

Individuen in Spanien. Zu diesen gehören die Landstreicher, Kuppler, Rausch- und Gift-süchtigen, Gewohnheitsverbrecher usw. Als Sicherungsmaßnahmen kommen in Betracht die Unterbringung in einem Arbeitshaus, in einer Heilanstalt, die polizeiliche Überwachung, die Zuweisung eines bestimmten Wohnortes, Geldstrafe. Die Dauer der Verwahrung wird vom Gericht bestimmt.

*Ganter (Wormditt).*

**Coll, Jorge E.: Grundlagen für die Gesetzgebung zum Schutz der vernachlässigten und verbrecherischen Jugendlichen.** Rev. Criminología etc. 20, 621-628 (1933) [Spanisch].

Verf. verlangt für Argentinien ein Gesetz zum Schutz der Jugendlichen, ähnlich dem des englischen, und die Schaffung von Jugendgerichtshöfen. *Ganter (Wormditt).*

**Sciuti, M.: Problemi nuovi dell'assistenza psichiatrica. L'assicurazione obbligatoria delle malattie mentali.** (Neue Probleme psychiatrischer Hilfstätigkeit. Pflichtversicherung gegen Geisteskrankheiten.) Osp. psichiatr. 2, 111—119 (1934).

Verf. schlägt die Einführung einer Pflichtversicherung gegen Geisteskrankheit vor für Personen beiderlei Geschlechtes, die nach allgemein geltenden Bestimmungen bereits gegen Invalidität und Alter versichert sind. Mit dieser Versicherung läßt sich eine weitgehende Gesundheitskontrolle verbinden, die verhütend und eugenisch fördernd wirken wird. Diese Vorschläge werden im einzelnen weiter ausgeführt. *Arno Warstadt (Berlin-Buch).*

**Lemeche: Ärztliche Schweigepflicht und Geschlechtskrankheit.** Ugeskr. Laeg. 1934, 143 [Dänisch].

Die im neuen Dänischen Gesetz der Sozialversicherung vorgeschriebene Angabe von Namen und Wohnung der Behandelten an die kostentragenden Kommunalbehörden hat zur Folge, daß auch die Namen von behandelten Geschlechtskranken angegeben werden müssen, woraus sich Konflikte für Arzt und Patient ergeben. Es ist zu befürchten, daß dadurch der Wille der Geschlechtskranken, sich behandeln zu lassen, nicht gesteigert werden wird.

*H. Scholz (Königsberg i. Pr.).*

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

**Carnot, P., Caroli et Maison: Syphilis décapitée par transfusion sanguine.** (Übertragung einer Syphilis ohne Primäraffekt durch Bluttransfusion.) Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, III. s. 50, 411—415 (1934).

Bei einem Typhuskranken mit profusen Darmlutungen stellten sich nach der 4. Bluttransfusion typische luische Sekundärsymptome ein mit stark positiver WaR. Primäraffekt fehlte. Die ersten Erscheinungen zeigten sich wenig charakteristisch nach 25 Tagen und erreichten den Höhepunkt am 80. Tage. — Die Übertragungen der Lues durch Bluttransfusion sind im Allgemeinen selten. Gefährlich ist in der Mehrzahl der Fälle nur die Übertragung der Krankheit, wenn der Blutspender sich im Sekundärstadium befindet, während die Gefahr im Tertiärstadium sehr gering ist.

*Schönberg (Basel).*

**Pinard, Mareel: À propos de la syphilis et du paludisme après transfusion.** (Syphilis und Sumpffieber nach Bluttransfusion.) Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, III. s. 50, 416—417 (1934).

Bei einem hereditär Syphilitischen oder einem alten Syphilitiker kann es durch eine Bluttransfusion von luischem Blut zu einer Superinfektion kommen, wobei die klinischen Symptome so gering sind, daß die Infektion unerkant bleiben kann. Analoge Verhältnisse finden sich beim Sumpffieber, was sich besonders bei der Malaria-therapie bei denjenigen Personen äußert, die schon an Sumpffieber gelitten hatten. Zusatz von Quecksilbercyanür zum Blute des Spenders vermag die Übertragung der Krankheit nicht zu verhindern.

*Schönberg (Basel).*

**Tzanek, A., et R. Liège: Transmission des maladies infectieuses au cours de la transfusion sanguine. (Donneurs occasionnels ou professionnels.)** (Übertragung von Infektionskrankheiten durch Bluttransfusion [Gelegenheits- oder Berufsspender].) Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, III. s. 50, 418—423 (1934).

Die häufigsten Übertragungen werden bei Verwendung von Gelegenheitsspendern beobachtet, es sind daher die Berufsspender, die genau untersucht sind, bei der Bluttransfusion vorzuziehen. Syphilitiker sind als Spender abzulehnen, selbst wenn die Infektion schon sehr alt ist, auch wenn Bordet-Wassermann negativ ausfallen. Ohne vorherige genaue Untersuchung darf kein Spender angenommen werden.

*Schönberg (Basel).*

**Harvier, P., R. de Brun et A. Lafitte: Paludisme après transfusion.** (Sumpffieber nach Bluttransfusion.) Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, III. s. 50, 423—428 (1934).

Mitteilung eines Falles von Übertragung von Sumpffieber durch Bluttransfusion, wobei

der Spender keinerlei Krankheitssymptome geboten hatte. Es erweist sich daher als notwendig, bei Verwendung eines Blutspenders, welcher früher in einem Malarialand gewohnt hatte, die größte Vorsicht walten zu lassen, selbst wenn die Blutuntersuchung negativ ausfallen sollte. Schönberg (Basel).

**Tzanek, Arnault et Louis Jubé: Transmission de maladies infectieuses au cours de la transfusion sanguine malgré l'usage d'instrumentations indirectes.** (Übertragung von Infektionskrankheiten im Verlaufe einer Bluttransfusion trotz Anwendung indirekter Instrumentierung.) Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, III. s. 50, 428—430 (1934).

