

insbesondere der Eigenschaft N, zu besonderer Vorsicht. Für die Blutfleckendiagnose haben sich die neueren Methoden des Nachweises der Eigenschaften A und B gut bewährt, während die Verwertung der Eigenschaften M und N auf diesem Gebiet noch nicht möglich ist.

Mayser (Stuttgart).

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

**Beöthy, Konrád: Totenschein über einen Lebenden.** Orv. Hetil. 1934, 546—547 [Ungarisch].

Ein Arbeiter, der seit 18 Monaten an Herzmuskel- und Nierenentzündung krank lag, wurde von seinem Arzt regungslos vorgefunden. Nach angeblicher Untersuchung erklärte ihn der Arzt tot und stellte den Totenschein aus. Vor dem Abtransport wurden Lebenszeichen, Atmung, Augen-, Lippen- und Armbewegungen bemerkt. Der sofort benachrichtigte Arzt verweigerte die nochmalige Untersuchung des angeblich Verstorbenen als überflüssig. Ein anderer Arzt konnte erst nach 6 Stunden den tatsächlich eingetretenen Tod feststellen. Gegen den behandelnden Arzt wurde das Strafverfahren eingeleitet, er wurde aber freigesprochen, da der Sachverständige in seinem Gutachten Fahrlässigkeit verneinte. *Vitray* (Budapest).

**Schoenborn, S.: Fehldiagnosen bei Hirnblutungen.** (Städt. Krankenanst., *Remscheid.*) Dtsch. med. Wschr. 1934 II, 1547—1550.

Echte Apoplexie kann mit Fällen von angiospastischen Funktionsstörungen der Hirngefäße, mit Pseudourämien und mit gewissen Meningitiden verwechselt werden. Gefahr der Fehldiagnose besteht auch bei Encephalitis lethargica, Poliomyelitis, Hirntumor, Pachymeningitis, Meningitis serosa, bei luischen Gehirnstörungen, Commotio cerebri, Gehirnausblut, Migräneanfall, bei saturninen Encephalopathien. Differentialdiagnose durch Urin-, Blut- und Liquoruntersuchung. Gegen die letzte besteht bei entsprechenden Vorsichtsmaßregeln keine Gegenanzeige.

Elbel (Göttingen).

**Reischauer, F.: Übersehen von Luxationen großer Gelenke.** (Chir. Univ.-Klin., *Breslau.*) Zbl. Chir. 1934, 2019—2028.

Zum Übersehen oder Verkennen einer Luxation im Bereich des Hüft- und Schultergelenkes kann es kommen, wenn die Unmöglichkeit einer guten Zwei-Ebenen-Aufnahme besteht, wenn das klinische Bild und die Anamnese nicht darauf hinweisen, wenn ein Trauma fehlt oder andere Verletzungen die Verrenkung nicht in das Blickfeld treten lassen. Das Röntgenbild ist Fehldeutungen ausgesetzt, wenn eine Verschiebung des Kopfes aus der Pfanne in der Richtung des Röntgenstrahles vorliegt, aber auch, wenn gewisse, räumlich-geometrische Gesetze bei der Deutung des Röntgenbildes außer acht gelassen werden. Deshalb ist es wichtig, zu wissen, daß bei genauer Seitenaufnahme immer eine Distanz zwischen Kopf und Pfanne sichtbar ist. Bei Viertel-Profil-Aufnahmen und erst recht bei Halb-Profil-Aufnahmen, deckt der Kopf den einen Pfannenrand und rückt immer näher dem anderen. „Erst bei ungewöhnlicher Skapula-stellung, bei der der Röntgenstrahl fast axial in den Pfannenteller einfällt, überschreitet die Silhouette des Kopfes auch den zweiten Pfannenrand, und zwar dann meist nicht mit der Gelenkfläche, sondern mit der Kontur des Tuberculum majus und seiner Umgebung.“ Daraus ergibt sich, daß ein Überschneiden des Kopfes über beide Pfannenränder bei halber bis ganzer Profilstellung eine Verrenkung bedeutet. Ähnliche Richtlinien gelten auch für das Hüftgelenk. Einige Krankheitsgeschichten mit langen Vorgeschichten und vielen Fehldiagnosen zeigen die Berechtigung der Forderung nach richtiger Deutung des Krankheits- und des Röntgenbildes.

Plenz (Berlin-Zehlendorf).

**Verebely, Tibor: Irrtümer bei der Diagnose der Knochen- und Gelenkkrankheiten.** Orvosképzés 24, 489—500 (1934) [Ungarisch].

Skizzenhafter Fortbildungsvortrag, aus welchem folgendes hervorzuheben wäre. Durch die Röntgenuntersuchungen wurde die Diagnose der Schädelbrüche kaum gefördert: bei der Entscheidung, ob unter einem Cephalhämatom eine Knocheneindellung sich verbirgt, ist man ebenso auf die alten feinen Gedankengänge hingewiesen, als bei den feinen Schädeldachfissuren. Selbst bei tadellosen Röntgenbildern können die distalen Epiphysisbrüche des Oberarmes oft Schwierigkeiten in der Diagnose verursachen. Die Lunatumverrenkung, namentlich mit Faktoren kompliziert wie

die Naviculare- und Capitatumfraktur, können klinisch oft mit dem typischen Radiusbruch verwechselt werden. Die Struktur des Fußgewölbes wird durch konstitutionelle Schwäche oder Altersabnützung stark beeinflusst, oft möchten die Kranken dies geringen vorangegangenen Verletzungen zuschreiben. Das *Dérangement interne* ist ein neuer Verletzungstyp zwischen Distorsion und Verrenkung; durch diese Form werden die Möglichkeiten der falschen Diagnose vervielfacht, und selbst die sorgfältigste klinische Beobachtung kann eine sichere Indikationsstellung zum blutigen Eingriff oft kaum ermöglichen. Betreffs der Osteomyelitis ist noch immer nicht allgemein anerkannt, daß jede hämatogene Knochenentzündung notwendigerweise vom Knochenmark ausgehen muß, aber selbst bei prinzipieller Knochenaufmeißelung können nicht sämtliche Fälle gerettet werden: ist doch die Krankheit nur eine Teilerscheinung einer Pyämie. Die Schwierigkeiten bei der Differentialdiagnose der Knochensystemerkrankungen (im verschiedenen Alter, Geschlecht usw.) selbst durch Röntgen werden kurz erwähnt, wobei die verschiedene Bedeutung der Knochenhöhlen, das nicht immer bestimmbare Krankheitswesen und die daraus folgenden Irrtümer hervorgehoben werden. In einer systematischen Klassifizierung erfahren die verschiedenartigsten Knochendefekte, Exostosen, Sklerosen, Deformitäten usw. eine stichwortartige Charakterisierung. In aller Kürze folgt noch die Darstellung der Gelenkerkrankungen, der akuten Entzündungen, der fungösen Arthritiden, wobei auf Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Tuberkulose, Lues, chron. Rheumatismus, sarkomatöser Gelenkkapselwucherung und hämophilem Gelenk hingewiesen wird. Zum Schluß wird die Abgrenzung der chron. Arthritiden, der Arthropathien, der Osteochondritiden, der Gicht u. a. in knappen Sätzen dargestellt.

*Endre Makai* (Budapest).°

**Oraison: Deux erreurs de diagnostic et de localisation de lésions rénales dues à la pyélographie intraveineuse à Puroselectan B.** (2 Irrtümer in der Diagnose und der Lokalisation von renalen Erkrankungen durch die intravenöse Urographie mit Uroselectan B.) (*Paris, 9.—14. X. 1933.*) Procès-verb. etc. 33. Congr. franç. Urol. 631—646 (1933).

Irrtümer werden bei der Ausscheidungsurographie im allgemeinen nur dort vorkommen, wo dem Untersucher genügende Erfahrungen zur Deutung der gewonnenen Bilder fehlen. So kann man wohl kaum von Irrtümern sprechen, wenn erst bei der Operation eine Doppelniere oder ein Harnleiterstein festgestellt wird, oder wenn sich durch ein verzerrtes Bild zuerst der Verdacht auf die nichterkrankte Seite lenkt. Auch die in der Diskussion angegebenen Fälle können nicht den Wert der Methode in ihren Grenzen irgendwie herabsetzen. Es erübrigt sich, Einzelheiten wiederzugeben, da es sich um bekannte Erscheinungen handelt und die Irrtümer wohl kaum der Methode, sondern dem Untersucher zur Last fallen.

*Heckenbach* (Köln).°

**Memmesheimer, Alois M.: Darf die Suboccipitalpunktion beim Syphiliskranken in der Sprechstunde vorgenommen werden?** (*Hautklin., Städt. Krankenanst., Essen.*) Dtsch. med. Wschr. 1934 II, 1545—1547.

