat. 2. Orientierung über die wichtigsten Verwaltungsgebiete; das Vermögen, einen Gesetzestext lesen und in seinen Forderungen erfassen zu können. 3. Fähigkeit zu verwaltungsmäßigem, einwandfreiem Vorgehen und Einsicht in die rechtlichen Folgen selbstgetroffener behördlicher Maßnahmen.“

Pohlen (Berlin)._o

● **Jahresbericht über die Tätigkeit der preußischen Gewerbemedizinalräte während des Kalenderjahres 1932.** Hrsg. v. **Erich Hesse u. Hermann Gerbis.** (Veröff. Med.verw. Bd. 41, H. 5.) Berlin: Richard Schoetz 1933. 242 S. RM. 10.50.

Der vorliegende Jahresbericht bringt eine Übersicht über die Tätigkeit der preußischen Gewerbemedizinalräte während des Kalenderjahres 1932. Man kann daraus ersehen, wie umfangreich und vielseitig die Tätigkeit der Gewerbemedizinalräte geworden ist und wie wichtig sie für den gewerblichen Gesundheitszustand ist. Bei der Fülle des dargebotenen Stoffes ist es nicht möglich, im Rahmen eines Referates auf den Inhalt im einzelnen einzugehen. Wer ein berufliches Interesse an der Gesundheit der gewerblichen Bevölkerung hat, muß Einzelheiten selbst nachlesen, er wird sehr viel Interessantes, Wissenswertes und manche Belehrung darin finden. Im Abschnitt I wird über die Dienstreisen und die Besichtigungstätigkeit, die Gutachtertätigkeit und wissenschaftliche und Unterrichtstätigkeit berichtet. Der Abschnitt II beschäftigt sich mit der allgemeinen Fabrikhygiene, mit den Arbeitnehmern im allgemeinen und der ersten Hilfe und dem Rettungswesen. Im Abschnitt III wird die Krankheitsstatistik der Krankenkassen, die Feststellung gewerblicher Krankheiten, die Durchführung der Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten und die Meldungen über Berufskrankheiten behandelt. Der Abschnitt IV bringt Mitteilungen und Beobachtungen nach Gewerbezeigen geordnet und der letzte Abschnitt V enthält die Geschäftsführung der Gewerbemedizinalräte und bringt Wünsche und Anregungen. Er weist auf die Bedeutung der Tätigkeit der Gewerbemedizinalräte für die Aufklärung der Entstehung von Berufskrankheiten und beruflichen Schädigungen hin, da ihnen ein Beobachtungsmaterial zur Verfügung steht, das andere Ärzte nicht haben. Eine Reihe von Anregungen zur Vervollkommnung der Berufstätigkeit werden gegeben, so die Einrichtung eigener kleiner Laboratorien, die Anstellung technischer Assistentinnen zur Herstellung von Blutbildern und anderer Laboratoriumsuntersuchungen und die Bereitstellung von Geldmitteln zur Beschaffung der Fachliteratur, Forderungen, die wohl als voll berechtigt anerkannt werden müssen. *Ziemke.*

Kunstfehler. Ärzerecht.

Hanke, Hans: Über Tetanus nach rechtzeitig ausgeführter Tetanuschutzimpfung. (*Chir. Univ.-Klin., Freiburg i. Br.*) Dtsch. Z. Chir. **242**, 62—67 (1933).

Nicht ohne zu erwähnen, daß über 2000 Fälle bekannt sind, in denen Tetanus trotz durchgeführter Schutzimpfung auftrat (zwar nicht immer schwere Fälle und bei nicht immer rechtzeitiger Serum-Prophylaxe), beschreibt Verf. 2 Fälle, in denen die Patienten trotz sofortiger Antitoxininjektion nach 8—10 Tagen an Tetanus mit tödlichem Ausgang erkrankten (in dem einen Fall Komplikation durch schwere Allgemeininfektion). Auf Grund dieser Erfahrungen fordert Verf. Wiederholung der Tetanusantitoxineinspritzung schon 6—7 Tage nach der ersten Injektion, die ihrerseits nicht vor Ablauf von 24 Stunden, sondern wenn irgend möglich schon in den ersten 12 Stunden

nach dem Unfall stattfinden sollte. An die wiederholte Injektion ist vor allem bei tiefen, schlecht heilenden Wunden und bei komplizierten, stark verschmutzten Frakturen zu denken. Die Gefahren anaphylaktischer Reaktionen werden nicht übersehen und es wird daher auf die Möglichkeiten ihrer Bekämpfung hingewiesen. Besonders wird noch daran erinnert, daß eine sofortige kunstgerechte Wundversorgung selbstverständliche Voraussetzung jeder Tetanusbehandlung und Prophylaxe bedeutet.

Ritter (Tübingen).^{oo}

Salkind, E.: Wie schließt man eine latente Syphilis bei Blutspendern aus? (*Forschungsinst. f. Bluttransfusion, Leningrad.*) Dermat. Wschr. 1934 I, 339—342.

Da auch der negative Ausfall der Serumreaktion keine absolute Sicherheit bietet, daß nicht doch eine latente Syphilis vorhanden ist, prüfte Verf. das Verhalten der Lymphdrüsen bei 300 Syphilitikern und 6000 Nichtsyphilitikern. Für die Diagnose „Verdacht auf Syphilis“ ist die Schwellung der kubitalen und mamillären Drüsen besonders bedeutsam, wenn sich für diese nicht eine andere Ursache (Tuberkulose, lymphatische Konstitution, eitrige Prozesse an den oberen Extremitäten) finden läßt.

Giese (Jena).

Reuter, A.: Beitrag zur Argyrosis der Haut. (*Med. Klin., Univ. Kiel.*) Münch. med. Wschr. 1934 I, 355—356.