Mitteilung von 4 Fällen von Übertragung von Syphilis und Malaria teils vom Spender auf den Empfänger, teils umgekehrt infolge technischer Fehler. Eine Übertragung einer Infektion vom Spender auf den Empfänger kann durch genaue klinische Untersuchung vermieden werden. Die Übertragung vom Empfänger auf den Spender ist immer auf einen technischen Fehler zurückzuführen. Schönberg (Basel).

**Tzanek, A., et J. Martineau: Transfusion sanguine. Un cas de transmission de septicémie du receveur au donneur.** (Bluttransfusion. Übertragung einer Septicämie vom Empfänger auf den Spender.) Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, III. s. 50, 430—432 (1934).

Infolge mangelhafter Technik erhielt eine Spenderin Blut der Empfängerin, welche an einer Puerperalsepsis litt, injiziert und erkrankte an einer Streptokokkensepsis. Nach Ausheilung der Sepsis wurde die Spenderin mit Erfolg bei Septicämien zu Immunotransfusion verwendet. Schönberg (Basel).

**Loewe, O., Lichtenauer und O. Lentz: Notwendigkeit der prophylaktischen Tetanus-Serum-Injektion?** Med. Welt 1934, 459—460.

Antworten auf die Anfrage eines Arztes, der bei einer Frau, die sich durch Einstechen eines Nagels eine verschmutzte Wunde der Fußsohle zugezogen hatte, bewußt die prophylaktische Tetanusserumgabe unterlassen und sich auf Reinigung der Wunde beschränkt hatte, weil er einen Todesfall durch anaphylaktischen Shock bei einem 4jährigen diphtheriekranken Kinde erlebt hatte. Die Frau erkrankte nach 14 Tagen an Tetanus. Löwe betont, daß in erster Linie das endemische Vorkommen von Tetanus in dem betreffenden geographischen Bezirk für die Indikationsstellung zu berücksichtigen sei. Sorgfältige Wundausschneidung nach Friedrich (die der anfragende Arzt aber unterlassen hat — Ref.), macht im Zweifelsfalle die Serumeinspritzung überflüssig. Lichtmann billigt vom objektiven Standpunkt aus das Verhalten des Arztes nicht, hält aber einen juristisch strafbaren Kunstfehler nicht für vorliegend, da namhafte Chirurgen auf dem Standpunkt stehen, daß bei richtiger Wundbehandlung die prophylaktische Tetanusserumeinspritzung unterlassen werden kann. Lentz hält die therapeutische Wirkung des Tetanusheilerums trotz der Erfahrungen des Weltkrieges noch für sehr umstritten und einen Kunstfehler in der Unterlassung bei sorgfältiger Reinigung der Wunde und vorschriftsmäßiger antiseptischer Behandlung nicht für vorliegend. Giese (Jena).

**La Cava, Giuseppe: Su un caso di tetano localizzato in profilassato.** (Tetanus nach prophylaktischer Antitoxininjektion.) (Clin. Chir., Univ., Roma.) Rinasc. med. 11, 106—109 (1934).

Am 12. Tage nach einer schweren Verletzung des Unterarmes und des Oberschenkels durch einen Sprengkörper war bei einem Kranken des Verf. trotz zweimaliger prophylaktischer Injektion der Tetanusantitoxinschutzdosis und trotz bester Wundversorgung ein Tetanus aufgetreten, der jedoch auf die verletzte Muskelgruppe des Oberschenkels beschränkt blieb. Am Tage des Auftretens des Tetanus bekam der Kranke 80 ccm Serum intramuskulär und 20 ccm endolumbal. Im Verletzungsgebiet am Oberschenkel wurden die Muskeln breit gespalten und die Wunde mit Serum getränkter Gaze austamponiert. Daneben erfolgte Behandlung mit Calcium, Brom und Morphinum. Am darauffolgenden Tag bekam der Kranke Antitoxininjektionen in gleicher Weise und dann täglich 20—40 ccm intramuskulär und wiederholt 20 ccm endolumbal bis zum Verschwinden aller Erscheinungen am 28. Tage nach der Verletzung. Da die Schädigung durch das Tetanustoxin ähnlich wie bei einer chemischen Reaktion von dem Mengenverhältnis des Toxins und Antitoxins abhängig sei, so sei die wichtigste Forderung für die Behandlung die Wirkung des von den Erregern des Wundstarrkrampfes in der Wunde erzeugten Giftes bis zum Ausheilen der Wunde zu neutralisieren. Dazu genüge

es nicht, in der meist geübten Weise eine einzige prophylaktische Injektion zu machen, sondern diese müßte alle 8—10 Tage wiederholt werden. Ebenso wichtig sei eine sorgfältige Wundversorgung. *B. Reiser (Düsseldorf).*

**Wulff, Ferd.:** Erkrankung des Nervensystems nach Seruminjektion. (*Med.-Epidem. Afd., Amts Sygeh., København.*) Hosp.tid. 1933, 1237—1248 [Dänisch].

Ein Fall von prophylaktischer Antitetanusseruminjektion mit Serumkrankheit und nachfolgender Lähmung der Muskeln am rechten Oberarm. In einem Fall von Tetanus, mit Antitetanusserum behandelt, trat Serumkrankheit auf mit nachfolgender Myelitis. Es wird als wahrscheinlich angesehen, daß die Nervenerkrankungen Folgen der Serumeingaben sind. *Helgi Tómasson (Reykjavik).*

**Szarbe, Tamara:** Tod nach prophylaktischen Einspritzungen. Czas. sąd. lek. 2, 132—134 (1934) [Polnisch].

Verf. teilt 2 Fälle mit: Im 1. Falle starb ein 4jähriges Kind am 3. Tag nach Injektion von Antidiphtherie-Antiscarlatina-Vaccine (0,025 ccm), und die Sektion ergab einen vollkommen negativen Befund. Im 2. Falle starb ein 3 Monate altes Kind nach Verabfolgung einer Vaccine gegen Masern. Hier ergab die Sektion starke Hyperämie und subcorticale Hämorrhagien der beiden Nebennieren und der Milz ohne jegliche andere krankhafte und sei es nur mikroskopische Veränderungen. *L. Wachholz (Kraków).*

**Cathala, Jean, Raymond Garcin, P. Gabriel et R. Laplane:** Récidive spontanée de la paralysie post-sérothérapique. Syndrome radiculo-névritique et urticaire évoluant conjointement par poussées après sérothérapie anti-scarlatineuse. (Spontanrezidive von Lähmungen nach Seruminjektion. Schubweise auftretendes radiculoneuritisches und urticarielles Syndrom nach therapeutischen Gaben von Scharlachserum.) Presse méd. 1934 I, 65—67.