Verf. bespricht zuerst kritisch verschiedene technische Einzelheiten der Suboccipitalpunktion. Das Alter des Pat. ist unmaßgeblich. Gelegentlicher Kollaps ist bei Luikern psychogen, bei Hirntumoren aber ernst, daher soll bei entsprechendem Verdacht nicht in der Sprechstunde punktiert werden. Blutungen durch Anstechen eines Gefäßes in der Cisterne sind dem Verf. nie widerfahren, solche durch Verletzung des Plexus sind bis auf gelegentliche meningeale Reizerscheinungen unbedenklich. Unmöglichkeit der Punktion durch anatomische Anomalien ist selten. Wichtig ist es, nicht von der Mitte abzuweichen. Anwendung in der Sprechstunde wird empfohlen.

*Elbel* (Göttingen).

**Lieckint, F., und Hippe: Krankheit und Tod nach Bronchographie.** (*Inn. u. Röntgenabtl., Stadtkrankenb. im Kückwald, Chemnitz.*) Med. Klin. 1934 II, 937—939.

Auf Grund der in der Literatur enthaltenen Angaben und eigener Erfahrungen

warnen die Autoren vor allzu großzügiger Anwendung der Bronchographie. Es werden zunächst die Kontraindikationen angeführt und insbesondere auf die Gefahren der Verwendung der Bronchographie bei Lungentuberkulose hingewiesen und dann die einzelnen Gefahrenmomente besprochen, wie das zur Anästhesie benützte Mittel, die lokalen Schädigungen bei Einstechen eines Troikars (französische Methode), die Gefahr der Verstopfung der Atemwege, die Schädigungen durch zu lange Aufenthaltsdauer des Kontrastmittels im Bronchialbaum, die Gefahr des Jodismus und schließlich die Gefahr der Infektion der Atemwege durch das Kontrastmittel. Im Anschlusse wird 1 Fall eigener Beobachtung von postbronchographischer Bronchopneumonie bei einem 32jährigen Mann berichtet. Nach 6wöchigem Krankenlager erfolgte Heilung. Noch nach dieser Zeit fanden sich röntgenologisch in einem etwa fünfmarkstückgroßen Bezirk zahlreiche, sehr dichte, stecknadelkopfgroße Schatten, die anscheinend die Reste der Jodipinfüllung darstellten. — Zum Schlusse verweist Verf. auf die Gefahr des Shockes nach Bronchographie bei nervösen Patienten. *Marx* (Prag).

**Amberson jr., J. Burns and H. McLeod Riggins: Lipiodol in bronchography. Its disadvantages, dangers and uses.** (Die Bronchographie mittels Lipiodol, ihre Nachteile, Gefahren und Anwendung.) (*Tbc. Serv., I. Med. Div., Bellevue Hosp. a. Dep. of Med., Columbia Univ., Coll. of Physic. a. Surg., New York.*) Amer. J. Röntgenol. **30**, 727—746 (1933).

Ausführliche, reich bebilderte klinische Studie über die Bronchographie mittels Lipiodol, die zeigt, daß es sich hier um eine recht gefährliche diagnostische Methode handelt. Um die Risiken, die mit ihrer Anwendung verbunden sind, möglichst herabzudrücken, ist eine sorgfältige Auswahl der Fälle und eine genaue Beachtung aller technischen Einzelheiten notwendig. Wie man heute weiß, wird das injizierte Lipiodol in den meisten Fällen allmählich wieder durch die Bronchien ausgeschieden. Eine direkte Resorption durch die Lungen vollzieht sich, wenn überhaupt, so nur in geringem Maße. Um die Lipiodolablagerungen in den Lungen kommt es in der Regel zu einer leichten exsudativen Reaktion, die klinisch harmlos zu sein scheint. Jedoch kann die Ansammlung von Ödemflüssigkeit auch sehr beträchtlich sein. Manchmal wird Lipiodol für Tage, Monate und Jahre im Lungengewebe zurückgehalten, welches „Kontrastmittelinfiltrat“ sich dann bei späteren Aufnahmen störend auswirkt. Unter den Nachteilen und Gefahren, die mit der crico-thyreoidalen oder der transtrachealen Injektion des Kontrastmittels verbunden sind, ist vor allem der Übertritt des Öles in die Hals- und Mediastinalgewebe zu nennen, ferner die Infektion der genannten Gewebe durch Bronchialschleim. Auch zu Schmerzen im Halse, zu einer Dysphonie, zu einem Glottisödem, zu Schluckstörungen, zu einem Unterhautemphysem und zu einer Luftembolie kann es kommen. Der Jodismus, der meist durch Verschlucken des Öls und durch die Resorption des Jods in den Verdauungsorganen hervorgerufen wird, läßt sich in der Regel vermeiden, indem man das Lipiodol in kleinen Portionen einspritzt, seine Retention in den Lungen durch nachträgliche Drainage der Bronchien verhindert und einen kräftigen Salzwassereinlauf verabreicht. Wichtig ist schließlich, daß bei infektiösen Lungenkrankheiten, hauptsächlich bei Tuberkulose und bei akuten oder chronischen Eiterungen, durch die Lipiodolinjektion eine Ausbreitung oder Verschlimmerung des Prozesses verursacht werden kann. Ja bei gestörter Herz- und Atmungsfunktion kann sogar die Einverleibung des Kontrastmittels den Eintritt des Todes auslösen. *v. Neureiter* (Riga).

**Mansfeld, O. P., und A. Dudits: Tödliche Luftembolie nach Tubendurchbläsung.** (*I. Path.-Anat. Inst., Univ., Prosektur, St. Stephan-Spit. u. Frauenspit. am Bakáts-Platz, Budapest.*) Zbl. Gynäk. **1934**, 2117—2120.

Bei einer Pertubation wurde bei 110 mm Hg Druck durch Auskultation Durchgängigkeit der linken Tube, Verschuß der rechten festgestellt. Kaum daß dies gesehen war, wurde die Frau cyanotisch, Atemstillstand. Trotz Analeptika Tod innerhalb 2 Minuten. Diagnose: Luftembolie. Die Sektion des Genitale ergab: Deformierte Uterushöhle, im Fundus ein hühneri großes Myom. Die linke Tube 1 cm von der Gebärmutter entfernt stark verdünnt, derb, die

Fimbrien nicht verklebt. In der rechten Tube 1 cm vom Uterus ein erbsengroßer Knoten, der das Lumen verschließt. Histologisch: Endometritis et salpingitis bilateralis caseosa. Das größtenteils zerfallene, käsige, weiche Endometrium konnte der eindringenden Luft keinen normalen Widerstand leisten, und dadurch konnte die Luft in die Venen gelangen. Wahrscheinlich ermöglichte somit eine klinisch unerkannt gebliebene Uterustuberkulose das Eindringen von Luft. Für Luftembolie typischer Sektionsbefund. Viele feine Luftblasen auch in den Coronararterien zu sehen und zu verschieben, ebenso in den Arteriae cerebri mediae und in der Arteria basilaris. Umschriebene Fragmentation des Herzmuskels in den Papillarmuskeln der linken Kammer. Verf. ist der Ansicht, daß der Tod an Luftembolie eine Folge des Coronarverschlusses war.

*Dittrich (Prag).*

**Döderlein, A.: Uterusruptur bei fahrlässiger Geburtshilfe.** Münch. med. Wschr. 1934 II, 1315—1316.

Einem Arzte gelang es nicht, den bei der Manualextraktion abgerissenen kindlichen Kopf zu entfernen. Er versuchte wiederholt den Kopf mit der Zange zu entwickeln, der Schluß der Zange gelang aber nicht vollständig, weshalb es natürlich unmöglich war, den Kopf herauszuziehen. Dann nahm er die Wendung vor. Nach vergeblichen Extraktionsversuchen bemerkte er, daß der Kopf des Kindes nur noch durch die Haut mit dem Körper verbunden sei, weshalb er ihn mit der Schere abschnitt. Alle möglichen Versuche, den Kopf herauszubringen, mißlangen. Die operativen Eingriffe dürften 4 Stunden gedauert haben. Überführung der Frau ins Krankenhaus, wo sie bald nach der Einlieferung an Verblutung starb. Die Untersuchung ergab ein rachitisch plattes Becken. Bei der Sektion zeigte sich in der Gebärmutterwand ein 15 cm langer Riß bei erhaltenem Bauchfellüberzug.