Es wird ein Fall berichtet, in dem der Kranke von Oktober 1930 bis April 1931 und von April bis Oktober 1932 täglich dreimal einen Teelöffel voll Adsorgan bekam. Im Jahre 1933 wurde sodann die Argyrosis festgestellt. Es wird Zusammenhang mit der Verabreichung des Adsorgans angenommen. Adsorgan enthält Silber in sehr schwer löslicher Form. Der Fall lehrt, daß das Mittel über einen längeren Zeitraum nicht gegeben werden darf. Die Firma legt auch einen Zettel bei mit dem Vermerk, daß Adsorgan über einen Zeitraum von 2 Monaten hinaus nicht verwandt werden darf.

Foerster (Münster i. W.).

Bistis, J.: Augenkomplikationen bei Anwendung von Arsenpräparaten. Rev. otol. etc. y Cir. neur. sud-amer. 7, 369—372 (1932) [Spanisch].

Bei 100 Fällen von Syphilis, die mit Salvarsan behandelt wurden, hat Verf. weder eine funktionelle noch eine ophthalmoskopisch nachweisbare Störung des Sehorgans feststellen können. In 3 Fällen bestand vor Anwendung des Salvarsans eine Affektion des Sehnerven, nämlich eine einfache Atrophie, eine Neuritis und eine postneuritische Atrophie. Alle 3 Fälle wurden ohne Schaden mit Salvarsan behandelt. Bei Augensyphilis gebraucht Verf. zunächst das Quecksilber, bisweilen in Verbindung mit Wismut, und wenn die Wirkung nicht genügend ist, Arsenpräparate, sowie die Nieren gut funktionieren.

Ganter (Wormditt).

Kimura, K.: Ein Fall von Leukomelanodermie durch Salvarsanschädigung des vegetativen Nervensystems. (*Dermato-Urol. Klin., Showa Med. Fachsch., Tokyo.*) Jap. J. of Dermat. 34, 504—511 u. dtsh. Zusammenfassung 87—88 (1933) [Japanisch].

Im Verlauf einer Hg-Salvarsankur bei einer 34-jährigen Frau tritt gegen Ende der Kur eine diffuse Rötung und Schwellung am ganzen Körper auf, verbunden mit Schüttelfrösten und Fieber. Ganz allmähliches Abklingen der Affektion mit Hinterlassung zahlreicher Pigmentierungen und Depigmentierungen.

Buchholz (Hannover).

Kaczander, Paul: Gefahren und Schädigungen durch Exzitantien. (Campher, Coramin, Cardiazol, Hexeton, Coffein, Adrenalin, Hypophysin, Strychnin.) (*Sanat. Rebhaus, Freiburg i. Br.*) Fortschr. Ther. 10, 163—170 (1934).

Nach Anführung der von Veldenschen Einteilung des Kollapses in die 3 Formen: Herz-, Gefäß- und Zentralkollaps weist Verf. auf die Vielheit der beim Kollaps zusammen und gegeneinander wirkenden Faktoren hin, betont, daß die gebräuchlichen Exzitantien keine eigentlichen „Herzmittel“ seien, sondern Kreislaufmittel, die auf Umwegen auch das Herz beeinflussen. Herzmittel sind nur Digitalis- und Strophanthinkörper. Er bespricht dann die Exzitantien, weist auf die Gefahren hin, die intravenöse Einverleibung fast aller derselben heraufbeschwören kann, betont, daß die Kollapstherapie eine „Pantherapie“ ist, daß neben den Reizmitteln auch Psychotherapie angewendet, für die nötige Ruhe gesorgt werden müsse, und daß nach wie vor Kampher, Coffein, Koramin, Cardiazol, auch Hexeton die zu empfehlenden Mittel seien.

H. Pfister.

Dintenfass, Henry: An ear complication from dinitrophenol medication. (Eine Ohrkomplikation durch Anwendung von Dinitrophenol.) *J. amer. med. Assoc.* **102**, 838 (1934).

Eine 28jährige Frau von 68 kg Gewicht erhält täglich eine Kapsel von 0,3 g Alpha-Dinitrophenol zur Gewichtsverminderung. Nach Einnahme von 1,3 g treten Kopfschmerz, Schwäche, Hals- und Ohrenscherzen auf. Die Zufuhr wird unterbrochen. Nach einem Monat erneute Gaben von Dinitrophenol. Nach 3 Tagen dieselben Erscheinungen. Verf. findet Rötung, Schwellung beider Trommelfelle, starke Herabsetzung des Hörvermögens. Diese Erscheinungen bessern sich trotz Aussetzens des Mittels nur langsam. Sie werden auf einen durch das Mittel verursachten Pharynx- und Tubenkatarrh bezogen. *G. Strassmann* (Breslau).

Knapp, Paul: Zur Frage schädlicher Nebenwirkungen des Diocains. *Klin. Mbl. Augenheilk.* **92**, 230—233 (1934).

Im Gegensatz zu den Berichten im Schrifttum, die fast übereinstimmend als Vorzüge des Diokains in 2prom. Lösung hervorheben: rasche gute Anästhesie, Reizlosigkeit und Fehlen jeder Einwirkung auf Pupille, Gefäße und Augendruck, haben Ammann, Feilchenfeld und Vogt Fälle mitgeteilt, in denen nach Anästhesierung mit Diokain schwere akute Drucksteigerungen auftraten. Nach der Erfahrung von Vogt sollen relativ viele Personen gegen Diokain eine ausgesprochene Idiosynkrasie zeigen, die sich durch Rötung und Schwellung der Bindehaut, Sekretionssteigerung und akutes Exanthem der Lidhaut zu erkennen gibt. Verf. konnte aber trotz ausgedehnter Verwendung des Diokains zum Tonometrieren niemals eine Drucksteigerung nachweisen und hat auch niemals Zeichen einer Überempfindlichkeit gegen das Mittel beobachtet. Die vereinzelt ungünstigen Beobachtungen sollten nicht dazu führen, das in vielen Beziehungen vorteilhafte Diokain aufzugeben. *Roese* (Stralsund).