Verff. legen besonderen Wert auf die zuweilen bei der Serumkrankheit auftretenden Lähmungen und ihre Prognose. Sie teilen einen Scharlachfall mit, der etwa 14 Tage nach der Injektion von Scharlachserum an Serumkrankheit erkrankte und nach 40 Tagen den 1., nach weiteren 21 Tagen den 2. Rückfall erlitt. Jedesmal traten mitsamt der Urticaria multiple Lähmungen auf, die sich nach dem 1. Anfall allmählich besserten, nach den weiteren aber erhebliche motorische Schwäche zurückließen (noch nach 18 Monaten). Hinsichtlich der Physiopathologie der Erkrankung teilen Verf. die Ansicht Siccards einer internen Urticaria. Das anatomische Substrat bestehe in multiplen Hämorrhagien im Interstitium der Nervenwurzeln und -stränge. Als praktische Folgerung ergäbe sich, daß nicht in allen Fällen von Scharlach systematisch die Serumtherapie anzuwenden sei. In mittelschweren Fällen sei sie entbehrlich. *Röhrs (Hamburg).*

**Papadato, L.:** Encéphalite avec névrite optique curable apparue à la suite d'une vaccination antidiphthérique. (Diphtherische Vaccinationsencephalitis vom Typus der akuten Encephalitis epidemica mit Opticusneuritis und Ausgang in Heilung.) (*Inst. Psychoneurol., Odessa.*) Arch. Méd. Enf. 37, 37—41 (1934).

Bei einem 3jährigen Mädchen treten unmittelbar im Anschluß an eine antidiphtherische Impfung Zustände allgemeiner Apathie mit doppelseitiger Opticusneuritis, schlechter Pupillenreaktion, leichter Parese des rechten Mundfacialis mit myoklonischen Zuckungen und steifem Gesicht auf. Im Liquor Eiweißvermehrung, positiver Ausfall der Mastixreaktion, Zellvermehrung auf 120 im cmm, wobei 70% Lymphocyten, 24% Polynucleäre und 6% große Monocytenformen sind. Im Verlaufe einiger Wochen geht die anfängliche Erblindung vollständig zurück, und das Kind kann ganz geheilt entlassen werden. Im ganzen erinnerte das Krankheitsbild an die akute Form der epidemischen Encephalitis. Im Sinne von Pette wird angenommen, daß durch die Vaccination eine latente Infektion aktiviert und manifestiert wurde. Diese Annahme erscheint dem Autor am wahrscheinlichsten deshalb, weil in derselben Gegend zur gleichen Zeit sporadische Encephalitisfälle aufgetreten sind. *H. Krayenbühl (Zürich).*

**Sardemann, E.:** Ein Fall von Encephalo-Myelo-Meningitis nach Impfung. (*Oresundshosp., Helsingør.*) Ugeskr. Laeg. 1934, 10—11 [Dänisch].

Bei einem 6jährigen Mädchen traten 11 Tage nach der Erstimpfung Zeichen einer Erkrankung des Zentralnervensystems auf. Kernig +, Brudzinski +. Trotz Behandlung mit 2mal 10 ccm Serum von neuvaccinierten Erwachsenen war der Erfolg nicht so günstig wie beschrieben. Es resultierten mäßige Flexions- und stärkere Adduktionskontrakturen in den Hüften. Nach statistischen Feststellungen entfallen 79% der Impffolgen auf Kinder im 3. bis 5. Jahr. Deshalb empfiehlt es sich, die Erstimpfung möglichst früh, evtl. noch im 1. Lebensjahr, vorzunehmen. *Karl Nissen (Berlin).*

**Toyoda, T.: Ein seltener Fall von Embolie der Maculararterie nach Bismutpräparat-Injektion in die Nasenschleimhaut.** (*Augenklin., Univ. Osaka.*) Chuo-Ganka-Iho 26, H. 2, dtsch. Zusammenfassung (1934) [Japanisch].

Bei einem 16jährigen Jungen wurde im Anschluß an eine in die Nasenschleimhaut vorgenommene Injektion eines Bismutpräparates plötzliche Herabsetzung der zentralen Sehschärfe unter dem typischen Bilde einer Embolie der Maculaarterien (milchige Trübung der Maculagegend und kirschröter Fleck in der Fovea) verbunden mit heftigem Erbrechen und Augenschmerzen beobachtet. Verf. nimmt an, daß die Injektionsnadel direkt in eine Arterie geraten sei, worauf das Bismut rückläufig in die A. ophthalmica und dann wieder in der Richtung des Blutstromes in die Zentralarterie der Netzhaut gelangen konnte. *Horniker.*°

**Eschbach, H.: Purpura hémorragique par arsénobenzène; transfusion sanguine, guérison.** (Purpura haemorrhagica durch Arsenobenzen, Bluttransfusion, Heilung.) Bull. Soc. Pédiatr. Paris 32, 129—132 (1934).