Ob das Kind vor dem ersten Zangenoperationsversuch noch gelebt hat, ist nicht festgestellt worden. Bejahendenfalls war gegen einen solchen vorsichtigen Versuch nichts einzuwenden. Andernfalls war die einzig richtige Art der Entbindung die Zerstückelung des Kindes durch Perforation und Kranioklasie. Verf. betont, daß es nach dem vergeblichen Zangenoperationsversuch unbedingt fehlerhaft war, die Wendung auszuführen, wodurch es zur Uterusperforation kommen mußte. Dasjenige Verfahren, das sowohl für die Mutter wie für das Kind die günstigsten Lebensaussichten geboten hätte, wäre die rechtzeitige Überführung der Frau ins Krankenhaus und Vornahme des Kaiserschnitts gewesen. Der Arzt wurde wegen Vergehens der fahrlässigen Körperverletzung zu 2 Monaten Gefängnis und zu den Kosten verurteilt, die eingelegte Berufung verworfen.

*Dittrich (Prag).*

**Gaifami, Paolo: La responsabilità medica nella rottura dell'utero in travaglio.** (Die ärztliche Verantwortung für die Ruptur des Uterus bei der Geburt.) (*Clin. Ostetr.-Ginecol., Univ., Bari.*) Clin. ostetr. **36**, 436—459 (1934).

Bei einer 41jährigen Mehrgebärenden zieht die Hebamme wegen Wehenschwäche nach Sprung der Fruchtblase den Arzt zu. Dieser veranlaßt die Überführung ins Krankenhaus. Am nächsten Tag wegen Verschlechterung des Allgemeinzustandes ohne Narkose vaginales Eingehen durch den Arzt. Anbohren der vorliegenden Kopfgeschwulst, Kraniotomie. Da Extraktion des Kopfes nicht gelingt, Herabholen eines Fußes und Extraktion. Unmittelbar danach Geburt der Placenta. Tod 22 Stunden nach dem Eingriff unter Zeichen akuter Peritonitis. Die Obduzenten finden eine quere Uterusruptur im unteren Segment mit ausgedehnter Blutung unter dem linken breiten Mutterband, nehmen eine Verblutung an und werfen dem Arzt vor, daß er durch fahrlässiges Verhalten Tod von Mutter und Kind verursacht und die Ruptur durch seine Behandlung erzeugt habe. Er hätte die Zange anwenden müssen und habe Kraniotomie und Extraktion ungeschickt vorgenommen. Gegen diese Schlüsse wenden sich als Geburtshelfer Pestalozza und der Verf. und kritisieren scharf das Gutachten der Obduzenten. Es erscheint ihnen wahrscheinlich, daß der Tod nicht an Anämie, sondern an akuter Peritonitis zustande gekommen, das Kind infolge der verzögerten Geburt abgestorben, die Ruptur spontan schon vor dem ärztlichen Eingriff entstanden sei. Die Ruptur war durch frühere Schädigungen des Uterus begünstigt. Selbst bei rechtzeitiger Laparotomie wäre eine Rettung der Mutter nicht sicher gewesen. Außerdem müßten die schlechten ländlichen Verhältnisse, unter denen der Arzt tätig war, berücksichtigt werden, der Vorwurf eines Kunstfehlers sei unberechtigt.

*G. Strassmann (Breslau).*

**Stevens, Harley: Cases of median nerve palsy produced by attempted intravenous injections of calcium chloride.** (Medianuslähmungen infolge von versuchter intravenöser Einspritzung von Calciumchlorid.) (*Roy. Chest Hosp., London.*) Brit. J. Childr. Dis. **31**, 117—123 (1934).

Das Wesentliche enthält der Titel. Es werden 3 Fälle mitgeteilt, bei welchen die Injektion in die Vena basilica mediana erfolgte. Die anatomischen Verhältnisse und der Modus

der Schädigung des Nerven werden erörtert und empfohlen, möglichst eine Injektion in diese Vene zu unterlassen.  
H. Pfister (Bad Sulza).

**Renner, Carl: Embolie ins Hirn nach Pneumo- und Oleothorax.** (*Path. Inst., Univ. Breslau.*) Beitr. Klin. Tbk. 85, 226—230 (1934).

Bei einer 19jährigen Tuberkulösen wurde ein Pneumothorax angelegt. Nach dem dritten Versuch kollabierte Patientin, wurde bewußtlos, zeigte eine Anämie der rechten Zungenhälfte, Gefäßzeichnungen auf rechter Brust- und Bauchhaut, Zuckungen im rechten Arm und Bein. Später auch links Reizerscheinungen, besonders Zuckungen im Facialis und der Hand. Exitus. Die Sektion ergab in kleinen Hirngefäßen Luftblasen, ebenso auch in denen der Aderhautgeflechte, außerdem eine Hirnpurpura im Mark. Foramen ovale offen. Mikroskopisch im Gehirn überall Blutaustritte aus kleinen Gefäßen, sonst keine deutlichen regressiven Veränderungen, auch keine Erweichungen. Nur in der Umgebung der Blutungen regressiv Ganglienzellen. Es handelte sich um eine Luftembolie nach Pneumothorax, wie sie schon öfter beobachtet ist. Die Diagnose kann lediglich auf Grund des Befundes von Luft in den Gefäßen nicht immer ausgeschlossen werden, da ein postmortales Erscheinen von Luft in den Gefäßen nicht immer auszuschließen ist. Im vorliegenden Falle sicherte neben der klinischen Beobachtung die Purpura die Diagnose. Es genügt offenbar beim Pneumothorax die Verletzung eines kleinen Gefäßes, wenn sich Luft in der Pleurahöhle befindet, zur Luftembolie. Brieger sah bei über 10000 Pneumothoraxfüllungen nur einmal eine Luft-, einmal eine Ölembolie bei einem Oleothorax (Fett mikroskopisch in den Hirngefäßen nachgewiesen), ebenfalls mit Hirnpurpura.

Weimann (Berlin).

**Schlachetzki, H.: Ein Todesfall nach hoher Lumbalanästhesie.** (*Chir. Abt., Allerheiligen-Hosp., Breslau.*) Zbl. Chir. 1934, 2274—2276.

Bericht über einen Todesfall nach hoher Lumbalanästhesie mit Perkain. 56jähriger Mann. Verdacht auf Ulcus duodeni. Injektion von 4 ccm 2prom. Perkainlösung (8 mg) aus Ampullenpackung. Injektion zwischen L. II und III. Schwere Kollaps mit Somnolenz, die über 3 Tage bestehen bleibt. Der Patient wird tief benommen, am 2. Tage nahezu völlige Harnsperrung. Trotz aller Maßnahmen trat am 3. Tage der Tod ein. Bei der Sektion fand sich ein Pylorusulcus und im untersten Teil des Rückenmarks eine Schwellung von schmierig-weicher Beschaffenheit, blaßgelbliches Aussehen, in der Umgebung die Gefäße stark mit Blut gefüllt, zum Teil oberflächliche Blutaustritte. Es scheint ein technischer Fehler vorgelegen zu haben. Über histologische Befunde wird nicht berichtet.

H. Schmidt (Remscheid).

**Gunther, A.: Postvaccinale Komplikationen des Zentralnervensystems.** (*Schwed. Ärztges., pädiatr. Sekt., Stockholm, Sitzg. v. 11. III. 1932.*) Hygiea (Stockh.) 96, 186 bis 188 (1934) [Schwedisch].

Bei 2 Knaben von 5 bzw. 6 Jahren wurden nach der Impfung gegen Pocken nervöse Störungen beobachtet. Im 1. Fall trat 10 Tage nach der Vaccination Kopfschmerz und Fieber auf, später Krämpfe. Einige Tage später Nackensteifigkeit und Benommenheit. Lumbalpunktion ergab keinen Anhalt für Meningitis, keine Tuberkulose. Geheilt nach einem Monat entlassen. Eine Woche später wieder ab und zu Fieber, dann positiver Pirquet und Hilusdrüsenanschwellung. Sanatoriumskur. Beim 2. Knaben trat etwa 11 Tage nach der im übrigen gewöhnlich verlaufenen Impfung Fieber auf, später Augenmuskelerstörung und Lähmungserscheinungen, starke Kopfschmerzen. Auch bei diesem Kranken ergab die genaue Untersuchung des Nervensystems keine Zeichen meningitischer Veränderungen. Geheilt entlassen. — Aussprache: Malmberg empfiehlt wegen häufiger Störungen im älteren Kindesalter Vornahme der Impfung in frühem Säuglingsalter. — Landau teilt ebenfalls 4 Fälle bei 7jährigen Kindern mit, von denen 3 starben. Die Obduktion ergab jeweils erhöhten Duraldruck, das Gehirn war schlaff und ödematös, teilweise fanden sich perivascularäre Infiltrate von mononucleären Zellen, teilweise Infiltrierungen des Gehirngewebes selbst, die stärker erschienen als bei Encephalitis lethargica.

