

Vorführung eindringlicher klassischer Musik besondere erhebende und fördernde Wirkungen auf die Strafgefangenen ausüben will. Das Orchester, dem nur Künstler von Rang angehören (2 Geigen, 1 Singstimme, 1 Cello, 1 Orgel), strebt an, allmonatlich in jedem der Gefängnisse ein Konzert zu geben. Hauptsächlich werden Werke von Bach, Gluck, Händel, Beethoven, Schubert vorgeführt. Die tiefe und oft shockartige Wirkung der Musik spiegelt sich in den Briefen der Gefangenen wieder.

*Liguori-Hohenauer* (Illenau).<sup>o</sup>

### **Kunstfehler. Ärztereht. (Kurpfuscherei.)**

**Ermel: Haftung eines Arztes wegen Unterlassens auch einer seitlichen Kontrollaufnahme nach Einrichten eines Fußbruchs mit Luxation.** Münch. med. Wschr. 1933 II, 1802—1803.

Durch Röntgenaufnahmen von vorn und von der Seite, die durch 2 stereoskopische Aufnahmen von der Seite ergänzt wurden, war eine Luxationsfraktur an den Fußgelenken festgestellt. Nach Einrenkung und Anlage eines Gipsverbandes wurde eine Kontrollaufnahme nur von vorn gemacht. Da die Nachbehandlung nur geringen Erfolg hatte, wurde schließlich eine seitliche Aufnahme nachgeholt und festgestellt, daß die Luxation nach hinten nicht beseitigt war. Landgericht und Oberlandesgericht haben dem Anspruch auf 1000 RM. Schmerzensgeld nachgegeben. Durch Unterlassung der seitlichen Kontrollaufnahme hat der Arzt die ihm obliegende Sorgfalt fahrlässig außer acht gelassen.

*Püschel* (Frankfurt a. O.).<sup>o</sup>

**Hünemann, Theodor: Perforation der Aorta durch verschlucktes Gebiß.** (*Hals-, Nasen- u. Ohrenklin., Med. Akad., Düsseldorf.*) Z. Laryng. usw. 25, 66—68 (1934).

Perforation der Aorta bei 26jährigem Mann, nachdem das Gebiß 8 Tage im Oesophagus gesessen hatte. Der vorbehandelnde Arzt hatte auf Grund einer 2 Tage nach Verschlucken des Gebisses vorgenommenen Durchleuchtung geglaubt, den Fremdkörper im Darm zu sehen.

*Eschweiler* (Leipzig).<sup>o</sup>

**Kropp, L.: Über Spontanfrakturen des Schenkelhalses nach Röntgenbestrahlungen wegen Uteruscarcinoms.** (*Gynäkol.-Geburtsh. Abt., Städt. Krankenanst., Solingen.*) Münch. med. Wschr. 1934 I, 214—215.

Die von Philipp, Baensch u. a. beobachtete Erscheinung, daß es manchmal nach Röntgenbestrahlungen wegen Uteruscarcinoms zu Spontanfrakturen des Schenkelhalses kommt, wird um einen weiteren Fall vermehrt. Die Dosis ist gering gewesen; 3½ Jahre später beim Bergabgehen ohne jede sonstige Veranlassung Fraktur des linken Schenkelhalses an der typischen Stelle. Der Verf. äußert sich skeptisch über die veranlassende Rolle der Röntgenbestrahlung, zumal noch kein einziger Sektionsbericht vorliegt und es auch sonst bei älteren Leuten öfter zu Spontanfrakturen an dieser Stelle kommt.

*v. Schubert* (Berlin).<sup>o</sup>

**Schreus, H.: Gefahren und Schädigungen durch antiluische Therapeutica.** (*Hautklin., Med. Akad., Düsseldorf.*) Fortschr. Ther. 10, 214—218 (1934).

Autoren weist darauf, daß die zur Behandlung der Lues verwendeten und im Interesse der Allgemeinheit und des einzelnen unumgänglich notwendigen Heilmittel (besonders besprochen werden Wismut, Quecksilber, Salvarsan), keineswegs frei von Gefahren und Nebenwirkungen sind, daß aber auf der anderen Seite auch wirksame Gegenmittel zur Verfügung stehen. Die meisten Nebenwirkungen lassen sich durch aufmerksame Beobachtung der Behandelten verhüten oder doch im Keime ersticken. Voraussetzung ist eine ausreichende Erfahrung und vor allem die Vermeidung eines üblen Schematismus.

*Marx* (Prag).

**Tobias, Norman: Exfoliative dermatitis following intravenous injection of colloidal sulphur, with recovery.** (Dermatitis exfoliativa nach intravenöser Injektion kolloidalen Schwefels, ausgehend in Heilung.) J. amer. med. Assoc. 102, 1295—1296 (1934).