Verf. berichtet über einen Fall von profuser Hämorrhagie, die bei einem wegen Enuresis nocturna in einer Krankenanstalt behandelten 16jährigen Patienten aufgetreten war, und zwar nach Injektionen von Sulfarsenol, von welchem Medikament Patient 3 in der Dosis von 0,06, 0,12 und 0,18 cg erhalten hatte, als ein Fieberanfall mit nachfolgendem Hautausschlag auftrat. Darnach wurde die Dosis zwar auf 0,12 cg herabgesetzt, aber ein neuer derartiger Eingriff doch, trotz der zur Vorsicht mahnenden Erscheinungen, durchgeführt. Nachdem zunächst nur unbedeutende Blutungen aus dem Zahnfleisch und einige Purpuraflecke sich gezeigt hatten, trat der gesamte hämorrhagische Symptomenkomplex in Erscheinung. Am 21. IV., an dem Verf. mit Jaquet den Patienten zum erstenmal sah, hatte letzterer in der vorhergehenden Nacht eine starke Nasenblutung, zu der sich Blutaustritt aus dem Zahnfleisch und neue Purpuraflecke an den Händen, Füßen und am Scrotum gesellten. Die hämostatischen Medikationen (Anthema, Gelatineserum) blieben wirkungslos, es trat Melaena auf, und zwar in starkem Mißverhältnis zu dem in den oberen Luftwegen vor sich gegangenen Blutungen, die Anämie nahm zu, und am 21. IV. schien der Exitus unmittelbar bevorstehend, als Eschbach die Behandlung übernahm und sich für eine Bluttransfusion entschied, die auch alsbald mit dem Blut der Mutter (250 ccm) ausgeführt wurde, und zwar mit überraschend gutem Erfolg. Im Munde waren noch einige kleine Blutklumpen vorhanden, allein neue Blutungen blieben aus. Nach einer nochmaligen Anthemaeinspritzung am Abend folgte nach einem Schüttelfrost ein heftiger Schweißausbruch, aber Blutungen kamen nicht mehr vor, auch Melaena bestand nicht mehr. Aber mit Rücksicht auf die Blässe des Gesichts und die erregte Herzstätigkeit entschloß man sich zu einer nochmaligen Bluttransfusion (200 ccm), welche die volle Heilung herbeiführte, nachdem durch das Sulfarsenol oder vielmehr seine unglückliche Anwendung die Hämorrhagie verursacht worden war. *Solger (Neiße O.-Schl.)*。

**Hoffman, Arthur, E. M. Butt and N. G. Hickley: Neutropenia following amidopyrine. (Prelim. rep.)** (Neutropenie nach Pyramidoneinnahme. Vorläufige Mitteilung.) (*Univ. of Southern California School of Med. a. Santa Fe Coast Lines Hosp., Los Angeles.*) J. amer. med. Assoc. 102, 1213—1214 (1934).

A. M. Hoffmann hat in den letzten Jahren 14 Kranke mit Angina agranulocytica behandelt, von denen 13 starben. Diese 13 hatten Pyramidon allein in Dosen von 0,3—1,6 pro die oder in Verbindung mit 0,03 Codein gegen Schmerzen infolge Arthritis, Ischias, Knochentumor u. a. erhalten. Einige hatten außerdem Barbitursäurepräparate, aber kein Allional, eingenommen. Bei einem Kranken mit Mastoidektomie nach Otitis media, der innerhalb von 36 Tagen 4,9 g Pyramidon erhalten hatte, entwickelte sich während der Behandlung durch die Verff. eine Agranulocytose mit tödlichem Ausgang. Kurz vor dem Tode betrug die Leukocytenzahl 450 bei völligem Fehlen der Neutrophilen. Der einzige Fall, der die Krankheit überstand, war eine Frau, die um abzutreiben 2 Wochen lang 4mal täglich 0,1 Dinitrophenol eingenommen hatte. Diese Frau hatte weder Pyramidon, noch ein Barbitursäurepräparat genommen. Diesen Präparaten, wie Pyramidon, Dinitrophenol, Benzol, Arsphenamin, o-Oxybenzoesäure, Hydrochinon, ist der Benzolring gemeinsam. Ob dieser das toxische Agens darstellt, wollen Verff. in weiteren Versuchen feststellen. Bisher haben Fütterungsversuche an Kaninchen mit 0,2—0,9 g/kg Pyramidon nach initialer Leukocytose einen Leukocytentsturz gezeigt, wobei bei einigen Kaninchen die Polymorphkernigen bis auf 8% fielen. Bei allen Tieren lagen die Granulocytewerte während der Depression unter 20%.

*Estler (Berlin).*

**Jahnke, Walter: Ekzem der Lider nach Pantocainbetäubung.** Z. Augenheilk. 83, 112—113 (1934).

Verf. beobachtete eine Rötung und Schwellung der Ober- und Unterlider, die nach 1proz. Pantocain-Einträufelung zwecks Druckmessung auftrat. Der Höhepunkt wurde nach 24 Stunden beobachtet. Abklingen der Erscheinungen unter starkem Juckreiz nach etwa 7 Tagen. Auch bei späterer Einträufelung derselben Lösung traten die gleichen Erscheinungen auf, während sie bei Psicaingebrauch nicht beobachtet wurden. Verf. kann Pantocain nicht als vollkommenes Ersatzmittel für Cocain bezeichnen, ohne die Stellung des Pantocains schmälern zu wollen, da die Pantocain-Einträufelung besonders bei entzündeten Augen oft recht schmerzhaft ist und auch eine meist unerwünschte Gefäßerweiterung bewirkt, die sich am unangenehmsten bei Betäubung der Tränenwege und bei operativen Eingriffen am Augapfel bemerkbar macht, weshalb ein Zusatz von Suprarenin empfohlen wird.

*Hamann (Hamburg).*

**Contempré, J.: Une complication de la rachianesthésie à la percaine, Peschere sacrée.** (Nekrose am Kreuzbein als Komplikation der Percain-Rückenmarkanästhesie.) J. Chir. et Ann. Soc. belge Chir. Nr 3, 121—127 (1934).