Holten, Cai, Holger E. Nielsen und Kristian Transbøl: Fünf nosokomiale Fälle von Agranulocytose bei Kranken mit Amidopyrinbehandlung. *Vorl. Mitt. (Med. Afd., Amtssygeh., Aalborg.) Ugeskr. Laeg.* **1934**, 155—158 [Dänisch].

Bei 5 Fällen, die wegen verschiedener Krankheiten im Krankenhaus behandelt wurden, trat eine tödlich verlaufende Agranulocytose auf. Das allen Fällen gemeinsame war, daß diese Kranken längere Zeit mit Amidopyrin (Pyramidon) behandelt worden waren. Das Amidopyrin enthält einen Benzolkern, von dem eine leukocytenherabsetzende Wirkung bekannt und bei der Behandlung der Leukämie verwendet ist. Die unheilvolle Rolle therapeutischer Dosen des Amidopyrins ist nach den mit Salvarsan, Gold, Wismut und Arsen gemachten Erfahrungen nicht ganz unerwartet. Auch finden sich in der Literatur schon Hinweise auf diesen Zusammenhang (Videbech, Madison und Squier). Welche anderen Ursachen noch bei dem Amidopyringebrauch mitwirken müssen, ist vorläufig unbekannt. *H. Scholz* (Königsberg i. Pr.).

Holten, Cai, Holger E. Nielsen und Kristian Transbøl: Ein neuer nosokomialer Fall von Agranulocytose. (*Med. Afd., Amtssygeh., Aalborg.*) *Ugeskr. Laeg.* **1934**, 245 [Dänisch].

Bei einer Kranken von 66 Jahren, die wegen rheumatischer Beschwerden mäßige Mengen Cibalgin erhalten hatte, traten entzündete Varicen und Periphlebitis auf, weswegen Sedalyl, ein Amidopyrinpräparat, gegeben wurde. 5 Tage nach der letzten Gabe bekam die Kranke eine nekrotisierende Hals- und Mundaffektion mit einer ausgesprochenen agranulocytotischen Blutveränderung, an der sie starb. Bei der Sektion zeigte die Leber marmoriertes Aussehen, mikroskopisch reichlich Fetteinlagerung in den Zellen, überall in den Pfortadergebieten lymphocytäre Infiltration, keine myeloidischen Herde. *H. Scholz* (Königsberg i. Pr.).

Seemann, Herbert: Über Amidopyrin als Ursache von Agranulocytose. (*Blegdams-hosp., København.*) *Ugeskr. Laeg.* **1934**, 241—245 [Dänisch].

In 13 Fällen von Agranulocytose konnte ein starker Gebrauch von Amidopyrin nachgewiesen werden. Im ganzen wurden 36 Fälle untersucht, von denen einzelne Salvarsan- und Wismutpräparate erhalten hatten. Die verwendeten Dosen waren teilweise erheblich, in einem Falle sogar 46,2 g. Meist betrafen die Fälle Frauen. *H. Scholz.*

Piotrowski, A.: Tod nach Anwendung von Sinusoidalstrom von 49—59 V Spannung zwecks Auslösung sogenannter elektrischer Suggestion. *Medyc.* **3**, 92—94 (1934) [Polnisch].

Ein 20jähriger, frisch eingetückter Soldat, dessen Sprache starke Störung aufwies, weswegen man eine Simulation annahm, verschied plötzlich während der zweiten Anwendung des Sinusoidalstromes von 49—59 V Spannung und 0,1 Amp. Der Mann wurde nach 2 bis 3 Minuten dauernder Anwendung dieses Stromes plötzlich im Gesicht stark cyanotisch, an der Stirne erschienen zahlreiche Schweißtropfen, der Puls wurde fadenförmig und stark beschleunigt, die Herzstätigkeit irregulär arrhythmisch. Zuletzt stellte sich starker Speichelfluß ein. Die Obduktion ergab: Saftige, dunkelrote, 25 g schwere Thymus, hyperplastische Lymphdrüsen und Tonsillen, kleine Schilddrüse, dunkelrote, feste Milz von 365 g Gewicht, Leber von mürber Konsistenz und grauroter Farbe. Nebennieren klein, mit kaum wahrnehmbarer Marksubstanz. Das Herz war normal beschaffen, nur fanden sich in den Kammern zahlreiche, kleine subendokardiale Echymosen. Äußerer Befund negativ. Sektionsdiagnose: Status thymolymphaticus.

Piotrowski schreibt die eigentliche Todesursache der Erstickung infolge Einwirkung des sinusoiden Stromes zu, welcher auf die Muskeln direkt einwirkt und starke Dyspnoe, die sich gleich anfangs einstellte, verursacht; er schließt einen primären Herztod durch den Sinusoidalstrom aus. P. erklärt die Anwendung aller elektrischen Ströme behufs Entlarvung von Simulation oder Aggravation für unzulässig.

Wachholz (Kraków).

Baumann, E.: Beitrag zur Kenntnis der Gefahr des elektrischen Unfalls am Röntgenapparat. (20. Hauptvers. d. Schweiz. Röntgenges., Bern, Sitzg. v. 17. VI. 1933.) *Schweiz. med. Wschr.* **1933 II**, 1269—1270.

Abgesehen von dem Bericht eines in der Literatur bereits bekannten elektrischen Unfalls durch den Strom einer Lichtleitung wird ein gut abgelaufener elektrischer Unfall mitgeteilt, der dadurch entstand, daß von der technischen Assistentin angenommen wurde, daß eine Bettdecke isolierend wirkt. Die Röntgenröhre war bei der Aufnahme von der Kranken nur durch die Bettdecke getrennt.

Püschel (Frankfurt a. d. O.).

Haas, Hans: Morbus Basedow und unmittelbarer Todesfall nach der Röntgenbestrahlung. (*Med. Univ.-Klin., Bonn.*) *Acta radiol.* (Stockh.) **15**, 62—68 (1934).