Obwohl in U. S. A. Tausende von Injektionen kolloidalen Schwefels gegeben wurden, ist Verf. kein Fall von Dermatitis exfoliativa nach der Injektion bekanntgeworden. Verf. beschreibt den Fall einer 26jährigen Frau, die seit 6 Jahren an ausgedehntem seborrhoischen Ekzem litt, das aller Salbenbehandlung, Röntgenbestrahlung und Diät trotzte. 24 Stunden nach einer Injektion von kolloidalem Schwefel (5 mg Schwefel in einer 2 ccm-Ampulle [Doak]) trat eine pompholyxartige Eruption beider Hohlhände mit Handrückenödem auf, der nach 2 Tagen eine Hyperämie des Gesichts und des Nackens folgte. Innerhalb einer Woche bestand ein Erythem der gesamten Haut, die später abschuppte. Nach 1 Monat wurden die Nägel dystrophisch und locker. Nach ¼ Jahr bestand eine Alopecie. Die Heilung erforderte 8 Monate.

das seborrhoische Ekzem war vorläufig verschwunden. An den inneren Organen wurde nichts wesentlich Krankhaftes festgestellt. *Estler* (Berlin).

**Dubrausky, Viktor:** **Komplikationen von der Seite des Nervensystems in Verbindung mit Schutzimpfungen gegen Lyssa.** *Orvosképzés* **23**, 836—844 (1933) [Ungarisch].

Verf. teilt 2 Fälle von Komplikationen seitens des Nervensystems nach Schutzimpfung gegen Lyssa mit. Der eine Fall war eine Myelitis und ging histologisch mit Demyelinisation einher. Der andere Fall war eine Polioencephalomyelitis, in welcher keine Zeichen von Demyelinisation nachzuweisen war. Der 1. Fall war eine klassische *Fausse rage*, den 2. Fall konnte man aus Aktivierung irgendeines neurotrophen Virus durch die antirabische Behandlung ableiten. Der histologische Unterschied beider Fälle scheint zu beweisen, daß die neurologischen Erkrankungen, die im Laufe von Schutzimpfungen gegen Lyssa auftreten, eine verschiedene Ätiologie haben. Baló hat dasselbe für die neurologischen Erkrankungen, die die Schutzpockenimpfung komplizieren, behauptet. *F. Klauiber* (Budapest).

**Fittipaldi, Antonio:** **Contributo allo studio delle encefalopatie post-vacciniche.** (Beitrag zu den postvaccinalen Encephalopathien.) *Osp. psichiatr.* **1**, 525—530 (1933).

3 Fälle von postvaccinaler Encephalitis, in einem mit dem Endausgang in Idiotie, Epilepsie und Hemiplegie, ein zweiter in Oligophrenie, ein dritter in Oligophrenie und spastische Parese eines Oberarmes, werden mitgeteilt. Eine gewisse neuropathische Konstitution der Aszendenz könnte eine disponierende Rolle spielen. *Neurath.*

**Meulen, F. van der:** **Etwas über die Gefahren der Atropinkur mit hohen Dosen (nach Römer) bei Parkinsonismuskranken.** (*Prov. Ziekenh. u. Santpoort.*) *Nederl. Tijdschr. Geneesk.* **1933**, 5693—5695 u. dtsh. Zusammenfassung 5695 [Holländisch].

Verf. beschreibt 2 Fälle von Parkinsonismus, die nach plötzlichem Aussetzen der therapeutisch verabreichten hohen Atropindosen schwere Ausfallerscheinungen zeigten. Er weist nochmals darauf hin, daß man mit dem Absetzen des Atropins sehr vorsichtig sein muß. *F. Krause* (Düsseldorf).

**Arnstein, A., und L. Wischnowitz:** **Zur Frage des sogenannten Pleurashocks.** (*I. Med. Abt., Versorgungsheim, Wien-Lainz.*) *Wien. klin. Wschr.* **1934 I**, 300—302.

Der Pleurashock ist die Verstärkung einer normalen in Blutdrucksenkung und Pulsverlangsamung bestehenden Reaktion bei Einstich in die Pleura. Er ist bei Pneumothoraxnachfüllungen unter Umständen schwer von einer Luftembolie zu unterscheiden. Zur Vorbeugung bei empfindlichen Patienten wird tiefe Infiltrationsanästhesie und Atropindarreichung empfohlen. *Hantschmann* (Königsberg).

**Remenovskiy, Franz:** **Zur Kasuistik der tödlichen Lungenembolien nach Krampfaderverödung durch Zuckerlösung. Bemerkung zur gleichnamigen Arbeit von Oberarzt Dr. Krauss im Zbl. Chir. 1933, Nr. 36.** (*Dermat. Abt., Poliklin., Wien.*) *Zbl. Chir.* **1933**, 2719—2722.