H. Scholz (Königsberg i. Pr.).

**Rost, F.: Über die Einspritzung von Wundstarrkrampferum bei frischen Verletzungen.** (*Chir. Abt., Städt. Krankenanst., Mannheim.*) Med. Klin. 1934 II, 1157 bis 1158.

Es mehren sich die Stimmen derer, die eine wahllose vorbeugende Einspritzung von Tetanusserum für überflüssig halten. Verf. rät dem praktischen Arzte, trotz aller Einwände in der Regel bei jeder Verletzung prophylaktisch Tetanusantitoxin zu geben. Will man dies unterlassen, so darf dies nur aus ganz bestimmten Gründen geschehen, z. B. in Gegenden, in denen Tetanus nicht vorkommt. Von den Tieren ist der wichtigste Überträger des Tetanusbacillus das Pferd. Besonders gefährdet für Tetanus sind daher Verletzungen, die mit Erde, die viel mit Pferdedung durchsetzt war, beschmutzt sind. Gelappte Wunden oder tiefe Stichwunden, Stichwunden an der

Ferse bei Barfußgängern sind immer als Eintrittspforten für Tetanus verdächtig. Ausschneiden und Säubern einer Wunde bietet wohl einen weitgehenden, aber keinen absoluten Schutz. Schematismus ist bei der vorbeugenden Anwendung des Serums besser als zu viel Überlegung. Unterlassung einer vorbeugenden Injektion stellt nicht unbedingt einen Kunstfehler im Sinne der Haftpflicht dar, aber die Unterlassung muß ausreichend begründet werden. Die strenge Forderung aus der Kriegszeit, bei jeder frischen Verletzung die Schutzdosis von Tetanusserum zu geben, kann für die Friedensverhältnisse gelockert werden.

*Dittrich (Prag).*

**Zugsmith, George S.: Roentgen-ray burns, with report of nine cases from university hospital, Philadelphia, 1907 to 1933.** (Röntgen-Verbrennungen, mit Bericht über 9 Fälle von der Universitätsklinik Philadelphia, 1907—1933.) *Radiology* 23, 36—44 (1934).

Über die Ätiologie der Röntgenverbrennungen gibt Lossen 3 Gründe an: 1. Folge eines technischen Fehlers, 2. Folge von kumulierenden Effekten (endogene Ursachen), und 3. solche Verbrennungen, die aus einer Kombination anderer Umstände resultieren. Porten gruppiert seine Fälle genauer: 1. Schäden nach einer massiven Strahlendosis, 2. Fälle mit chronischen Krankheiten (Lungentbc., Lupus, Psoriasis, Ekzem) und mit Behandlung einer bösartigen Krankheit mit viel Bestrahlungen über längere Zeit. 3. Röntgenologen, viele von ihnen Physiker, die Röntgenstrahlen benutzten, bevor deren Gefahren bekannt waren. Bergonié spricht von den Verbrennungen als von einer indirekten oder physikalischen Anaphylaxie. Figi stellte fest, daß Personen mit roten Haaren, dünner und trockener Haut am empfindlichsten für Röntgenstrahlen sind. Desjardins und Smith prüften die Empfindlichkeit der Haut mit Jod, Quecksilber, Pyrogallussäure, Canthariden, Resorcin, Beta-Naphthol, Jodoform, Schwefel und Salicylsäure. Martin und Caldwell fanden andere Faktoren als von Einfluß auf die Strahlenempfindlichkeit: Menses, Schwangerschaft, Diabetes, Arteriosklerose, Gicht, Kachexie, Körperschwäche, Alter des Patienten, lokale Anämie, Trockenheit der Haut, Säuregrad des Schweißes. Del Buono sah, daß mit dem Abnehmen des Blutgehalts im Gewebe die Empfindlichkeit geringer wurde und daß eine Adrenalininjektion zur Verengung der Capillaren die Widerstandsfähigkeit gegen Strahlen festigte. Man unterscheidet 3 Grade von Verbrennungen: 1. Depilation und Pigmentation, 10—20 Tage nach der Bestrahlung auftretend. Wiederholte Verbrennungen 1. Grades führen zur chronischen Radiodermatitis, Atrophie der Haut, Teleangiektasien, Alopecie und Keratosen. Verbrennung 2. Grades: Nach 7—14 Tagen erscheint ein Erythem mit Exfoliation 1—3 Wochen später. Es kommt zu Bläschenbildung, bei Wiederholung zu subcutanem Ödem und muskulärer Induration. Verbrennung 3. Grades: Beruht meist auf einem Irrtum oder technischen Fehler. Die ersten Erscheinungen treten schon 2 oder 3 Tage nach einer extrem hohen Bestrahlung auf, und nach kurzen Stadien des Erythems und der Bläschenbildung gehen sie in Ulceration über. Manche Verbrennungen 3. Grades heilen, um immer wieder aufzubrechen, andere heilen überhaupt nie ab. Abgeheilte Partien sind haarlos und atrophisch, faltig oder glatt, mit braunblauer Pigmentation. Das subcutane Fett ist gänzlich zerstört, die Muskulatur ist infiltriert, oft besteht Nekrose der darunter liegenden Knochen. Im folgenden behandelt Verf. die Mikropathologie der verbrannten Haut und die Symptomatologie der 3 Verbrennungsgrade. Therapie: Manche Autoren benutzen Sonnen- oder Ultraviolettlicht, die Mehrzahl hat jedoch gefunden, daß diese Behandlung wenig oder gar keinen Wert hat. Bei schweren Verbrennungen wurden Schüttelmixturen und Salbe meist ohne Erfolg angewandt. Besserung sah man nach Anwendung von Dodds Lösung: Phenol 1,85, Zinc. oxyd. 15,5, Glycerin 4,0, Kalkwasser ad 250,0. Einschmieren mit Baumwolle und trocknen lassen. Bei Verbrennungen 1. Grades ist das Aufspritzen folgender Mischung zweckmäßig: Perubalsam 4,0, Ol. Ricini 2,0, Terpentin 2,0, Alkohol ad 100,0. Porten und White sind der Ansicht, daß Ulcerationen, die 3 Monate nach ordnungsgemäßer Behandlung noch offen sind, excidiert werden sollten. Die Excision muß weit im Gesunden vorgenommen werden, da die mikroskopischen Veränderungen weiter gehen als die makroskopischen. Keratosen sollten durch Elektrokoagulation entfernt werden. Transplantationen nach Reverdin oder Thiersch werden mitunter nötig sein. Prophylaxe: Immer an die Gefahr denken, Filter nicht vergessen, Apparate häufig messen, genaue Einstellung der MA-Meter! Es folgt der Bericht über die 9 im Institut beobachteten Fälle: 1. Verbrennung an der Hand. Therapie: Amputation. Resultat gut. 2. Bestrahlt wegen Hodgkin. Verbrennungen am Hals und Genick. Excision der Ulcera. Reverdin. Resultat gut. 3. Verbrennung am Rücken nach Durchleuchtung. Excision eines Ulcus. Resultat: gebessert. 4. Wegen Menorrhagien bestrahlt. Ulcus am Rücken. Excision. Resultat: gebessert. 5. Bestrahlt wegen Ekzem an der linken Popliteagegend. Excision und Reverdin. Erfolg gering. 6. Verbrennung an der Hand nach Röntgenaufnahme. Amputation von 3 Fingern. Erfolg gut. 7. Ulcus am Abdomen. Excision und Thierschsche Transplantation. Resultat: gebessert. 8. Bestrahlt wegen Psoriasis. Ulcus an der Brust. Excision und Thierschsche Transplantation. Resultat: Carcinomatös entartet. 9. Ähnlich wie Fall 6. Resultat: gebessert.

*W. Hug (Mannheim).*

**Elliott, Arthur R., and Edward L. Jenkinson:** Ulcerations of the stomach and small intestine following Roentgen therapy. Report of a fatal case, with perforation. (Ulcerationen am Magen und Dünndarm infolge Röntgenbestrahlung. Bericht über einen verhängnisvollen Fall mit Perforation.) (*Dep. of Med. a. Radiol., St. Luke's Hosp., Chicago.*) *Radiology* **23**, 149—156 (1934).