Contempré hat bei 375 Kranken eine Lumbalanästhesie mit 10—13 ccm einer Lösung von Percain 1:1500 vorgenommen. Injiziert wurde zwischen L. 1 bis L. 5 mit feiner Collinscher Nadel nach der Technik von Jones. 7 dieser Operierten, zumeist junge Frauen, haben am Tage nach der Anästhesie eine mehr oder weniger ausgedehnte Nekrose über dem Kreuzbein bekommen. Alle neurologischen und Liquoruntersuchungen blieben ergebnislos. Stets war die Anästhesie 2 Stunden nach der Injektion abgeklungen. Die Gefäßkompression genügt nicht zur Erklärung dieser Nekrose, es kann sich lediglich um eine nervöse Störung handeln, die allerdings durch eine Gefäßkompression begünstigt werden könnte.

In der Aussprache betont De Beule die größere Giftigkeit des Percains gegenüber dem Novocain. Er macht für das Zustandekommen solcher Nekrosen das Anstechen von Nervenbündeln und die chemische Imprägnation besonders der Vasomotoren verantwortlich neben einer individuellen allgemeinen Rückenmarks- und einer besonderen Strangüberempfindlichkeit. — Christophe weist auf die Arbeiten Spielmayers hin, nach denen die Injektion auch von Novocain in den Lumbalsack aufsteigende Degenerationen hervorrufen kann. Nach Albert und Lambert hat das Percain eine stärkere nekrotisierende Fähigkeit als die anderen Anaesthetica. — Auch Spehl hält das Anstechen von Wurzeln der Cauda equina für in dieser Hinsicht sehr gefährlich. Andere Autoren berichten von Atemstörungen bei der Lumbalanästhesie, von Fußsohlennekrosen und als Spätfolgen von Fällen von Impotenz, Inkontinenz und Nierenbeeinflussung. Das Percain wird im allgemeinen als nicht ungefährlich angesehen.

*Maske (Leipzig).*

**Le Filliatre, G.: Accidents d'hypotension dans la rachianesthésie.** (Blutdrucksenkungszwischenfälle bei Rückenmarkanästhesie.) (Paris, 9.—14. X. 1933.) Procès-verb. etc. 42. Congr. franç. Chir. 1063—1067 (1933).

Es gibt frühe Zwischenfälle nach 5—20 Minuten und späte, nach einigen Stunden. Diese sind ernster zu nehmen, können den Tod herbeiführen. Dem Verf. ist in 30 Jahren kein Unglück passiert. Allerdings verhütet Ephedrin vorher nicht die Zwischenfälle nach der Coffein-Delcain-Spinalanästhesie, die nachher durch Suprarenin und Anacampher behoben werden konnten. Seitdem reicht Verf. vorher 1 mg Suprarenin und Anacampher (Ercé) gesondert intramuskulär. Die Verwendung von 2proz. Delcain in 117 Fällen (mit Liquor gemischt, die Menge je nach der beabsichtigten Anästhesiehöhe) hat stets den ursprünglichen Blutdruck erhalten oder sogar dessen Erhöhung herbeigeführt; dementsprechend ist kein einziger Kreislaufzwischenfall mehr vorgekommen. Kopfschmerzen weichen dem erneuten Ablassen von Spinalflüssigkeit. Die Anacampherdosis ist nicht erwähnt.

*van Gelderen (Amsterdam).*

**Frommel, Édouard, et Michel Demole: Les accidents immédiats du pneumothorax. Quelques chiffres statistiques d'une enquête sur plus de 250 000 insufflations thérapeutiques.** (Unmittelbar auftretende Zwischenfälle bei der Anlegung des Pneumothorax. Statistische Ergebnisse aus einer Nachfrage über mehr als 250000 mit Pneumothorax-

behandelten Fällen.) (*Clin. Méd., Hôp. Canton., Genève.*) Revue de la Tbc., IV. s. 2, 11—21 (1934).

Zwecks Klärung der klinischen Bedingungen, unter denen die in ihren Ursachen noch nicht verständlichen Zwischenfälle bei der Anlage des Pneumothorax auftreten, sandten die Verff. Fragebogen an Spezialärzte für Tuberkulose. Bei 63 von insgesamt 229000 Einblasungen ereigneten sich sofort auftretende Zwischenfälle. Die Angaben der einzelnen Ärzte zeigen große Unterschiede. Im allgemeinen ist zu sagen, daß unmittelbar auftretende Zwischenfälle selten sind, man wird auf 10000 Einblasungen etwa 2 rechnen können. Das Geschlecht spielt offenbar keine disponierende Rolle. Von den 63 Fällen betrafen 32 Männer und 31 Frauen. Bei 58 dieser 63 Fälle hatte der Zwischenfall nur vorübergehenden Charakter, nur 5 Fälle führten zum Tode.  $\frac{1}{4}$  dieser Zwischenfälle ereignete sich bei der 1. Einblasung und die restlichen  $\frac{3}{4}$  bei Wiederauffüllung und schon ausgeführtem Pneumothorax. Bei der 1. Einblasung sind Unfälle 17mal häufiger als bei Wiederholung der Einblasung. 52% der Zwischenfälle ereigneten sich, bevor das Gas eindrang, indem die Kanüle noch nicht mit dem Gasbehälter verbunden war; 19% nach Zurückziehung der Kanüle, nachdem die Einblasung normal verlaufen war. Aus den mitgeteilten Fällen schließen Verff., daß eine Gasembolie in einigen Minuten zum Verschwinden kommen kann und daß dadurch die Differentialdiagnose zwischen Embolie und Reflexwirkung sehr erschwert wird bei den Fällen, wo Symptome der Lokalisation fehlen.  $\frac{4}{5}$  der Ärzte bedienen sich einer Kanüle mit kurzer Abschrägung der Spitze, die übrigen benutzen stumpfe Kanülen. Die Art der benutzten Nadeln scheint die Zahl der Zwischenfälle nicht zu beeinflussen. Weniger als  $\frac{1}{3}$  der Zwischenfälle zeigte keine Begleiterscheinungen von seiten des Nervensystems. Bei mehr als  $\frac{2}{3}$  jedoch wurden Paresen, Monoplegien, Hemiplegien, Aphasien mit oder ohne epileptiforme Zustände oder Amaurose beobachtet. Einige dieser Symptome dauerten nur einige Minuten, andere einige Stunden. Eine Hemiplegie zeigte eine Dauer von 1 Monat. Alle diese Symptome klangen ab, mit Ausnahme eines Falles von Amaurose, die bis zu dem 15 Monate später eintretenden Tod der Kranken bestand. Der tödlich verlaufende Zwischenfall führt fast immer sofort zum Tode oder nach wenigen Stunden. Die große Mehrzahl der bei der Anlage des Pneumothorax unmittelbar eintretenden Zwischenfälle klingt ab, ohne Nachwehen zu hinterlassen. Die Punktion des Lungengewebes ist nur selten von einer Luftembolie begleitet, wenn der Kranke nicht Träger eines Pneumothorax ist. Die Einblasung von Luft in das Lungenparenchym verläuft offenbar ohne bedenkliche Symptome. Das Vorhandensein von Blut in der Kanüle beim Anlegen des Pneumothorax wird von einer Minderzahl der Ärzte berichtet, gleichzeitig aber auch von denen, die die größte Zahl von Zwischenfällen mitteilen.