Ein Patient, der einige Tage nach einer Zuckereinjektion eine typische Infiltration an der Einspritzungsstelle aufwies, wurde wegen geringer Schmerzen in das Krankenhaus aufgenommen. Das Bein wurde hoch gelagert und feuchte Verbände verordnet. 9 Tage nachher kam es zu einer tödlichen Embolie, kurz vor der Entlassung des Patienten.

Es wird angenommen, daß es ganz unabhängig von dem primären mit der Veneninnenwand eng verlöteten Thrombus infolge einer längeren Bettruhe zur Ausbildung von locker sitzenden Gerinnungsprodukten kommt, was durch den verlangsamten, stockenden Blutstrom besonders begünstigt wird. Es wird auf die Notwendigkeit der ambulanten Behandlung bei der Verödungstherapie hingewiesen. Die meisten der in der Literatur niedergelegten Fälle von Embolien nach Variceninjektionen sind entweder auf die lang dauernde horizontale Lagerung oder auf Infektion des Thrombus zurückzuführen. Es ist nicht anzunehmen, daß dem Mittel selbst irgendeine Schuld beizumessen wäre, da ja fast alle bisher zur Anwendung gelangten chemischen Substanzen in gleicher Weise belastet sind. (Vgl. diese Z. **23**, 72 [Krauss].) *Max Wolf* (Wien).

**Bucura, C.:** **Über eine seltene postoperative Komplikation.** (*23. Vers. d. Dtsch. Ges. f. Gynäkol., Berlin, Sitzg. v. 11.—14. X. 1933.*) *Arch. Gynäk.* **156**, 99—102 (1933).

Vortragender berichtet über 2 Fälle von ausgebreiteten Nachblutungen (intra- bzw. extraperitoneale Hämatombildung), die postoperativ nach einer abdominellen und vaginalen Uterusexstirpation zur Beobachtung kamen. Die Ätiologie der Blu-

tungen und die Seltenheit des Vorkommens veranlassen Bucura, eine Insuffizienz der Ligaturen, wahrscheinlich herbeigeführt durch mangelhafte Qualität des Catguts, als Ursache anzunehmen. Es wird auf einen ähnlich gelagerten, von Ottow berichteten Fall hingewiesen. (Ottow, vgl. diese Z. 21, 277.) *Wehefritz* (Göttingen).

**Möller, Werner: Miliartuberkulose nach Sondierung bei tuberkulöser Urethrastruktur.** (*Chir. Abt., Zentralkranken., Umeå.*) Acta chir. scand. (Stockh.) 73, 507—520 (1934).

Verf. berichtet über 2 Fälle von Nierentuberkulose, wo sich in unmittelbarem Anschluß an einen intraurethralen Eingriff eine tödliche Miliartuberkulose entwickelte. Diese Komplikation ist in der Literatur wenig betont. Ihre praktische Bedeutung ist besonders von Richter und Westerborn hervorgehoben. Nach Richter gibt es keine pathognomonischen Zeichen, die darauf deuten, daß eine Tuberkulose in der Harnröhre vorliegt. Ehe man bei Nierentuberkulose eine Cystoskopie oder eine andere Untersuchung mit starren Instrumenten vornimmt, hält Verf. es für ein Gebot der Vorsicht, erst eine Katheterisierung mit weichem Katheter zu versuchen. In Fällen, wo diese Untersuchung einen Verdacht auf Urethratuberkulose erweckt, soll man zuerst andere diagnostische Möglichkeiten wie Röntgenuntersuchung und besonders Ausscheidungsurographie anwenden, bevor man zur Untersuchung mit starren Instrumenten schreitet.

*John Hellström* (Stockholm).

**Albrecht, W.: Über eine tödlich verlaufene Tonsillektomie.** (*Univ.-Hals-Nasen-Ohrenklin., Kiel.*) Z. Hals- usw. Heilk. 35, 331—334 (1934).

Verf. schildert einen Todesfall einer 49jährigen kyphoskoliotischen Patientin bei Tonsillektomie. Die Sektion ergab außer der rechtwinkligen Kyphoskoliose und einer mäßigen Verbreiterung des Herzens nach rechts keinen krankhaften Befund, auch keinen vergrößerten Thymus. Verf. führt die zum Tode führende zentrale Atemlähmung unter Würdigung der sonstigen Möglichkeiten zurück auf eine abnorme Wirkung der zur Vorbereitung gegebenen Morphiuminjektion (1 cg M. + 1/2 mg Bellafolin). Es erscheine möglich, daß Kyphoskoliotiker bei ihrem schon ohnehin gehemmten Atemregulierungsapparat eine weitere Hemmung des Atemimpulses durch ein Alkaloid schlecht vertragen. Auf Grund dieser Beobachtung wird empfohlen, den Patienten mit Rückgratsverkrümmung bei der Indikationsstellung, Operationsvorbereitung und der Anästhesie selbst bei kleineren laryngologischen Eingriffen eine besondere Stellung zuzuweisen.

*Heidemann* (Bad Schwalbach).