Bei einer Basedow-Kranken entwickelte sich im Verlaufe der Röntgenbestrahlung, die in 4 Sitzungen mit je 5% HED. und dazu auf drei Feldern verteilt durchgeführt wurde, eine typische Agranulocytose, genauer gesagt ein Panmyelophthase mit Neutropenie, Störung im roten Blutbild und Thrombopenie, die binnen 8 Tagen, gezählt von der ersten Bestrahlung, zum Tode führte.

v. Neureiter (Riga).

Singer, Harry A.: Perforation of peptic ulcer following X-ray examination with a barium meal. (Die Perforation des Magen-Duodenalgeschwürs nach Röntgenuntersuchung mit Bariummahlzeit.) (*Med. Dep., Univ. of Illinois Coll. of Med. a. Cook Country Hosp., Chicago.*) *Radiology* **22**, 181—187 (1934).

Bei einem Material von 500 perforierten Geschwüren des Magens und Duodenums waren 4 unmittelbar nach der Röntgenuntersuchung mit Bariummahlzeiten aufgetreten, d. i. also 0,8%. Wesentlich für das Entstehen einer Perforation nach der Röntgenuntersuchung sind die Lokalisation und der augenblickliche Zustand des Geschwürs. Im allgemeinen perforieren nur die Geschwüre der Vorderwand des Magens oder Zwölffingerdarms in die freie Bauchhöhle. Im Gegensatz zu heilenden Geschwüren führen besonders solche Geschwüre leicht zur Perforation, die noch im Stadium der Ausdehnung, besonders serosawärts, sind. Ulcusranke suchen zumeist den Arzt bei Steigerung ihrer Beschwerden auf, die ein Fortschreiten der Geschwürsbildung anzeigt, vielleicht auch auf die drohende Perforation hinweisen mag. Kranke mit frischem Aufflackern der Ulcusbeschwerden sind demnach nicht sofort zu röntgen. Seitens der Röntgenuntersuchung ist nicht so sehr die Schwere der Kontrastmahlzeit für den Durchbruch der Geschwüre verantwortlich zu machen als vielmehr die zur Darstellung des Bulbus, des Geschwürs usw. angewandte manuelle oder instrumentelle Kompression der Magengegend. Erscheint eine Röntgenuntersuchung trotz der auf besondere Aktivität des Ulcus hinweisenden Erscheinungen erforderlich, so ist möglichst wenig und dünnflüssiges Barium zu verwenden und von instrumenteller Kompression abzu-

sehen. Die Lage des Geschwürs an der Vorderwand aus den klinischen Symptomen zu erkennen, erscheint wenig aussichtsvoll. Verf. belegt seine Anschauungen durch 4 Krankengeschichten von Perforationen eines Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwürs im Anschluß an Kontrastbreimahlzeiten zur Röntgenuntersuchung. In 2 Fällen wurde die Perforation nicht sofort erkannt und die sofortige Operation nicht durchgeführt.
Estler (Berlin).

Woenkhaus: Ein Hautschutzgerät bei der Röntgentiefentherapie. (*Inn. Abt., Evang. Krankenh., München-Gladbach.*) *Röntgenprax.* 6, 36—39 (1933).

Verf. empfiehlt bei Bestrahlungen die Verwendung eines Bleinetzes auf der Haut, um damit die Blutcapillaren und die Haut vor Schädigungen zu schützen. Tiefendosismessungen lassen allerdings nur bei großen Feldern das Bleiraster als zweckmäßig erscheinen. Bei Verwendung des Bleinetzes wurde am Kaninchenoberschenkel nur mäßige Enthaarung erreicht, während die gleiche Dosis ohne Bleinetz zur völligen Epilation führte. Aus der Tatsache, daß der Haarausfall bei Verwendung des Rasters nicht schachbrettartig auftrat, schließt der Verf., daß die durch das Blei geschützten Capillaren ausreichen, um die geschädigten Hautquadrate genügend mit Blut zu versorgen. Versuche am Menschen ergaben, daß man der Haut ohne Schädigung 150—200% der HED., die mit 530 r angesetzt wird, zuführen kann. Ein Bild zeigt schachbrettartige Anordnung des Erythems.
Braun (Hamburg).

Redmann, G.: Ein Narkosezwischenfall bei Anwendung von Evipan. (*Gynäk. Abt., Städt. Krankenh., Berlin-Neukölln.*) *Zbl. Gynäk.* 1934, 389—390.

Bei 200 Evipannarkosen wurde einige Male ein feines Zittern am ganzen Körper beobachtet verbunden mit Abflachung und Verlangsamung der Atmung, ferner in einem Fall ein leichter, rasch vorübergehender Erregungszustand sowie schließlich einmal 1 Stunde nach dem Erwachen andauernde heitere Verstimmung. — Um so überraschender wirkte der folgende Fall: 35jährige, bislang stets gesunde Frau wird eingewiesen im 3. Schwangerschaftsmonat mit starker Blutung. Außer einer mäßigen Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule nach rechts kein krankhafter Organbefund. Am nächsten Morgen werden zur Vorbereitung der Abrasio 8 ccm einer 10proz. Evipannatriumlösung in 1 Minute in die Armvene injiziert. Beginn des Einschlafens nach 5 ccm, fester Schlaf nach weiteren 3 ccm. Etwa 20 Sekunden nach Beendigung der Injektion wird die Atmung ganz oberflächlich und selten; nach weiteren 10 Sekunden setzt sie ganz aus. Puls fadenförmig. Unter Coramin, Lobelin, Campher usw. kommt, etwa 6 Minuten nach beendeter Injektion, die Atmung, wenn auch flach und unregelmäßig, wieder in Gang. Rasche Beendigung des Eingriffes. Nach 1¼ Stunden reagiert die Patientin auf Anruf, ist aber noch somnolent. Erst nach 4 Stunden Erwachen. Klagen über heftige Kopfschmerzen halten noch den nächsten Tag an. Eine 8 Tage nach der Narkose auftretende Cylindrurie und Erythrocyturie schwindet nach weiteren 14 Tagen strenger Bettruhe und Nierendiät. Der Zusammenhang der Nierenerscheinungen mit der vorausgegangenen Narkose ist fraglich.
K. Landé (Berlin).