Ein Kranker mit Lymphogranulomatose erhielt Bestrahlungen des Bauches abwechselnd von vorn und hinten mit je 320 r. Im ganzen wurden innerhalb von 9 Monaten 2180 r gegeben. Etwa 3 Monate nach der letzten Bestrahlung traten peritonitische Erscheinungen auf. Es fand sich eine gedeckte Perforation des Magens. Daneben zeigten sich am Magen eine Reihe kleinere Geschwüre. Auch am Dünndarm wurden eine Reihe von Geschwüren angetroffen. Die Autoren nehmen hier aus verschiedenen Gründen eine Röntgenschädigung an. 1. Es fehlten am Magen lymphogranulomatöse histologische Veränderungen. 2. Die Lage des Magengeschwürs und die große Zahl der kleinen Geschwüre. 3. Die Art der Geschwürsbildung. 4. Das Ödem und die hyalinen Veränderungen in der Submucosa und das Fehlen von Zellsudaten. 5. Die perivascularären bindegewebigen Veränderungen. *C. Kruchen (Köln).*

**Philipp:** Zwei Fälle von Radiumschädigung der Blase. (*Ges. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Berlin, Sitzg. v. 16. II. 1934.*) *Z. Geburtsh.* **108**, 424—425 (1934).

Verf. berichtet über 2 Frauen mit Radiumschädigungen der Blase, bei denen es sich im 1. Falle um ein Früh-, im 2. Falle um ein Spätstadium handelt. 1. Fall: 44jährige Frau. Ca. colli III. April 1933 2464 mg/Std. Ra.El.; Juli 1933 3514 mg/Std. Anschließend Röntgenkonzentrationsdosis. Die Radiumröhrchen waren mit 2 mm-Messing gefiltert und mit Bleiplatten nach Blase und Mastdarm hin abgedeckt. Anfang Februar 1934 Brennen und Schneiden beim Wasserlassen. Im Urin Erythrocyten; kein Eiweiß; keine Bakterien. Cystoskopisch hinter rechtem Ureterostium 1-Markstück-großes Ulcus mit dickem Fibrinbelag. Kein carcinomatöser Prozeß. 2. Fall: 50jährige Frau. Ca. colli III. Juli 1930 3792 mg/Std. Ra.El.; September 1930 1822 mg/Std. Cystoskopisch genau gleicher Befund, nur geringer als beim 1. Fall: weiße Narbe, umgeben von großen Venektasien und hochroten, fast papillären Schleimhauterhebungen. In beiden Fällen Spülungen. *Happel (Hamburg).*

**Findley, Palmer:** Complications resulting from pelvic irradiation for cancer of the cervix. (Komplikationen bei der Strahlenbehandlung [Radium] des Cervixcarcinoms.) *Amer. J. Obstetr.* **27**, 358—365 (1934).

(Vortrag, gehalten auf der 46. Jahrestagung der Amerikanischen Vereinigung der Geburtshelfer, Gynäkologen und Chirurgen, Luzern, 11. bis 13. IX. 1933.) Die guten Erfolge der Radiumtherapie beim Collumcarcinom haben einen Übelstand mit sich gebracht, nämlich den, daß jetzt auch von Ärzten, die über keinerlei Sachkenntnisse auf dem Gebiet der Strahlentherapie verfügen, diese gefährvolle Behandlung ausgeübt wird. Radium ist eine gefährliche Waffe in den Händen von Neulingen und Ungeübten; es kann Wunder wirken, aber auch ebensoviel Leid! (Gesperrt vom Ref.) Um die unbedingt erforderliche Massivdosis verabfolgen zu können, muß man nicht nur das gesamte Krebsproblem überblicken, sondern auch das vielseitige Gebiet der Physik des Radiums beherrschen. Die Behandlungsmethoden sind vielseitig und machen daher den Vergleich der Resultate schwierig, so daß der behandelnde, nicht erfahrene Arzt keine Kontrolle über seine Handlungen hat. Der Radiologe aber, der die verschiedene Technik beherrscht, fürchtet die Komplikationen und die Möglichkeit gesetzlicher Folgen. Diese Furcht führt stellenweise zur Unterdosierung in der Radiumtherapie, und zwar sehr zum Schaden der Kranken. Die richtige Auswahl der Radiumfälle ist ebenso wichtig wie das Beherrschen der Technik. Die Radiumtherapie ist noch nicht aus dem Versuchsstadium heraus, besonders nicht die Frage der Dosierung. Die Dosis wird nicht nach der zellzerstörenden Wirkung festgesetzt, sondern rein physikalisch bestimmt. Dabei steht allgemein fest, daß z. B. bei langsam wachsenden Tumoren bessere Resultate erzielt werden mit kleinen Mengen

auf längere Zeit verteilt, als mit größeren Mengen, kürzere Zeit verabfolgt. — Verf. schildert die verschiedenen Komplikationen und ihr prozentuales Vorkommen nach Literaturangabe. Primäre Todesfälle hat Verf. selbst nicht beobachtet (keine Zahlenangabe seines Behandlungsmaterials; Ref.), wohl aber schwere Komplikationen. Pyometra ist eine nicht sehr seltene Folgeerscheinung nach Radium, der Prozentsatz schwankt zwischen 1—10%, was nicht verwunderlich ist bei der verschiedenen klinischen Einstellung zur Diagnose Pyometra. Die Blasenkrankungen, die im Anschluß an Radium auftreten, werden meistens überschätzt. Das gewöhnliche Ödem und leichte Schleimhautveränderungen bestehen häufig schon vor der Bestrahlung oder sind nur vorübergehende, 2—4 Wochen nach der Radiumeinlage auftretende Erscheinungen; dagegen sind 1 oder mehrere Jahre nach der Behandlung entstehende Störungen, wie Induration der Blasenwand, multiple Ulcerationen und Nekrosen der Schleimhaut sehr zu beachten. Einer Fistelentstehung geht meistens ein Einbruch des Carcinoms voraus. Verf. hat erstaunlicher- und ungewöhnlicherweise spontanen Schluß von Vesico-Vaginal-Fisteln nach Radiumüberdosierung beobachtet. In der Literatur häufig aufgeführte, post-radiologische Pyelitiden mit Hydroureter durch Kompressionen durch parametranne Infiltrate glaubt Verf. in der Mehrzahl so zu klären, daß schon vor der Behandlung eine, vielleicht nur latente, Infektion der abführenden Harnwege bestanden und somit eine Kontraindikation zur Radiumeinlegung vorgelegen hatte (nicht in allen Fällen richtig, es gibt sichere Fälle von akuter, postradiologischer Harnstauung durch entzündliche Infiltrate der Parametrien, die bei Beiderseitigkeit zur Urämie und zum Tod führen kann; vgl. Arbeit des Ref. Strahlenther. 50, 428). Diarrhöen und Tenesmen sind Folgeerscheinungen nach Radium, die für kurze Zeit in Kauf genommen werden müssen; Ulcerationen, Fisteln und Strikturen des Rectums sind fast immer Folgen von Überdosierung oder schlechter Distanzierung des Darmes vom Radiumpräparat; sie entstehen häufiger bei kombinierten Bestrahlungen mit Radium und Röntgen. Fisteln gab es auch schon vor der Radiumzeit, vielleicht noch mehr als jetzt. — Verf. geht noch kurz auf die Frage der Schädigung von Ei und Frucht nach Radium ein. Fest steht, daß, je jünger die Frucht ist, desto größer die Gefahr der Schädigung, bevorzugt zerstört ist das Zentralnervensystem (Hydrocephalus, Mikrocephalus, Idiotie u. ä.). Im allgemeinen wird verlangt, daß eine Gravidität im 1. bis 2. Drittel nach einer Radiumbestrahlung unterbrochen werden muß. Verf. geht noch weiter, er fordert vor der Radiumeinlage bei Frauen im gebärfähigen Alter eine Curettage. Befindet sich das Carcinom im Anfangsstadium, so steht das Leben der Mutter im Vordergrund, Radikaloperation; bei fortgeschrittenen Fällen dagegen das des Kindes, Radium; Methode der Wahl.