**Waldapfel, Richard: Über Lungenkomplikationen nach Tonsillektomie.** (*Univ.-Klin. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh., Wien.*) Mschr. Ohrenheilk. 68, 143—154 (1934).

Verf. war aufgefallen, daß in Amerika nach Tonsillektomie häufig Lungenabszesse beobachtet werden, die man in Europa nur selten zu Gesicht bekommt, weil 1. hier vorwiegend oberflächlich betäubt wird, bei erhaltenen Rachenreflexen, 2. in sitzender Position operiert wird (leichtere Expektoration!). Dennoch konnte Verf. über einen Fall berichten, wo bei einem 8 Jahre alten Kind 2 Tage nach einer Tonsillektomie in Narkose pneumonische Infiltrationen mit Abscedierung in beiden Unterlappen auftraten. Ein andermal sah Verf. 2 Tage nach der Tonsillektomie in Narkose eine croupöse Pneumonie, die am 4. Tag bereits entfieberte und bei der sich röntgenologisch dann auch das Infiltrat schnell verlor. In einem 3. Fall zeigte sich nach einer in Narkose vorgenommenen Tonsillektomie nach 14 Tagen eine Pneumonie des rechten Mittellappens, die sich auch schnell zurückbildete. Für die Entstehung der genannten Lungenkomplikationen ist nach Ansicht Dailys die Aspiration von Blut und infektiösem Tonsillenmaterial in die Bronchien verantwortlich zu machen. Verf. denkt aber nicht nur an diese Aspirationstheorie, sondern glaubt auch an eine Verschleppung von septischem Infektionsmaterial von der Wunde aus auf der Blutbahn, als septischer Embolus. Denn er hat auch bei in Lokalanästhesie ausgeführten Tonsillektomien postoperativ Lungenkomplikationen (Bronchopneumonie, Infiltrate usw.) erlebt. Diese Lungenprozesse traten 2—3 Tage nach der Operation auf, mit Fieberanstieg, und konnten meist erst durch das Röntgenbild in ihrem Charakter erkannt werden. Einmal sah Verf. am Tage der Tonsillektomie (in Lokalbetäubung!) Fieberanstieg und röntgenologisch bilateralen Hydrothorax, ohne irgendwelche Lungenveränderungen, ein Krankheitsbild, das erst nach 2 Monaten abklang. Es scheint, daß man retrograd aus der Lokalisation der Lungenaffektion auf die vorausgegangene Operation, d. h. ob mit Allgemeinnarkose oder nur mit oberflächlicher örtlicher Betäubung ausgeführt, Schlüsse ziehen kann. Die Diagnose stützt sich in der Regel auf das Röntgenbild, da die Veränderungen an Ausdehnung sehr geringfügig sein können. Die Prognose der vom Verf. beob-

achteten Fälle war immer günstig. Prophylaktisch rät Verf. zur Erhaltung der Rachen- und Schluckreflexe, zur oberflächlichen Betäubung und zu möglicher Kürze der Operation. Die Infektion der Blutbahn ist durch peinlichste Asepsis zu verhüten. *Loben* (Bad Orb).

**Menegaux, G.: Les accidents graves de la rectoscopie.** (Schwere Zufälle bei der Mastdarmspiegelung.) *Presse méd.* 1933 II, 1957—1960.

An der Hand eines selbst beobachteten Falles von Rectumperforation mit konsekutiver allgemeiner Peritonitis infolge Platzens eines perisigmoiditischen Abscesses nach Rectoskopie stellt Verf. zunächst 2 Fälle von Platzen eines Divertikels nach Rectoskopie und zwei Fälle von spontaner Ruptur eines peri-sigmoid. Abscesses bei Diverticulitis aus der Literatur fest. Ohne Wandveränderung des Rectums erfolgte Perforationen desselben nach Rectoskopie (immer im peritonealen Teil, d. h. also im Colon pelvinum) findet Verf. 10 in der Literatur. Der Sitz ist fast stets die recto-sigmoidale Vereinigung. Die Größe der Perforation ist wechselnd, doch gewöhnlich entsprechend dem Durchmesser des Rectoskops. Dazu kommt der Fall Schreiber: Perforation einer durch Polypexstirpation gesetzten Narbe. Blutungen bei Rectoskopie sind selten [durch Erosionen oder (Lockart-Mummery) Ansaugung der Schleimhaut bei brücker Entfernung des Obturators]. Zur Perforation kann ein Riß und Blutung ins Mesocolon hinzukommen. Praktische Folgerungen: Keine Rectoskopie bei Diverticulitis. Vor der Rectoskopie erst Untersuchung mit Kontrasteinlauf. Bei entzündlichen Affektionen (Fieber), Infiltrationen der Fossa iliaca sin. ebenso wenig Rectoskopie! Nach der Rectoskopie genaue Überwachung des Kranken. Dysenterie, Rectitis und perirectale Strikturen hält Verf. aber nicht für Kontraindikation. Spezielle Technik: Keine Gewalt anwenden. Stets Knie-Ellenbogen-Lage; Kopf des Kranken stets tiefer als das Gesäß. Keine Allgemeinnarkose. Keine Luft einblasen! Die Perforation ist kaum oder gar nicht durch Blutung signalisiert, vielmehr nur durch sehr starken Schmerz. Gelegentlich Kollaps und Ohnmacht. Kein Morphium geben. Oft geht der Riß bis ins subperitoneale Gewebe. In diesem Falle Drainage durch den nicht ganz vernähten Riß. Evtl. Colostomie zur Sicherung der Rectalnaht. Bei Perisigmoiditis ev. Mikuliczsche Vorlagerung. Von 10 Operierten starben 5. Der Fall Verf. starb an der generalisierten Peritonitis. Von 7 Perforationen des gesunden Rectums starben 4. Zwei Kranke mit Divertikelperforation, die sofort laparotomiert wurden (Clairmont, Feist), blieben am Leben. *Goebel* (Breslau).