Featherstone, H. W.: Basal anaesthetics and allied substances. Their use and misuse. (Basisnarcotica und verwandte Substanzen. Ihr Gebrauch und Mißbrauch.) (*Childr. a. Maternity Hosp., Birmingham.*) *Brit. med. J.* Nr 3816, 322—326 (1934).

Die bekanntesten Basisnarcotica Amytal-Natrium, Nembutal, Pernocton, Evipannatrium sind Abkömmlinge der Barbitursäure. Ihre chemische Zusammensetzung wird besprochen. Der hypnotische Effekt ist von dem Vorhandensein der Gruppe — N = C(OH) — CH₂ — (sog. Nebenthau Faktor) abhängig; daneben spielt für den physiologischen Effekt die asymmetrische Stellung eines Kohlenstoffatoms eine Rolle, ferner die Zusammensetzung der Seitenketten und Nebengruppen. Die Wirkungsdauer wird bestimmt von der Schnelligkeit der Ausscheidung des unveränderten Mittels bzw. von der Raschheit des Abbaues des Mittels. Luminal wird nur langsam oxydiert, seine Wirkung ist allmählich ansteigend und nachhaltig. Nembutal und besonders Evipan-Natrium werden rasch oxydiert und haben kurze Wirkungsdauer. — Die Wirkung der Präparate kann nach Lundy vom praktischen Standpunkt aus in 3 Phasen eingeteilt werden. 1. Hypnotisches Stadium; 2. Excitation mit Erinnerungsverlust; 3. Anästhesie (Narkose). — Gegenüber den gasförmigen Narkosemitteln, die in der Regel unverändert wieder ausgeschieden werden (Chloroform und Chloräthyl werden vielleicht teilweise in der Leber abgebaut) und deren Menge zu einem bestimmten Zeit-

punkt im Körper immer annähernd (bes. bei Stickoxydul, Äthylen, Acetylen) bestimmt werden kann, ist der Vorgang der Absorption, Wirkung und Ausscheidung bei den in Lösung zugeführten Narcoticis ein ungleich komplizierterer; deshalb sind Störungen häufiger, die durch Anregung der Zirkulation und Respiration (CO₂ und O₂-Inhalation kombiniert, Coramin, Adrenalin, Ephedrin, intravenöse hypertonische NaCl-Lösung mit Glykose und Atropin bei Lungenödem) erfolgreich bekämpft werden. Bei Alkoholikern, deren Respirationssystem häufig wenig widerstandsfähig ist, hat sich Avertin sehr gut bewährt. Bei der oralen Anwendung von Nembutal hat sich die gleichzeitige Gabe einer geringen Dosis eines Morphiumpräparates und Verdunkelung des Zimmers wertvoll erwiesen. Kinder reagieren gut auf Nembutal (0,065 für ein 4jähriges Kind), wobei das Pulver in einen Teelöffel Zuckerwasser aufzulösen ist; gegebenenfalls 0,05 g Avertin pro Kilogramm Körpergewicht, wenn Nembutal nicht ausreicht. Folgende Vorbereitungs- und Narkoseverfahren werden als zweckmäßig empfohlen: Bei Magenoperationen: Barbitursäurepräparat intravenös; häufig aber Avertin besser. Kombination von Nembutal intravenös + Äthylen — O₂ — Äther oder Stickoxydul — O₂ — Äther sehr wirksam. Operation am Dickdarm und wegen Appendicitis: Keine rectale Zufuhr von Betäubungsmitteln. Plastische Chirurgie: Barbitursäurepräparat intravenös + Stickoxydul — Sauerstoff; eventuell Avertin. Gehirneirurgie: Nembutal oral + Omnopon + leichte Zusatznarkose. Basedow: Avertin + Omnopon + Hyoscin + örtliche Betäubung, wenn nötig Stickoxydulsauerstoff. Ohr und Hals: Nembutal oral; besser Avertin. Zahnchirurgie: Evipan-Natrium. Geburtshilfe: Amytal-Natrium oder Nembutal intravenös langsam, kurz vor vollständiger Erweiterung des Muttermundes, eventuell Zugabe von Stickoxydul-Sauerstoff. Kaiserschnitt: Rückenmarksanästhesie + Nembutal oral. — Auch sonst haben sich die Barbitursäurepräparate als wertvoll erwiesen, so bei Strychninvergiftung zur Bekämpfung der Krampfanfälle; andererseits ist bei Überdosierung von Barbitursäurepräparaten Strychnin angezeigt. Tetanus: Nembutal intravenös. Status epilepticus: Kräftige Dosen von Barbitursäurepräparaten. Schlaflosigkeit bei Herzfehlern: Nembutal. Delirium tremens, manische Zustände, Singultus: Basisnarcotica. — Gegenangezeigt sind die Barbitursäurepräparate bei Pneumonie, Empyemoperationen, Affektionen der Luftwege (hier besser Avertin), ferner bei Leber- und Nierenkrankheiten, bei Eklampsie und nach Prostataktomie.

F. O. Mayer (Zwickau).

Talmud, S.: Fehler, Gefahren und unvorhergesehene Komplikationen bei Rectalnarkose. (Ätherdampf-, Ätheröl-, Avertinnarkose.) (*I. Chir. Klin., II. Med. Hochsch., Leningrad.*) Schmerz usw. **6**, 64—73 (1933).