*Neuhaus (Münster i. W.).*

**Poix, G., et S. Rénier: Les accidents nerveux au cours des insufflations de pneumothorax.** (Nervöse Zufälle beim Füllen des Pneumothorax.) (*Clin. de la Tbc., Hôp. Laënnec, Paris.*) Rev. Phtisiol. théor. et soc. 15, 166—184 (1934).

Im Anfang oder im Verlauf der Füllung eines Pneumothorax können sich verschiedene nervöse Störungen einstellen: Kollaps, Krämpfe, Lähmungen, Augenstörungen und selten psychische Erscheinungen. Die Ursache dieser Zufälle liegt hauptsächlich in technischen Fehlern, Unterlassen einer vorherigen Röntgenaufnahme, unvorsichtigem Einfüllen von Gas. Trotz aller Vorsicht besteht jedoch die Möglichkeit solcher nervöser Schädigungen. Die Erklärung dieser Folgezustände ist schwer, reflektorische Wirkung von seiten der Pleura, Gasembolie, Shockwirkung.

*Schönberg (Basel).*

**Komis, Alexander: Tod an Lungenödem nach Phrenicotomie.** Tuberkulose 14, 97—99 (1934).

In 2 Fällen von einseitigem Pneumothorax ist es nach Phrenicusexairesis wegen akuter exsudativer Tuberkulose der anderen Lunge 3 bzw. 6 Tage nach der Operation zum Tod an Atmungsinsuffizienz unter Eintritt von Lungenödem gekommen. Es wird vor therapeutischen Eingriffen, die die Atemfläche zu stark einengen, gewarnt.

*Breitenecker (Wien).*

**Petrén, Gustaf: Zur Frage schwerer cerebraler Symptome bei Operationen an Pleura oder Lunge.** (*Chir. Klin., Univ. Lund.*) Acta chir. scand. (Stockh.) **74**, 1—18 (1934).

Bei Operationen an der Pleura kommt es mitunter zu plötzlichen schweren Kollapsen mit tödlichem Ausgang, die, wie experimentelle Untersuchungen dargetan haben, auf Luftembolien ins Zentralnervensystem beruhen. Es werden 3 eigene Fälle mitgeteilt. Die einzige Möglichkeit, um solche Zwischenfälle zu vermeiden, sieht Verf. in Darreichung von Überdruck während des Operierens. *Tietze* (Breslau).<sup>o</sup>

**Dahl-Iversen, E.: Valeur diagnostique, dangers et complications de l'encephalo-ventriculographie.** (Diagnostischer Wert, Gefahren und Komplikationen der Encephaloventriculographie.) Lyon chir. **30**, 670—693 (1933).

Die Arbeit enthält eine übersichtliche Darstellung der Indikationen und der gegenwärtig angewendeten Methoden der Kontrastmittelfüllung des cerebralen Liquorraumes, nämlich der Ventriculographie, der suboccipitalen und lumbalen Encephalographie. Die erstgenannte Methode verdient den Vorzug bei den mit Hirndrucksteigerung einhergehenden Affektionen (Hirntumor, Hydrocephalus), während für alle anderen cerebralen Erkrankungen, namentlich die verschiedenen Formen der Epilepsie, die Encephalographie als die Methode der Wahl zu betrachten ist. Die Nachwirkungen der Luftfüllung bestehen in Kopfschmerz, Erbrechen, Schweißausbruch, Kollaps. Gegen letzteren wird Beckenhochlagerung empfohlen. Meist stellt sich einige Stunden nach der Luftfüllung Temperatursteigerung ein. Die Beschwerden können tagelang dauern. Hypertonische Lösungen, intravenös injiziert, pflegen günstig zu wirken. Lebensgefahr bietet die Luftfüllung bei den Geschwülsten der hinteren und mittleren Schädelgrube; rasche Dekompression kann lebensrettend wirken. *A. Schüller*.<sup>o</sup>

**Henline, R. B.: Traumatic injuries of the upper urinary tract following instrumentation.** (Verletzungen der oberen Harnwege nach Anwendung von Instrumenten.) (*James Buchanan Brady Found. f. Urol., New York Hosp., New York.*) J. amer. med. Assoc. **102**, 182—188 (1934).