Aussprache: Brooke Bland-Philadelphia. In Europa ist die primäre Mortalität höher als in Amerika, in Frankreich etwa 4%; eine große Sammelstatistik ergibt 2,5%. Sadlier, Poughkeepsie, verteidigt die These, daß nur der mit Ra. arbeiten soll und darf, der es gelernt hat und nicht der allgemeine Praktiker oder Gynäkologe, der nur gelegentlich dazu kommt. Dannreuther-New York weist auf die wichtigen, histopathologischen Veränderungen des Gewebes nach Ra. hin und schildert sie, wie sie schon von Eving 1917 veröffentlicht wurden. Man darf nicht die latente Salpingitis übersehen, die durch die Ra.-Einlage wieder aufflackert und zur Peritonitis führen kann; Beschreibung solcher eigenen Beobachtungen mit letalem Ausgang. Seltene Darmkomplikationen sind Obstruktionen und Nekrosen mit folgenden Adhäsionen. William Scott-Toronto. 8 Jahre Ra.-Behandlung, jährlich etwa 40—50 Cervixcarcinome, keine primäre Mortalität. Leighton-Portland, verantwortlich für die große Zahl der Komplikationen ist die unrichtige Filterung. Das beste Filter ist immer noch das Platin, das 3—4mal dichter ist als das gewöhnlich verwandte Messing. Schmitz-Chicago, Komplikationen von seiten des Harnsystems sind die häufigsten beim Genitalcarcinom, ob behandelt oder unbehandelt. Schm. fordert eine sehr weitgehende Kontraindikation in der Ra.-Ther. bei krankhaften Erscheinungen am Harntractus, es spricht Blasenödem oder Infiltration des Vesico-Vaginal-Septum gegen Einlagen von Ra. Bei Ausschluß aller dieser Fälle läßt sich die Komplikationszahl auf diesem Gebiet bedeutend vermindern. King-Buffalo, viele Komplikationen lassen sich verhindern, wenn man sehr fortgeschrittene Fälle unbehandelt läßt, aber es ist andererseits auch wieder ungeheuer schwer, mit geschlossenen Händen daneben zu stehen, besonders wenn man weiß, daß man auch in diesen Stadien

Erfolge erzielen kann. K. führt 2 Fälle von durch Ra. geheilter Blasen- bzw. Uretherfisteln an. Man muß 2 Gruppen unterscheiden: die eine wird von vornherein nur palliativ, die andere auf mögliche Heilung hin behandelt.

Heinz Kirchhoff (Kiel).<sup>o</sup>

**Wellisch, Erich:** Über die mißbräuchliche und fehlerhafte Anwendung von Bestrahlungslampen. *Ärztl. Prax. (Sonderbeil. z. Mitt. Volksgesdh.amt, Wien Nr 4) Nr 4, 104—107 (1934).*

Verf. würdigt die einzelnen Gruppen von Bestrahlungsapparaten (Finsenlicht, Höhen- sonnen, Heizsonnen usw.) nach ihrer therapeutischen Zweckmäßigkeit. Von gerichtlich- medizinischem Interesse ist die Mitteilung von Todesfällen durch unzuweckmäßige Bestrahlung mit ultraviolettem Lichte aus dem Schrifttum. Die Bestrahlung wirkt auf den gesamten Organismus etwa analog einer Tuberkulinkur. Es kann also durch zu lange durchgeführte Bestrahlung unter Umständen ein tuberkulöser Prozeß aktiviert werden. So hat nach dem Bericht des Verf. Weidinger (vgl. diese Z. 3, 202) über einen Todesfall nach Quarz- lichtbestrahlung eines tuberkulösen Mädchens berichtet, das an einer offenbar lichtbedingten Hämoptoe zugrunde gegangen ist. Eine Reihe weiterer Todesfälle bei tuberkulösen Erwach- senen, bei einem tuberkulösen, rachitischen Kinde und bei einem Kinde mit tuberkulöser Peritonitis in Typhusrekonvaleszenz haben nach Verf. französische Autoren mitgeteilt. Verf. erwähnt weiterhin eine Fall von Liquint (*Med. Welt 1932, Nr 35, 36*), bei dem ein 13jähriges Mädchen wegen Unterernährung und Körperschwäche in einer Kinderheilstätte 3mal je 3, 6 und 9 Minuten im Abstand von 1 m mit der Hanauer Quarzlampe bestrahlt wurde. Nach der 3. Bestrahlung Kopfschmerzen, Übelkeit, Fieber, Exanthem am ganzen Körper (Rot- färbung, Blasenbildung, Loslösung der Epidermis). Tod nach wenigen Tagen unter toxischen Erscheinungen. Die geschützten Hautstellen waren frei von Exanthenen geblieben.

B. Mueller (Göttingen).

**Laqueur, A.:** Über Gefahren und Schädigungen durch Diathermiebehandlung. (*Abt. f. Physikal. Therapie, Rudolf Virchow-Kranken-., Berlin.*) *Fortschr. Ther. 9, 726 bis 731 (1933).*

Hauptgefahr der Diathermiebehandlung ist die Verbrennung durch Überdosierung oder sonstige technische Fehler, Verrutschen der Elektroden, alten Apparatebau mit undichten Kabeln usw. Überdosierung spielt, da sich die Dosierung der Diathermie grundsätzlich nach dem subjektiven Gefühl des Patienten richtet, natürlich bei mit Sensibilitätsstörungen einhergehenden Erkrankungen (z. B. Neuralgien, Poliomyelitis usw.) eine Rolle; man schützt sich durch Eintauchen der zu behandelnden Extremität in ein Wasserbad, das mit einer Elektrode in Verbindung steht, wobei die Aufsichts- person immer bequem die Extremitätenerhitzung durch Betasten prüfen kann. Ferner Vorsicht bei Narben (z. B. Laparotomienarben), bei starken Knochenvorsprüngen, bei reichlichem Fettgewebe! Kontraindikationen sind akute infektiöse Prozesse aller Art, Neigung zu Blutungen, nicht abgeklungene Entzündungen der Adnexe und Para- metrien; weiter ist die Diathermie der Herzgegend bei Schädigung des Herzmuskels zu vermeiden, sowie wegen Störung der Blutverteilung die Diathermie der Unterleibs- organe bei bestehenden Kreislaufstörungen, besonders aber Mitralfehlern bei Frauen.

Gleichmann (Berlin).<sup>oo</sup>

**Vogt, Alfred:** Die Gefahren der Nadeldiathermie. (*Univ.-Augenklin., Zürich.*) *Z. Augenheilk. 83, 321—322 (1934).*

Vogt weist darauf hin, daß bei der Diathermie mit Nadeln die Wirkung dort am größten ist, wo die Nadel aus der Luft ins Gewebe eintritt, so daß also die Spitze der Nadel im Glaskörper etwa nur geringe Wirkung ausübt. Dadurch kann die ab- stehende Netzhaut nutzlos und ohne Koagulation durchlöchert werden, was die Gef- fahr neuer Lochbildungen ergibt. An der Nadel entstehen Gasblasen, durch deren Glanz die Eintrittsstelle erkannt werden kann. Dieses Gas ist weder Luft- noch Wasser- dampf, eine Untersuchung ergab 56,2% Wasserstoff, 32% Stickstoff, 10% Sauerstoff, 1,6% Kohlensäure (bei physiologischer Kochsalzlösung). *Kümmell (Hamburg).*<sup>o</sup>

**Nonnenbruch, W.:** Gefahren und Schädigungen durch diuretische Maßnahmen. *Fortschr. Ther. 9, 722—726 (1933).*

Die Gefahren sind auch bei Anwendung der energischen Quecksilberpräparate im allgemeinen gering; doch sind mancherlei Störungen möglich. Bei Salyrgan kann es zu angiospastischen Schmerzen kommen sowohl an den peripheren Gefäßen als auch

zentral zu Spasmen, die zumeist restlos zu verschwinden pflegen. Bei zu brüsker Entwässerung zumal der Herzkranken können Erregungszustände unter Umständen schwere akute psychotische Zustandsbilder auftreten. Durch die Verarmung an Salzen kann es zu tetanischen Zeichen kommen. Temperaturanstiege nach Salyrgran pflegen nach 2—12 Stunden wieder abzuklingen. Als Kontraindikation gegen Quecksilberdiuretica ist nur die akute Hämorrhagie der Niere anzusehen. Thrombosen bilden keine Gegenindikation, können unter Umständen sogar durch eine diuretische Behandlung gebessert werden.

Marx (Berlin).<sup>oo</sup>

**Bergh, Ebbe: Über Karbolschäden des Hörorgans.** Sv. Läkartidn. 1934, 777—780 [Schwedisch].

Im Anschluß an einen Fall, bei dem statt Carbolglycerin Acid. carbolic. liquefactum als Ohrtropfen verwendet wurde, betont Verf., daß auch Carbolglycerin in stärkerer Konzentration nicht immer ungefährlich ist und deshalb besser vermieden werden sollte.

Einar Sjövall (Lund, Schweden).

**Silver, Solomon: A new danger in dinitrophenol therapy. Agranulocytosis with fatal outcome.** (Eine neue Gefahr bei der Dinitrophenoltherapie. Agranulocytose mit tödlichem Ausgang.) (*Med. Serv., Mount Sinai Hosp., New York.*) J. amer. med. Assoc. 103, 1058 (1934).