Rectalnarkose (RN.) nur bei gesundem Dickdarm erlaubt. Bei RN. mit Ätherdämpfen erzeugt Einfließen von Äther in Darm ulceröse Colitis oder Gangrän. Im Dickdarm befindlicher Kot verhindert das Zustandekommen der Narkose. Daher entsprechende Konstruktion des Narkoseapparates und entsprechende Darmvorbereitung! Nach Ätherdampf-RN. Leibschmerzen, Meteorismus, in 9% Diarrhöe, in 2% Darmblutungen, einmal tödliche Darmblutung, 0,8% Todesfälle. Ätheröl-RN. durch vorherige Morphiuminjektion beschleunigt. Dosierung nach Gwathmey. Beim Auftreten brennender Empfindung im Darm oder von Stuhldrang während der Einführung des Ätheröls ist letztere für 3—4 Minuten zu unterbrechen. Auch Rectalätherölnarkose schützt nicht vor den bei Äther-Inhalationsnarkose bekannten Komplikationen. Im übrigen in 1% Diarrhöe, 0,25% Darmblutung, Mortalität 0,12—0,3%. — Avertin: Sorgfältigste Darmvorbereitung und Injektion von 0,01 Morphium oder 0,02 Pantopon verbessern den Narkoseablauf. Dosierung je nach Wirkung des vorher injizierten Alkaloids: 0,08—0,125 g pro Kilogramm in 2¹/₂proz. Lösung. Zur Vermeidung von Schleimhautschädigung sorgfältigste Zubereitung der Lösung (Verwenden von destilliertem Wasser, Aufbewahren im warmen Wasserbad von 40°, Prüfen mit Kongorotpapier); langsames Einführen der Lösung in 3—4 Minuten! Dabei Beckenhochlagerung vermeiden, um die Resorptionsfläche des Darmes nicht zu groß werden zu lassen. Bei

zu raschem Einschlafen (1—3 Minuten) Vorsicht! Bei Atemstörung bewährte sich Cocain und Coffein (je 2 ccm) kombiniert mit künstlicher Atmung, ferner Lobelin und Kohlensäure, welche letztere als sicherstes Gegenmittel bezeichnet wird. Auch Coramin wird genannt. Gegen Blutdrucksenkung Ephetonin. Postnarkotische Komplikationen: Erregungszustände — zu langer Schlaf. Avertin bei allen zu Kreislaufschwäche neigenden Krankheiten nicht angezeigt. Mortalität auf Grund der Spechtschen Statistik: 1 Todesfall auf 10000 Narkosen. v. Brandis (Freiburg i. B.).°°

Wildbolz, E.: Nebennierentod nach Nephrektomie wegen Tuberkulose. (*Nichtklin.-Chir. Abt., Inselspit., Bern.*) Z. urol. Chir. **39**, 72—77 (1934).

Ebenso wie bekanntlich doppelseitige Nebennierenblutungen, wie wir sie u. a. als Geburtsschädigungen bei Neugeborenen finden, zum raschen Tod unter Erscheinungen von Versagen des Kreislaufes führen, sind uns auch aus der Literatur und aus eigener Beobachtung Fälle bekannt, daß bei doppelseitiger Nebennierentuberkulose unter den Erscheinungen der Insuffizienz des Kreislaufes mehr oder weniger rasch, d. h. überraschend, der Tod eintreten kann. Wildbolz berichtet über 2 derartige Beobachtungen, bei denen nach einer wegen Tuberkulose des Organs vorgenommenen Nierenexstirpation durch Kreislaufinsuffizienz wegen Tuberkulose der Nebennieren der Tod eingetreten ist. Der 1. Fall betraf einen 32jährigen Mann, bei dem die Cystoskopie und die sonstigen Harnprüfungen eine rechtsseitige Nierentuberkulose neben Blasen- und Prostatatuberkulose erkennen ließen. Die Nierenexstirpation ging vollständig normal vonstatten, am Abend des Operationstages wurde der Puls frequent, und am 2. Tag trat unter schwerem Kollaps trotz vorübergehender Besserung auf Adrenalininjektion hin der Tod ein. Bei der Sektion fand sich eine hochgradige beiderseitige Nebennierentuberkulose: die Funktion der stark zerstörten verkrästen und z. T. verkalkten Nebennieren war offenbar für die normale Beanspruchung noch genügend, dem Operationsschock aber war sie nicht mehr gewachsen. Der 2. Fall betraf einen 31jährigen Landarbeiter, der früher wegen Schultergelenktuberkulose operiert war, und bei dem auch der klinische und der spezialistische Untersuchungsbefund für eine einseitige Nierentuberkulose sprach. Die Exstirpation bestätigte auch hier die Diagnose einer kavernösen Nierentuberkulose mit schwieriger Perinephritis. Am Abend der Operation Puls- und Temperaturanstieg, am Tag darauf nachweisliche Pneumonie, am Abend des 2. Tages Kollaps, der trotz Adrenalininjektion (vorübergehende deutliche Besserung) unter starker Blutdrucksenkung zum Tod führte. Auch in diesem Fall ergab die Sektion eine käsige, z. T. fibrös-hyaline Tuberkulose beider Nebennieren, nur in der linken Nebenniere etwas normales Gewebe enthalten, stark fetthaltig. Außerdem chronischer Milztumor, Leberverfettung und Thymuspersistenz. Verf. bespricht, wie sich etwa das Vorhandensein einer Nebennierentuberkulose neben der den Befund überdeckenden Nierentuberkulose vorher feststellen ließe. In diesen Fällen sind nicht immer die Erscheinungen der Addison-Krankheit ausgesprochen gegeben, immerhin dürfte eine genaue mikroskopische Untersuchung und eine Prüfung des Blutzuckers usw. vor der Nierenexstirpation die Diagnose vielleicht zu stellen gestatten. Wichtig ist auf jeden Fall bei der Nierenexstirpation die Nebenniere peinlichst zu schonen, was wohl nur dadurch möglich ist, daß die Auslösung des oberen Nierenpols stets unter Leitung des Auges geschieht. H. Merkel (München).

Borok, I. G.: Über die große Gefahr der Lumbalpunktion bei den durch organische Gefäßerkrankungen bedingten subarachnoidalen Hämorrhagien. (*Klin. f. Nervenkrankh., I. Med. Inst., Leningrad.*) Mschr. Psychiatr. **87**, 184—192 (1933).