**Linde, S. Arthur: Fatal diphtheroid wound infection. Following appendectomy.** (Tödlich verlaufene Diphtherie-Wundinfektion nach Appendektomie.) (*Surg. Serv., Sinai Hosp., Baltimore.*) *Amer. J. Surg.*, N. s. 23, 575—578 (1934).

Im Anschluß an die Operation einer akuten perforierten Appendicitis mit allgemeiner Bauchfellentzündung entstand eine Bauchdeckeninfektion, die allmählich per granulat. heilte. 53 Tage p. o. erkrankte der Patient plötzlich an toxischen Erscheinungen mit Erbrechen, heftigen Kopfschmerzen und hohen Temperaturen, wobei die Wunde heil und reizlos erschien. 5 Tage später wurde jedoch eine Revision der Wunde vorgenommen, und dabei fand man in der Tiefe serös-eitriges Exsudat und graue Beläge an den Wundrändern. Bei der kulturellen Untersuchung wurden Löffler-Bacillen nachgewiesen, und ein gleichzeitig vorgenommener Rachenabstrich hatte dasselbe Ergebnis. Trotz hoher Serumdosin (30000 A.E. i. m.) und lokaler Anwendung von Jodtinktur kam der Kranke wenige Tage später ad exitum. Da die Meerschweinchenversuche ein negatives Ergebnis hatten, wird daraus gefolgert, daß es sich entweder um richtige Diphtheriebacillen mit geringer Virulenz oder um diphtheroide Bakterien mit hoher Virulenz gehandelt hat, wobei der Verf. zu der letzteren Anschauung neigt und annimmt, daß Keime, die für den tierischen Organismus nur im geringen Maße pathogen sind, im menschlichen Körper eine hohe Virulenz besitzen können. Als Infektionsweg wird angenommen, daß die Übertragung durch den Patienten selbst mittels der Hand vom Rachen zur Wunde erfolgt sein soll (!). Bei der Besprechung über den Wert der verschiedenen Behandlungsmethoden wird die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnosenstellung hervorgehoben. *v. Gusnar.*

**Chistoni, A.: Contributo allo studio della sineope cardiaca da adrenalina nella narcosi cloroformica.** (Beitrag zum Studium der Herzlähmung durch Adrenalin in der Chloroformnarkose.) (*Istit. di Farmacol. e Materia med., Univ., Parma.*) *Arch. di Sci. biol.* 19, 480—495 (1934).

Bei der Anwendung von Adrenalin in der Chloroformnarkose tritt oft eine Herz-

lähmung ein. Man spricht deshalb von einer Syncope adrenalino-chloroformica. Bei der Erforschung hat sich herausgestellt, daß die Ursache in der Erhöhung des Tonus des Vagus liegt. Hierfür kommen 3 Faktoren in Betracht: 1. Die Wirkung des Chloroforms, 2. die unmittelbare Wirkung des Adrenalins auf die Herzinhibitoren, 3. die Erhöhung des arteriellen Druckes auf die peripheren Vasokonstriktoren. Wenn einer dieser Faktoren — besonders der 3. — fehlt, dann tritt keine Herzlähmung auf. Versuche an Hunden und Kaninchen haben zu dieser Erkenntnis geführt. Daher lassen sich Herzlähmungen nicht nur durch Chinin, sondern allgemein durch Mittel vermeiden, die den Tonus des Vagus unmittelbar oder mittelbar herabsetzen wie z. B. auch Aderlaß, Fasten und erhöhte Gaben von Morphin. Man kommt zu dem Schluß, daß ein zentraler Ausgangspunkt vorhanden ist. Der Arbeit sind 8 Diagramme beigegeben. *Wilcke.*

**Holtermann, C.: Besteht eine wesentliche Gefährdung bei Anwendung von Evipan-Natrium (E.Na.)-Narkose in der Geburtshilfe? (Frauenklin., Univ. Köln.) Zbl. Gynäk. 1934, 286—292.**