Verf. beschreibt einen Fall von tödlich verlaufener Agranulocytose nach der Verwendung von  $\alpha$ -Dinitrophenolnatrium als Abmagerungsmittel.

Kärber (Berlin).

**Atophan (cinchophen) poisoning.** (Atophan- [Cinchophen-]Vergiftung.) Lancet 1934 II, 782—783.

Bericht über die amtliche Untersuchung eines Falles, bei dem etwa 4 Wochen nach der Beendigung der ärztlicherseits verordneten Verwendung von Atophan (Phenylchinolincarbonsäure) bei Ischias Gelbsucht auftrat, die nach 4—5 Monaten unter dem Bilde der akuten Leberatrophy zum Tode führte. Der Zusammenhang zwischen Atophanaufnahme und akuter gelber Leberatrophy wurde auf Grund des Sektionsbefundes und der Ausführungen des pharmakologischen Sachverständigen bejaht.

Kärber (Berlin).

**Bloch, Leon, and David H. Rosenberg: Cinchophen poisoning. A report of seven cases with special reference to a rare instance, complicated by multiple gastric ulcers.** (Cinchophenvergiftung. Bericht über 7 Fälle, darunter ein seltener Fall von Komplikationen durch multiple Magenulcera.) (*Dep. of Med. a. Path., Michael Reese Hosp., Chicago.*) (37. ann. meet. of the Americ. Gastro-Enterol. Assoc., Atlantic City, 30. IV. to I. V. 1934.) Amer. J. digest. Dis. a. Nutrit. 1, 433—437 (1934).

Verf. berichten über 7 selbstbeobachtete Fälle von Leberschädigung nach therapeutischer Verwendung von Cinchophen (Phenylchinolincarbonsäure) und dessen Abkömmlingen. 3 in Heilung ausgehende Fälle verliefen unter dem Bilde eines „katarrhalischen Ikterus“, 4 Fälle (darunter ein Fall ohne Gelbsucht, aber mit multiplen Magenulcera nach Monojodcinchophen) verliefen tödlich unter dem Bilde der „toxischen Lebercirrhose“ bzw. „subakuten Lebernekrose“. Der Wirkungsmechanismus der verhältnismäßig seltenen Leberschädigung nach Phenylchinolincarbonsäure ist nicht bekannt. U. a. wird an eine allergische Reaktion gedacht. Besonders empfänglich sollen sein Menschen um das 40. Lebensjahr, insbesondere Frauen, ferner Menschen mit Überempfindlichkeit gegenüber Eiweiß und Salicylaten, chronischen Infektionen, Erkrankungen der Gallengänge, chronischem Alkoholismus, chronischen Nephritiden, Syphilis, Zuständen, die mit einer Glykogenverarmung der Leber einhergehen, ferner Frauen während der Schwangerschaft. Die Leberschädigung ist weitgehend unabhängig von der verabfolgten Gabe und der Darreichungsform und kann bereits nach 24 Stunden, in anderen Fällen aber erst nach 4—5 Monaten auftreten. Magenulcera sind auch im Tierversuch (Hund) nach Verabfolgung von Phenylchinolincarbonsäure wiederholt beobachtet worden.

Kärber (Berlin).

**Holst, J. E.: Chronische Phenazetinvergiftung.** (*St. Elisabeths Hosp., Holbaek.*) Ugeskr. Laeg. 1934, 845—847 [Dänisch].

Kasuistische Mitteilung. 67jährige Frau, die 30 Jahre lang täglich wenigstens 1,5 g Phenacetin wegen Kopfschmerzen eingenommen hatte. Unter dem Bilde einer chronischen

Vergiftung (Anämie, Kachexie, Nasenblutungen, Hautblutungen nach unbedeutenden Traumen) kam sie schließlich unter ärztliche Beobachtung; erst zu spät wurde ihr Gebrauch von Phenacetin bekannt. Fortschreitende Verschlimmerung und Tod. Keine Sektion.

*Einar Sjövall* (Lund, Schweden).

**Plum, Preben: Experimentelle und klinische Untersuchungen über das Amidopyrin als Ursache von Agranulocytose. Sechs neue tödlich verlaufende Fälle.** (*Blegdamshosp., København.*) Ugeskr. Laeg. 1934, 916—923 [Dänisch].

In Dänemark sind im Laufe des letzten Jahres nicht weniger als 41 Fälle von Agranulocytose im Zusammenhang mit Amidopyrinmedikation veröffentlicht worden (Verf. hiervon 6); 37 dieser Fälle verliefen tödlich. Auf Wunsch des Patienten wurde in einem von Knudsen geschilderten (51141), glücklich verlaufenen Fall ein Versuch mit einer kleinen Dosis Amidopyrin (0,20 g als Pulver per os) gemacht, worauf eine fortlaufende Blutuntersuchung vorgenommen wurde. Diese hatte folgendes Ergebnis: Die Totalanzahl an Leukocyten fiel in  $\frac{1}{2}$  Stunde von 9000 auf 1900, stieg dann in 3 Stunden auf 11500, um nach 24 Stunden auf ungefähr 2000 zu sinken. Die entsprechenden Zahlen für die Granulocyten waren 5700, 1450, 11350, 1150. Erst nach 12 Tagen begann diese Zahl wieder zu steigen, und am 14. Tage war der Ausgangswert erreicht; während des Steigens starke Linksverschiebung. Die Zahl der nicht granulierten weißen Blutkörperchen fiel ursprünglich noch stärker (von 3350 auf 150), stieg aber schon nach 24 Stunden wieder und dann in gleichmäßigem Takte. Am 10. Tage war das Maximum der Steigerung erreicht (7700 = mehr als das Doppelte des Ausgangswertes), weshalb zu diesem Zeitpunkt ein Blutbild wie bei einer Monocytenangina vorlag (die einkernigen = 74%). Verf. hebt hervor, daß der weitaus überwiegende Teil der Fälle mit Agranulocytose auf Amidopyrin zurückzuführen sei, während Stoffe wie Benzol, Salvarsan, Gold und Wismut nur vereinzelt als ursächliches Moment vorkommen. Bei der ausgedehnten Anwendung des Amidopyrins läßt sich andererseits der Schluß ziehen, daß die Überempfindlichkeit für diesen Stoff nur bei vereinzelt Individuen vorhanden ist. Um Todesfälle zu vermeiden, sollte dieser Stoff bei Erwachsenen (im Alter unter 20 Jahren sind keine Todesfälle beobachtet worden) nicht verordnet und der Verkauf desselben im freien Handel verboten werden. *E. Sjövall.*

**Knudsen, Ole: Ein geheilter Fall von Agranulocytose nach einer sehr kleinen Dosis von Amidopyrin.** (*Öresundshosp., Helsingør.*) Ugeskr. Laeg. 1934, 923 [Dänisch].

Der Fall ist dadurch von Interesse, daß der Einfluß des Amidopyrins hier auch experimentell erwiesen worden ist (vgl. vorstehendes Referat). Es handelt sich um einen 51jährigen Mann, der auf ärztliche Verordnung hin wegen rheumatischer Schmerzen eine Woche lang abendlich eine Tablette Diallylpyrin (= 0,20 g Amidopyrin) einnahm. Nach dem Einnehmen stellte sich jedesmal Unwohlsein ein, es trat eine zunehmende Müdigkeit auf und nach 3—4 Tagen bekam Patient Halsschmerzen und Beschwerden beim Schlucken sowie hohes Fieber. Er wurde mit der Diagnose Angina septica mit Hämaturie und Stomatitis ins Krankenhaus geschickt. Hier konstatierte man einen totalen Mangel an granulierten Leukocyten im Blut; Erythrocyten, Thromboeyten und Lymphocyten normal. Behandlung mit Detoxin, später auch Hepsol. Schnelles Wiederauftreten der polynucleären Leukocyten, bei zeitweiligem Auftreten zahlreicher Stabkerniger. *Einar Sjövall* (Lund).

**Jackson jr., Henry: The relation of amidopyrin and allied drugs to the etiology of agranulocytic angina.** (Die Beziehung des Amidopyrins und verwandter Stoffe zu der Ätiologie der Angina angranulocytotica.) (*Thorndike Mem. Laborat., II. a. IV. Med. Serv. [Harvard], Path. Laborat., Boston City Hosp. a. Collis P. Huntington Mem. Hosp., Harvard Univ., Boston.*) Amer. J. med. Sci. 188, 482—486 (1934).