In der Mehrzahl der Arbeiten wird bei meningealen Blutungen die Lumbalpunktion als therapeutischer Eingriff empfohlen. Verf. berichtet über 2 Fälle, die zu großer Vorsicht mahnen. In diesen Fällen sowie in einigen anderen, von Grün mitgeteilten, traten Tod bzw. schwere Komplikationen nach der Punktion ein. Eine Wiederholung der Blutung wird nach Verf. durch die durch die Punktion bewirkte Herabsetzung des Liquordruckes bedingt. Verf. glaubt, daß die Entfernung selbst kleiner Liquormengen gefährlich ist, wenn auch in manchen Fällen das Befinden der Patienten für kurze Zeit eine Besserung zeigen kann. Zu diagnostischen Zwecken sollte man sich mit einer Liquorentnahme von 1—2 ccm begnügen.

Statt der Lumbalpunktion empfiehlt Verf. bei Blutungen in der Schädelhöhle den Aderlaß durch Venensektion, wobei die Menge des zu entnehmenden Blutes 600—800 ccm betragen kann.

R. Henneberg (Berlin).

Courboulès: Perforation latente d'un ulcère duodénal en 1931. Erreur de diagnostic redressée en 1933 au cours d'une deuxième perforation. (Gutartiger Durchbruch eines Zwölffingerdarmgeschwürs im Jahre 1931, erst infolge eines neuerlichen Durchbruches im Jahre 1933 richtig erkannt.) Bull. Soc. nat. Chir. Paris 60, 48—52 (1934).

Bei einem 34jährigen, bis dahin gesunden Zollbeamten waren plötzlich einsetzende Bauchfellerscheinungen nach der Einlieferung ins Spital so gelinde und von so kurzer Dauer (binnen 48 Stunden abgelaufen), daß man an eine Blinddarmentzündung dachte. Ein im Anschluß daran entstandener, in der rechten Unterbauchgegend eröffneter Absceß stützte diese Annahme. 2 Jahre später, nach vollständigem Wohlbefinden, stürmische Erscheinungen. Der Leibschnitt ergab am Wurmfortsatz keinerlei Spur einer Erkrankung, dagegen einen Durchbruch eines callösen frankenstückgroßen Zwölffingerdarmgeschwürs. Heilung. Meixner (Innsbruck).

Tobeck, A.: Sinusthrombosen als Spätkomplikationen nach Radikaloperation.

Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen-, Halskrankh., Göttingen.) Passow-Schaefers Beitr. 31, 118—129 (1934).

Bericht über 2 Fälle. Der erste Kranke, 23 Jahre alt, war vor 20 Jahren rechtsseitig radikaloperiert worden, die Mittelohreiterung blieb bestehen. Vor der Aufnahme Erkrankung an „Grippe“, anschließend Schüttelfröste, die den Verdacht der Sinusthrombose erweckten. Bei der Operation zeigte sich Jugularis interna und Sinus thrombosiert, in der Warzenfortsatzspitze reichlich eitergefüllte Zellen, in unmittelbarer Nähe des Sinus ein erbsengroßes Cholesteatom in einer Knochenhöhle; guter Heilungsverlauf. — Im 2. Fall wurde ein 37jähriger Mann 1923 links radikaloperiert, wobei kein Cholesteatom gefunden wurde. 1933 Wiederaufnahme wegen linksseitiger Ohreiterung und Fieber. Wegen Schüttelfrost Operation, bei der aus der Warzenfortsatzspitze ein walnußgroßes Cholesteatom entfernt wurde. Die Ursache dieser Spätkomplikationen ist im 1. Falle in dem Zurücklassen kranker Warzenfortsatzzellen zu sehen, die bei der 1. Operation hätten entfernt werden müssen. Im 2. Falle ist das Cholesteatom anzuschuldigen, für das verschiedene Entstehungsmöglichkeiten in Betracht kommen.

Giese (Jena).

Sommer, P.: Es gibt keine „Spitzenleistung“ bei Sachverständigengutachten. Dtsch. med. Wschr. 1934 I, 368—369.

Eine Oberrechnungskammer setzte die Gebühr von 6 RM. pro Stunde Arbeitsleistung bei einem besonders schwierigen Sachverständigengutachten auf 4,50 RM. herab mit der Begründung, daß keine „Spitzenleistung“ vorliege. Der Einspruch des Sachverständigen beim Oberlandesgericht hatte Erfolg mit folgender Begründung:

Den Begriff der „Spitzenleistung“, wie ihn die Oberrechnungskammer angeführt hatte, kenne das Gesetz nicht, es genüge vielmehr zur Zubilligung des Höchstsatzes, daß die Leistung als besonders schwierige anerkannt wird. Da diese Voraussetzung vorhanden sei im vorliegenden Falle, indem der Sachverständige die Beantwortung der Frage nicht ohne weiteres aus seinem Wissensvorrat entnehmen konnte, werde ihm der geforderte Betrag zugebilligt.

Walcher (Halle).

Verdun, H.: La responsabilité des médecins du fait de leurs auxiliaires. (Die Verantwortlichkeit der Ärzte für ihr Hilfspersonal.) Ann. Méd. lég. etc. 14, 93—119 (1934).

Verf. gibt einen Überblick an Hand von praktischen Fällen über die Gefahren an Leib und Leben, die durch das Personal hervorgerufen werden. Der Arzt ist deshalb verpflichtet, besonders auf seine Gehilfen zu achten. Er muß ihnen bestimmte Richtlinien geben und sie dirigieren. Außerdem soll der Arzt sich geprüft Personal nehmen, bei dem größere Sicherheit bestehen. Weiter geht er auf die Gesetze ein, durch die eine Verurteilung in Frage kommt. Auch auf die Verantwortung bei der Verabreichung von Medizin durch das Personal kommt er zu sprechen. Alle Fehler können vermieden werden, wenn der Arzt ausgebildete Hilfe nimmt und sie immer kontrolliert und ihnen genaue Anweisungen gibt. Foerster (Münster i. W.).