Die Erfahrungen mit Evipan bei über 1000 Fällen in der Geburtshilfe und bei mehreren Hundert Voll- und Zusatznarkosen bei geburtshilflich-operativen Eingriffen sind sehr gut. Kein Narkosemittel geht sowenig auf das Kind über. Es wird auf die in der Literatur bekanntgegebenen Todesfälle eingegangen, und festgestellt, daß von 9 Todesfällen 7 jenseits des gebärfähigen Alters lagen, außerdem schwerste Organ- oder Systemschäden vorhanden waren. Das geringe Narkoserisiko in der Geburtshilfe wird mit dem verhältnismäßig geringen Alter und dem guten Gesundheitszustand der Kreißenden erklärt. 2 schwere Zwischenfälle werden genau beschrieben. Beim ersten handelte es sich um eine offenbare Überdosierung. Hier wurden zunächst 4,5 ccm injiziert, dann nach 15 Minuten, in denen 10—20 Tropfen Chloroform gegeben worden waren, nochmals 7 ccm Evipan. Typischer Atemstillstand. 3 ccm Coramin völlig wirkungslos. Nach 10 Minuten künstlicher Atmung kam die Atmung langsam spontan wieder in Gang. Keine Nachwirkungen. Im 2. Falle kam es unter den Zeichen der Kreislaufinsuffizienz 2 Stunden nach Beginn der Operation (Perforation und Exaktion) zum Exitus. Die Autopsie zeigte eine akute Hepatose. Der Autor wertet diesen Todesfall zwar auch als Narkosetod, aber nicht als einen spezifischen Evipan-Narkosetod. Bei denen in der Literatur angeführten 4 Evipan-Todesfällen unter den Erscheinungen der reinen Kreislaufinsuffizienz bestand jedesmal eine Infektion wie im vorliegenden Falle. Die Gasnarkose wäre vielleicht allein in der Lage gewesen, diesen Todesfall zu verhüten. *Franken (Freiburg i. Br.).*

**Gerlach, Hanns: Experimenteller Beitrag zur Giftigkeit von Lokalanästhetica bei der Blasen- und Harnröhrenbetäubung. (Chir. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.) Königsberg i. Pr.: Diss. 1933. 28 S.**

Es werden 43 Intoxikationsfälle bei Blasen- und Harnröhrenanästhesie zusammengestellt; davon entfallen 36 auf Anästhesie mit Cocain (mit 12 Todesfällen), 3 Todesfälle bei Anwendung von Alypin, 1 Todesfall bei Pantocain; letzteres ist das relativ ungiftigste. *Wohlgemuth (Chişinau).*

**Firică, Th.: Rückenmarkstörungen nach Rückenmarkanästhesie. Rev. Chir. 36, 491—496 (1933) [Rumänisch].**

17jähriges Mädchen wird wegen chronischer Appendicitis in Lumbalanästhesie operiert; nach 10 Tagen geheilt entlassen. Nach einigen Wochen bemerkt sie, daß sie immer weniger und schwieriger Urin läßt. Untersuchung ergibt 600 ccm Restharn. Nach 4 Monaten totale Urinverhaltung; Anästhesie der Gesäßhaut. Nach 2 Jahren vergeblicher Behandlung (Faradisation, Diathermie, epidurale Injektionen, Pituitrin u. a. m.) Operation: Laminektomie in Höhe der untersten Lenden- und ersten 3 Kreuzbeinwirbel. Befund: Lokale Hyperämie, Dilatation der extraduralen Venen; die Dura wird nicht eröffnet. Die Operation bleibt erfolglos. — Nach 3 Wochen erneute Operation: Eröffnung der Dura. Makroskopisch keine Veränderung festzustellen. Schluß der Wunde. 4 Tage p. o. spontaner Urinabgang. Es bleibt eine Liquorfistel zurück, die sich erst nach 6 Monaten schließt. Die Kranke uriniert spontan, die Hautanästhesie bleibt unbeeinflusst. Nach 1½ Jahren entsteht eine fortschreitende Gangrän der Operationsnarbengegend; Excision der gangränösen Stellen; Exitus. — Die

histologische Untersuchung des Conus terminalis zeigt Verdickung der Meningen, Hyperämie und Dilatation der Gefäße; perivaskuläre chronische Entzündung. *Wohlgemuth* (Chişinau).

**Schlesinger, Benno: Gefahrenquellen bei Laminektomien und paravertebralen Eingriffen.** (*Chir. Abt., Städt. Krankenh., Wien.*) Arch. klin. Chir. **179**, 243—248 (1934).