Verf. meint, daß es öfter durch Anwendung von Instrumenten zur Verletzung der Harnleiter kommt, als es sich nach den Mitteilungen im Schrifttum vermuten ließe. Der normale Harnleiter sei gegen Verletzungen außerordentlich widerstandsfähig, nicht aber der kranke, bei dem es entweder zu einer Perforation oder Schlitzen der Wand mittels des Harnleiterkatheters kommen könne. Nach Berücksichtigung der diesbezüglichen Mitteilungen des Schrifttums werden ausführliche Krankengeschichten und Verletzungen des Harnleiters mitgeteilt, die röntgenologisch teils durch intravenöse, teils durch retrograde Pyelographie nachgewiesen werden konnten. Experimente, die Verf. an Hunden ausführte, bestätigen die Resultate Wessons, daß ein normaler Harnleiter weder durch einen Katheter noch eine Bougie verletzt werden konnte. Fälle von Harnleiterverletzung nach der Cystoskopie können in ihren Symptomen beträchtliche Unterschiede aufweisen; aus deren Intensität ließe sich keineswegs immer die Diagnose stellen. Besprechung der Symptomatologie und Diagnostik. *Colmers* (München).<sup>o</sup>

**Jeschek, Josef: Venenwandschädigungen nach Dauertropfinfusion und deren Folgen (Thrombose-Embolie).** (*Chir. Univ.-Klin., Graz.*) Wien. med. Wschr. **1934 I**, 295—298.

Bei 200 Kranken, die Dauertropfinfusionen bekommen haben, wurde zwar kein Embolietod, aber 16 kleinere Lungenarterienembolien festgestellt. Von 10 Venen, die histologisch untersucht wurden, blieben nur 2 völlig unverändert. 4 Venen waren thrombosiert, in den anderen Fällen konnten Wandschädigungen in Form von Intimadefekten, Wucherungen und kleinen Wandrissen nachgewiesen werden. Da auch schon Todesfälle nach Dauertropfinfusion beobachtet worden sind, so ist die Emboliegefahr durch die schädliche Wirkung des Kanülendruckes auf die Venenwand nicht zu vernachlässigen. *Giese* (Jena).

**Kaplan, Ira I.: Sarcoma of cheek following tricho X-ray treatment for hair on face. Report of case.** (Ein Sarkom der Wange, das als Folge der Röntgenbehandlung einer Hypertrichosis des Gesichts entstanden ist.) (*New York City Cancer Inst., New York*) *J. amer. med. Assoc.* **102**, 595—597 (1934).

Kasuistische Mitteilung. Verf. kommt auf die Röntgeschädigungen zu sprechen, in deren Folge sich bösartige Tumoren in Form von Carcinomen und Sarkomen entwickeln, und beschreibt einen Fall, in dem bei einer 28jährigen Frau, die an Hypertrichosis des Gesichts gelitten hat, Röntgenbestrahlungen im Jahre 1926 vorgenommen wurden, die im Jahre 1933 auf Grund der Röntgenverbrennung zur Entwicklung eines Fibrosarkoms der rechten Wange führten. Der Arbeit sind Photogramme und Mikrophotogramme des Falles beigelegt. *Hedfeld.*

**Josefson, Arnold: Ärztliche Schweigepflicht und Verkehrssicherheit.** (*Sabbatsberg Sjukh., Stockholm.*) *Nord. med. Tidskr.* **1934**, 453—455 [Schwedisch].

Es wird die Frage aufgeworfen, ob die Schweigepflicht des Arztes verhindern darf, in Fällen zu erwartender Untauglichkeit zur Führung von Kraftfahrzeugen den Besitzers eines Führerscheins anzuzeigen. Die von zahlreichen Ärzten empfohlene Wiederholung der Eignungsprüfung wird von den Behörden als mit zu großen Kosten verbunden abgelehnt. Es wird deshalb erwogen, ob die z. B. in Dänemark und Norwegen eingeführte regelmäßige Nachprüfung nach 5 Jahren kostenlos zu empfehlen sei, da sich am Beispiel von England gezeigt hat, wie schädlich das Fehlen eines Führerscheins ist: in England sind die durch Verkehrsunfälle Geschädigten ganz besonders zahlreich. Da die meisten Ärzte wohl ihrer Schweigepflicht gehorchen werden, erscheint es mindestens notwendig, jedem Fahrer, bei dem sich durch ärztliche Untersuchung ein gegebenenfalls bei Verkehrsunfällen ursächlich wirkendes Leiden hat feststellen lassen, eine polizeiliche Warnung zuzustellen, deren Nichtbeachtung im Schadensfalle strafverschärfend wirken soll. Auch die im neuen Entwurf der Kraftfahrordnung vorgeschlagene Änderung ist zu empfehlen, nach der die Polizei im Erkrankungsfalle eines Fahrers oder wenn er aus anderen Gründen die Fähigkeit zur Führung eines Kraftfahrzeugs eingebüßt hat, die Karte entziehen kann, auch wenn kein Schaden an Leben und Eigentum vorgekommen ist. Verf. fragt aber, wer die Meldung über das Bestehen einer solchen gesundheitlichen Schädigung erstatten soll, da der Arzt kaum in der Lage sein wird, von sich aus zu melden, weil meist kein zwingender Grund zur Anerkennung eines allgemeinen Interesses vorliegen wird.

*H. Scholz* (Königsberg i. Pr.).

**Karitzky, B.: Ist die Laienaufklärung über Krebsfragen berechtigt?** (*Chir. Univ.-Klin., Freiburg i. Br.*) *Dtsch. med. Wschr.* **1934 I**, 713—716.

Verf. bespricht das Thema, ob die ideellen Grundgedanken der Laienaufklärung sich bis jetzt als richtig erwiesen haben und ob die Ergebnisse der wissenschaftlichen Geschwulstforschung zur Mitteilung an den nicht vorgebildeten Laien geeignet sind. Er sagt u. a., daß bei ihm der bestimmte Eindruck bestehe, daß die Krebskranken in den meisten Fällen den Arzt nicht früher aufsuchen, als sie dies ohne Aufklärung tun würden. Das läge einmal daran, daß die Krebspropaganda nur einen Teil des Volkes erfasse. Die Aufklärung über Krebsfragen habe die Angst vor der Krebskrankheit, ein neues epidemisches Leiden, gezüchtet. Verf. versteigt sich zu dem Satz, daß die Angst vor dem „Krebs“ heute schon schlimmer als das Leiden selbst sei. Weiterhin stellt der Aufsatz einige moderne Ergebnisse der Krebspathologie und Pathogenese zusammen, wendet sich gegen die Annahme eines parasitischen Wachstums der Tumoren und meint, daß das Geschwulstproblem nicht dadurch klarer wäre, daß man es dem Laienpublikum zur Diskussion vorsetze. Der Nutzen der Aufklärung für den Kranken sei gering, der Schaden, der durch unnötige Beunruhigung im ganzen Volke angerichtet werde, sei jetzt schon groß. Die ärztlichen Motive der Laienaufklärung hätten sich als falsch erwiesen. (Auf die wesentliche Abhängigkeit des Erfolges der Laienaufklärung von dem psychologischen Takt des Vortragenden wird leider nicht eingegangen. Ref.)