Belot, J.: La responsabilité des médecins radiologistes n'est pas différente de celle des autres médecins. (Die Verantwortlichkeit der Röntgenologen ist nicht verschieden von derjenigen der anderen Ärzte.) (Hôp. Saint-Louis, Paris.) (Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 19. II. 1934.) Ann. Méd. lég. etc. 14, 203—209 (1934).

Ein französisches Gericht hat in einem Urteil erklärt, daß der Arzt für einen durch Anwendung der Röntgenstrahlen entstandenen Schaden verantwortlich zu machen ist (§ 1384), wenn dieser durch den Apparat oder die Strahlen bedingt ist, auch wenn den Arzt kein Verschulden trifft. Der sonst für Schädigungen durch den Arzt angewandte § 1382 verlangte den Nachweis eines begangenen Fehlers. Verf. legt dar, daß zwischen dem Handeln des Röntgeno-

logen und dem eines anderen Arztes kein grundsätzlicher Unterschied bestünde und daß die Anwendung des § 1384 anstatt des § 1382 den Arzt in seinem Handeln stark gefährde.

G. Strassmann (Breslau).

Fiek: Arzt, Apotheker, Arznei. Klin. Wschr. 1934 I, 267—268.

Dem heutigen Apotheker fehlt die Zufriedenheit über die eigene Leistung, aufgebaut auf selbsterworbenem Können und Wissen, und der wirtschaftliche Entgelt für eigene Arbeit. — Grundfehler dieser Entwicklung ist der fortschreitende Materialismus, der die ethische Zielsetzung negierte, der den Arzt zum Behandeln von Krankheiten führte und den Apotheker fast überflüssig machte, weil der Materialismus die Arznei vom Heilmittel, vom Heilsbringer zur Ware erniedrigte. — Jede Entwertung der Leistung der Berufenen ist gefährlich für das Volksganze. Die zur Ware erniedrigte Arznei rächt sich auch am Arzte selber. Man gibt schranken- und gedankenlos jedem Patienten eine Arzneikonserven in die Hand. Die ursprünglich lebendige, standesorganisch gebundene Krankheitsbehandlung mit ihrer selbst konzipierten, individuellen Arzneiform durch die Hand des aus dieser Darreichungsform erwachsenen Apothekerstandes ist ausgeschaltet. — Der Arzt wird zur individuellen Rezeptur zurückkehren müssen. Voraussetzung ist, daß die Ärzte sich mit der Materie wieder mehr vertraut machen und ferner, daß die Krankenkassen die Rezeptur zulassen. Die letztere Voraussetzung ist bereits erfüllt durch die Vereinbarung der sog. „wirtschaftlichen Arzneiformeln“. — Der Apothekerstand erhofft bestimmt von der Ärzteschaft eine individuelle Verordnungsweise und die Wiedergewinnung der beruflichen Zusammenarbeit der beiden historisch und weltanschaulich zusammengehörenden Stände. *Lochte.*

Spurennachweis. Leichenerscheinungen. Technik.

Nicolesco, Georges: Contrôle expérimental des principales méthodes d'identification du sang en médecine légale. (Vergleichende Untersuchung der Hauptarten der Bestimmung von Blut in der Gerichtsmedizin.) (*Inst. Méd. Lég., Univ., Strasbourg.*) Ann. Méd. lég. etc. 14, 173—187 (1934).

Unter den Farbreaktionen werden die Guajakprobe von Van Deen-Weber, die Phenolphthaleinreaktion von Kastle-Meyer, die Benzidinreaktion von Adler und die Leukomalachitgrün-Reaktion einander gegenübergestellt. Als beweisende Untersuchungsarten werden die Darstellung der Teichmannschen Krystalle und der Krystalle nach Gabriel Bertrand angeführt, schließlich die Darstellung von Hämochromogenkrystallen nach Oustinoff und Sarda-Derrien. Zum Abschluß wird noch die Spektrophotometrie im ultravioletten Licht als verlässlichste und empfindlichste Untersuchungsart empfohlen, die aber meist nur an besonders eingerichteten Untersuchungsanstalten vorgenommen werden kann.

Breitenecker (Wien).

Locard, Edmond: La détermination des taches de sang par le bromure de sodium. (Nachweis von Blutflecken mit Bromnatrium.) (*Laborat. de Police Techn., Lyon.*) Rev. internat. Criminalist. 6, 90—95 (1934).

Die beste Vorprobe auf Blut ist die von Medinger mit Leukomalachitgrün. Von den Krystallproben ist die Teichmannsche am unsichersten und gänzlich aufzugeben. Die Strzyzowskische Methode mit Jodwasserstoffsäure ist gut; Verf. hat sie noch vereinfacht. Aber die Umständlichkeit der Herstellung des HJ läßt sie hinter der Sardaschen Methode der HBr-Hämatinkrystalle zurückstehen, die unbedingt die beste ist.

Technik: Spur unter Deckglas versetzen mit NaBr 1:500, erhitzen, nicht sieden, nach Verdunstung Zufluß von Alkohol-Wasser-Eisessig aa, wieder langsam verdunsten lassen. Bei schwachen Stoffflecken längere Zeit einen Faden in kaltem Wasser einweichen, die Lösung einengen und wie eine trockene Spur behandeln.

P. Fraenckel (Berlin).

Burger, George N.: The influence of iron on the benzidine and guaiac tests for occult blood. (Der Einfluß von Eisen auf dem Nachweis verborgenen Blutes mittels der Benzidin- und der Guajacprobe.) *Guy's Hosp. Rep.* 84, 112—114 (1934).

Während die Benzidinprobe nach Zufuhr von Eisen und von Ammoniumcitrat im Stuhl sowohl bei Verwendung von wässrigen wie von Essigsäureätherauszügen Blut vortäuschen kann, ist ein solcher Irrtum bei der Guajacprobe ausgeschlossen. *Meizner (Innsbruck).*