Verf. bespricht kritisch 2 Fälle aus dem Gebiet der Rückenmarkchirurgie, bei denen das eine Mal die Verkennung der Ausdehnung, das andere Mal die Verkennung der Art der Läsion zu einem unglücklichen Ausgang führte. Beim ersten Fall handelte es sich um eine Hypertonie. Paravertebrale druckschmerzhaftige Schwellung rechts neben den unteren Brustwirbeln. Unklarer Abdominal-, Röntgen-, negativer neurologischer Befund. Verdacht auf Vorliegen eines teils intra- teils paravertebralen sog. Sanduhr tumor oder blutreiches Sarkom. Bei der vorgenommenen Operation ergibt sich ein paravertebraler Tumor (Hypernephrom-Metastase), komplette Paraplegie beider unterer Extremitäten 1 Stunde p. op. durch ein angenommenes rasch wachsendes Hämatom im intervertebralen Anteil des Tumors. Sofortige Laminektomie mit Entfernung intraduraler Tumormassen und Blutcoagula. Wiederkehr der Motilität wenige Stunden nach der zweiten Operation. Irgendein Hinweis auf das Bestehen eines Hypernephroms lag nicht vor, Blut im Urin fehlte, der Allgemeinzustand war ein guter und der urologische Befund völlig negativ. Auch die Röntgendiagnose hatte völlig versagt, eine Stereoaufnahme war nicht gemacht worden. Die Möglichkeit, daß das Rückenmark trotz intakter Dura während der Operation traumatisch geschädigt wurde, ist ohne weiteres gegeben. Der 2. Fall betraf eine 49jährige Frau mit einen komprimierenden Prozeß im Bereich der Cauda equina. Laminektomie im Bereich des 11. Brustwirbels bis 2. Lendenwirbels. Feststellung einer ventral von den Caudafasern und der Dura gelegenen Prominenz. Einreißen beim Versuch einer Mobilisierung derselben und Entleerung von Eiter (Tuberculom) Meningitis. Exitus 6 Wochen p. op. Auch dieser Fall war vor dem Eingriff nicht geklärt. Die Autopsie ergab eine Caries der Bandscheibe zwischen B<sub>12</sub> und L<sub>1</sub> und eines ansehnlichen anschließenden Anteils vom Wirbelkörper B<sub>12</sub> mit Knochensequester. Breite Kommunikation des Cariesherdes mit dem Wirbelkanal bei ausgedehnter Pachymeningitis tuberculosa interna. Tuberculome als Ursache einer Querschnittläsion verlaufen so selten unter dem klinischen Bild eines Tumors, daß sie im vorliegenden Fall differential-diagnostisch nicht in den Kreis der Erwägungen gezogen waren. Bei späterer genauerer Durchsicht der Filme wurden allerdings einige Hinweise auf das Bestehen einer Tuberkulose noch entdeckt.

*Bode* (Bad Homburg).

**Cordes: Honorare der Fachärzte — Kunstfehler.** Med. Welt **1934**, 567—569.

Einleitend wird die Frage kurz erörtert, ob das Rechtsverhältnis zwischen Arzt und Patient einen Werk- oder Dienstvertrag darstelle. Unter Hinweis auf eine Reichsgerichtsentscheidung vom 12. 6. 1931 bekennt sich Verf. zu der Auffassung, daß die Rechtslage die eines Dienstvertrages mit einigen aus der Art des Verhältnisses sich ergebenden Besonderheiten sei. Daraus folgen auch bestimmte Richtlinien für die Berechnung der ärztlichen Honorare, die vom Reichsgericht unter Hinweis auf den für den Dienstvertrag geltenden § 612 BGB. folgendermaßen charakterisiert werden: In erster Linie ist eine etwa bestehende Vereinbarung maßgebend; wenn eine Vereinbarung nicht vorliegt, gilt eine etwa bestehende Taxe; beim Fehlen einer solchen Taxe entscheidet die Üblichkeit; wenn sich schließlich auch eine übliche Vergütung nicht feststellen läßt, so hat die Berechnung nach billigem Ermessen gemäß § 315 BGB. zu erfolgen.

Verf. geht unter diesen Gesichtspunkten auf verschiedene Folgerungen ein, die sich hieraus nach ausdrücklicher oder stillschweigender Vereinbarung besonders hinsichtlich der Fachärzte ergeben. Bezüglich der Taxvorschriften wird hervorgehoben, daß nur obrigkeitlich festgesetzte Taxen maßgebend sind. Vom Reichsgericht ist ausdrücklich betont worden, daß die „Allgemeine Deutsche Gebührenordnung für Ärzte“ die private Taxe einer Ständevereinigung ist, die nur bei ausdrücklicher Vereinbarung mit dem Kranken Geltung erlangen kann. An eine staatliche Taxe sind auch, so weit nicht abweichende Vereinbarungen getroffen werden, Spezialisten und sog. Autoritäten gebunden. Vom Reichsgericht wird das Bestehen

eines Gewohnheitsrechtes für Fachautoritäten, nicht an die staatliche Gebührenordnung gebunden zu sein, verneint. Auch bezüglich des Spielraumes in der Honorarbemessung nach behördlicher Taxe darf der Arzt nicht willkürlich innerhalb dieses Rahmens liquidieren. Er hat vielmehr außer der Schwierigkeit und Dauer seiner Inanspruchnahme sowie der Schwere seiner Verantwortung auch die wirtschaftlichen Verhältnisse des Patienten zu berücksichtigen.