*Nippe* (Königsberg i. Pr.).

**Schmitz, Wilhelm: Arbeitsteilung zwischen Operateur und Narkotiseur und ihre juristische Bedeutung.** *Med. Welt* **1934**, 669—671.

Es wird die Frage besprochen, wer für Narkose und ihre Folgen bei Operationen

haftet, wenn der Narkotiseur approbierter Arzt ist und wenn der Operateur dem Narkotiseur eine bestimmte Narkose vorschreibt oder aber wenn der Narkotiseur nur eine Hilfsperson ist. Unterscheiden muß man die zivilrechtliche und strafrechtliche Verantwortlichkeit. Zivilrechtlich haftet der Arzt, welcher operiert, auch dann, wenn er für die Narkose einen approbierten Arzt hinzugezogen hat. Der Operateur kann aber einen Entlastungsbeweis antreten für weitergehende Haftung, wenn er nachweist, daß er den Arzt sorgfältig ausgewählt habe. Über die zivilrechtliche Haftung hinaus kann sich der operierende Arzt bei fehlerhafter Operation ohne Verwendung von Hilfsarbeitern auch wegen Körperverletzung im Sinne der §§ 223 ff. StGB. strafbar machen. In einem Urteil des Reichsgerichts ist es als schuldhaft anerkannt worden, daß ein Arzt einer Schwester das Einsetzen des Filters bei einer Röntgenbestrahlung allein überlassen hatte. Die Schwester hat das Filter nicht eingesetzt, und es passierte eine Körperschädigung. *Trendtel (Altona).*

**Wintz, H.: Über das Heilpraktikergesetz.** (*Univ.-Frauenklin., Erlangen.*) Dtsch. Ärztebl. 1934 I, 117—120.

Wintz hat in einem vor der Erlanger medizinischen Fachschaft gehaltenen Vortrag das Heilpraktikergesetz als die beste Lösung zur Beseitigung der Schäden der Kurierfreiheit bezeichnet, weil dadurch am sichersten ungeeignete Elemente ferngehalten würden. Er meint, daß dem Heilpraktiker dadurch, daß er nun auch zu einem Studium gezwungen würde, der Nimbus des Mystischen genommen würde, und daß damit dem Wunderglauben des Kranken der Boden entzogen würde. Die Zukunft wird lehren, ob er Recht behält. Zu fordern wäre, daß die jetzt noch ohne Prüfung tätigen Heilpraktiker, die nachweislich Schaden angerichtet haben und nur wegen der bekannten Rechtsprechung des Reichsgerichts aus subjektiven Gründen freigesprochen worden sind, ausgeschaltet werden. *Giese (Jena).*

### Leichenerscheinungen.

**Majoros, János: Postmortale medikamentöse Reaktionen der Pupille.** Orv. Hetil. 1934, 399—401 [Ungarisch].

Verf. stellte über die postmortale Veränderung der Pupillenweite an Menschen Untersuchungen an und kam zu folgenden Ergebnissen. Pupillenreaktionen nach Injektion von Tonogen und Histamin (Richter) können nicht nur sofort, sondern in  $\frac{2}{3}$  der Fälle noch 4—152 Stunden nach eingetretenem Tode konstatiert werden. Bei den Versuchen wurden in die vordere Augenkammer einige Tropfen von 0,5proz. Lösungen eingespritzt. Dagegen fand Verf. die konzentrierten Lösungen (10%) von Atropin und Pilocarpin fast wirkungslos. Einige Male kamen auch paradoxe Reaktionen vor. Die Reaktion kann als vitales Phänomen nach dem Tode nicht angesehen werden, da ein Überleben der Elemente des Zentralnervensystems ausgeschlossen ist. Sie ist nur kolloidchemisch erklärbar: Schwellung der Gele der Iriszellen bewirkt Miosis, Abschwellung Mydriasis. *Wietrich (Budapest).*

**Werner, Cl. F.: Die postmortalen Veränderungen des Innenohres unter dem Einfluß der Temperatur.** Z. Hals- usw. Heilk. 35, 564—580 (1934).

Die Versuche sind an Meerschweinchen vorgenommen. Sie betreffen die Zellen der Sinnesendstellen und des Ganglion cochleare. Die Einzelheiten müssen im Original eingesehen werden. Wichtig sind folgende allgemeine Ergebnisse: „Rein postmortale“ Veränderungen gibt es nicht. Schon die Abkühlung an sich wirkt als Reiz; die Zelle reagiert mit Kontraktion. Ferner verlaufen alle Vorgänge, auch die autolytischen in der Kälte verlangsamt. Jede verschiedenartige Zelle sowie ihre Bestandteile besitzen entsprechend ihrer physikalischen und chemischen Beschaffenheit eine eigene spezifische „Reaktionsnorm“ auf Fixationsmittel und andere Reize. Ein völlig reizloses Absterben gibt es nicht, auch wenn das Präparat auf unveränderter Temperatur erhalten würde. Der Temperaturunterschied im Leichenkeller und Laboratorium läßt die Unterschiede zwischen menschlichen und tierischen Präparaten trotz der gleichen nach dem Tode verflossenen Zeit verstehen. *Klestadt (Magdeburg).*