Zum Schluß wird noch kurz auf den Kunstfehler eingegangen. Unter Hinweis auf Reichsgerichtsentscheidungen aus den Jahren 1911 und 1912 wird hervorgehoben, daß bei einem ungünstigen Behandlungs- und Operationsausgang unter Verteilung der Beweislast dem Arzt keine ungebührliche Beweisspflicht für den Nachweis, keinen Fehler begangen zu haben, aufzubürden ist. Er wird im allgemeinen dieser Pflicht genügen, wenn er darlegt, daß auch ohne sein Verschulden der ungünstige Ausgang eingetreten sein kann und daß nach dem Sachverhalt ein positiver Anhalt für seine Schuld nicht gegeben ist.

*Schrader (Bonn).*

**Wulle, Hildegard: Über die Berechtigung des Arztes zur Vornahme plastischer, insbesondere kosmetischer Operationen.** Med. Welt 1934, 132—134 u. 171—173.

Die Operation ist an sich nach der Rechtsprechung des RG. eine rechtswidrige Körperverletzung. Die Rechtswidrigkeit kann durch eine gültig erklärte Einwilligung beseitigt werden, die aber ihrerseits weder gegen ein gesetzliches Verbot noch gegen die guten Sitten verstoßen darf. Unter dem Begriff der guten Sitten versteht das RG. „das Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden“. Fehlende oder wegen Sittenwidrigkeit ungültige Einwilligung macht die plastische Operation in jedem Falle zu einer rechtswidrigen Körperverletzung. Der Arzt ist in solchem Falle dem Kranken zivilrechtlich haftbar und ersatzpflichtig sowohl aus dem Gesichtspunkt der Vertragsverletzung wie auch der unerlaubten Handlung. Außerdem ist er strafbar. Es werden dann einige Beispiele angeführt, in denen die Einwilligung des Kranken sittenwidrig und deshalb ungültig ist, darunter der Fall, in dem eine Frau sich außer einigen kranken Zähnen eine ganze Reihe gesunder Zähne aus rein ästhetischen Gründen hatte ziehen lassen. Sie klagte später gegen den Arzt auf Schadenersatz und drang mit der Klage durch, weil das OLG. es für sittenwidrig erachtete, daß der Arzt entgegen seiner besseren Sachkunde den Wünschen der Kranken nachgegeben hatte. Betont wird, daß gerade bei kosmetischen Operationen eine weitgehende Aufklärungspflicht für den Arzt besteht, weil die möglichen Folgen einer Operation leicht in einem Mißverhältnis zu deren Notwendigkeit bestehen. Kosmetische Operationen zu Heilzwecken sind immer berechtigt, z. B. bei Prognathismus, Rhinophym. Rein kosmetische Operationen dürfen nur vorgenommen werden, wenn sie nicht das Leben bedrohen und den Operierten nicht in seinen Funktionen oder sonst in seiner Gesundheit schädigen.

*Giese (Jena).*

### Versicherungsrechtliche Medizin.

**Schoen, R.: Das Problem des „alten Leidens“ in der individualen Krankenversicherung.** Medizinisches Referat. Dtsch. med. Wschr. 1934 I, 271—276.

Verf. bespricht das von Wörner (vgl. nachst. Ref.) juristisch behandelte Thema vom medizinischen Standpunkte. Er gibt nach allgemeinen Hinweisen auf den Grundgedanken der Privatversicherung (Risikogedanken) und seinen Folgen eine klare Darstellung des Krankheitsbegriffes im Versicherungssinne unter Hinweis auf Beispiele, skizziert die in Frage kommenden Standpunkte des Laien (Versicherten oder Versicherungssuchenden), des Versicherers und des nach beiden Seiten objektiv abwägenden Arztes, die Bedeutung von subjektivem Krankheitsgefühl und darüber hinausgehendem medizinischem Krankheitsbegriff, seine Abgrenzung unter Hinweis auf die Verhältnisse bei der Lungentuberkulose, wo bei der Ubiquität alter Tbc.-Herde die Schwierigkeiten in der Deutung (ob altes Leiden, ob neue Erkrankung anzunehmen usw.) auf der Hand liegen sowie auf die Sachlage bei luischer Infektion usw. Er betont, daß Auslegung des Krankheitsbegriffes und des Krankheitsbeginnes im Sinne der Privatversicherung immer Aufgabe des Arztes bleiben. In der Verlängerung der Wartezeit sieht auch er das Mittel, welches das Problem des alten Leidens einer Lösung näher bringen kann.