Verf. hat 27 selbstbeobachtete Fälle von Angina agranulocytotica (darunter 10 Todesfälle) in der in der Überschrift angegebenen Richtung kritisch zusammengestellt. In 26% der Fälle wird ein Zusammenhang zwischen Erkrankung und therapeutischer Verwendung von Amidopyrin (Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon, Pyramidon) und verwandter Stoffe als möglich, vielleicht sogar als wahrscheinlich bezeichnet. In 30% der Fälle wird ein Zusammenhang, trotz Aufnahme derartiger Stoffe; abgelehnt. In 44% der Fälle war Amidopyrin usw. nicht genommen worden. *Kärber* (Berlin).

**Holten, C., Holger E. Nielsen und K. Transbøl: Noch ein tödlich verlaufender Fall von Agranulocytose nach Amidopyrin (Cibalgin).** (*Med. Afd., Amtssygeh., Aalborg.*) Ugeskr. Laeg. 1934, 1162 [Dänisch].

Neue kasuistische Mitteilung, 45jährige Frau. Nach 2 Wochen Einnehmen von Cibalgin-tabletten (insgesamt 15 Stck.) akut erkrankt; ein paar Tage später Rachennekrosen und extreme Leukopenie mit totalem Granulocytenmangel; starb nach 3—4 Tagen Krankheit. Es ist noch unbekannt, worin die Disposition gewisser Menschen für Agranulocytose bei Einnehmen von Amidopyrin besteht. *Einar Sjövall* (Lund, Schweden).

**Loewy, F. E.:** Thrombopenie haemorrhagie purpura, due to idiosyncrasy towards the hypnotic sedormid. Allergotoxic effect. (Thrombopenische hämorrhagische Purpura infolge Idiosynkrasie gegen das Schlafmittel Sedormid. Allergotoxische Wirkung.) Lancet 1934 I, 845—846.

Bei einem 61jährigen Manne entwickelte sich eine schwere Purpura haemorrhagica mit Anämie im Anschluß an anhaltenden Gebrauch von Sedormid (Allylisopropylacethylharnstoff). Es zeigte sich, daß versuchsweise gereichte Einzeldosen von Sedormid imstande waren, Rückfälle der Purpura und des Plättchenschwundes herbeizuführen. Im 2. Falle einer 60jährigen Frau entwickelte sich ein ähnlicher Symptomenkomplex ohne nennenswerte Anämie nach Gebrauch von Sedormid, um nach Auslassen des Mittels rasch zu verschwinden. Der 3. Fall betrifft eine 51jährige Frau, bei der Zahnfleischbluten, Hautpurpura und Thrombopenie bestanden, ebenfalls nach wiederholtem Einnehmen von Sedormid. Auch hier Heilung nach Aussetzen des Mittels. Purpura haemorrhagica kann durch gewöhnliche Sedormiddosen bei besonders empfindlichen Personen hervorgerufen werden, die Monate vorher das Mittel gut vertragen hatten.

Werner Schultz (Charlottenburg-Westend).°

**Navarro, Juan Carlos, und Carlos A. Huergo:** Über Salicylvergiftungen. Arch. argent. Pediatr. 5, 361—373 (1934) [Spanisch].

Bei der Behandlung von Kindern mit salicylsaurem Natrium (0,5 g pro Lebensjahr) per os, per rectum oder intravenös wurden neben leichten, gelegentlichen Störungen, die sich durch Zusatz von Natriumbicarbonat oder durch größere Fraktionierung der Dosis u. a. beheben ließen, auch einige Fälle von regelrechter Salicylvergiftung gesehen. Aceton und Acidum diaceticum waren dann im Urin immer nachzuweisen. In einem Falle bestand Anurie, wahrscheinlich infolge renalen Ödems. In einem anderen Falle fand sich Ödem der lockeren Gewebe, im Urin waren hyaline Zylinder, keine Hämaturie, keine Hypertension. Hautveränderungen traten auf in Form von Urticaria, erythematösen Plaques, morbilliformen oder scarlatiniformen Exanthenen. Als Erscheinungen von seiten des Nervensystems wurden beobachtet: Erbrechen vom cerebralen Typus, Schwindel, Hörstörungen, Taubheit, Ohrensausen, Sehstörungen, tetaniforme Krämpfe, delirante Zustände, in schweren Fällen thermische und Atemstörungen, auch Kollaps und Tod. In allen ihren Fällen konnten Verf. ein der Toxikose des Säuglings sehr ähnliches klinisches Bild beobachten: Facies toxica, Dyspnoe mit sehr tiefen respiratorischen Bewegungen, Acetongeruch in der Atemluft, Somnolenz. Neuhaus.

**Mikulowski, Wl.:** Seltener Fall akuter Salicylvergiftung bei einem Kinde. Polska Gaz. lek. 1934, 693—694 [Polnisch].

Ein 11jähriger Knabe bekam durch 11 Tage täglich 3 g Natrium salicylicum. Am 11. Tag trat bei dem Kinde plötzlich Bewußtlosigkeit, abwechselnd manische Erregung mit soporösem Zustand, Anisokorie, Bradykardie, Hypotonie, Atembeschwerden, endlich Erbrechen und unfreiwilliger Harnabgang auf. Nach Absetzung des Salicyls und nach reichlicher Darreichung von Natrium bicarbonicum verschwanden binnen 12 Stunden alle erwähnten Vergiftungssymptome.

L. Wachholz (Kraków).

**Jong, H. H. A. de:** Agranulocytose und Leukopenie nach Behandlung mit Neosalvarsan und Wismut. (Ajd. v. Huid- en Geslachtsziekten, Milit. Hosp., Malang.) Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1934, 4953—4957 u. dtsh. Zusammenfassung 4957 [Holländisch].

Bei der einen Patientin kam es im Verlaufe einer Neosalvarsan-Wismutkur zu einer Agranulocytose mit Anämie und einer leichten hämorrhagischen Diathese. Bei einer anderen Patientin führte die gleiche Kur zu Ikterus, Exanthem, Cylindrurie und Leukopenie. Nachdem diese Intoxikationserscheinungen geschwunden waren, trat nach zweimaligen Quinby-Einspritzungen abermals Leukopenie auf.

Ganter (Wormditt i. Ostpr.).

**Brouwer, P., und F. Klein:** Agranulocytose nach Behandlung mit Neosalvarsan und Bismuth. (Wilhelmina-Ziekenh., Assen.) Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1934, 2757 bis 2761 [Holländisch].

Fall von Agranulocytose mit tödlichem Ablauf nach Behandlung mit Neosalvarsan und Bismut entstanden. Die Verf. sind der Meinung, daß während einer Neosalvarsan-Bismutbehandlung eine Kontrolle der Leukocytenzahl notwendig ist. Sie weisen auf die fließenden Übergänge hin, die zwischen den klinischen Bildern bei Purpura haemorrhagica, Agranulocytose und Aleukie bestehen.

M. Ruiter (Deventer, Holland).

**Niles, Henry D.:** Hemorrhagie purpura following bismarsen. (Purpura haemorrhagica als Folge von Bismarsen.) Amer. J. Syph. a. Neur. 18, 300—305 (1934).

Bismarsen ist eine synthetische Zusammensetzung von 12—15% Arsenik und 23—25%

Wismut. Hauptvorteile: Intramuskuläre Anwendungsmöglichkeit und seltene Allgemeinreaktionen (nach 0,5% der Injektionen und bei 11% der Patienten). — Stokes, Miller und Beerman berichteten zuerst über Purpura haemorrhagica nach 33 Bismarsen-Injektionen, Schoch über Kollaps nach 17 Bismarsen-Injektionen, vielleicht im Anschluß an Einstich in eine Vene. Beckmann gibt an, daß 17460 Injektionen nur 1 Fall von Purpura haemorrhagica folgte. Verf. berichtet dann über einen eigenen Fall: 44-jährige Patientin leidet an stark seropositiver Lues trotz Vorbehandlung mit 27 Injektionen Neosalvarsan, 16 Silbersalv., 82 Wismut und 4 Quecksilber in letzten 4 Jahren. Danach erhält sie in 11 Tagen 4mal 0,1 g Bismarsan. Nach der 3. Spritze in der Nacht Fieber und Schüttelfrost, nach 4. Spritze Schüttelfrost und Erbrechen, Herpes und Erythem. Hierauf wird mit dem Medikament gewechselt. Patientin erhält dann Wismut, Milch, Quecksilbersengemisch, Sulfarsphenamin, ultraviolettes Licht, Tryparsamid und kolloidales Quecksilbersulfid und Acetylarson, alles mehr oder minder gut vertragen, ohne Änderung des serologischen Befundes. 4 Monate nach Beginn der früheren Bismarsenbehandlung neuerlich 0,1 g. Wieder Schüttelfrost, Fieber, Erbrechen, Gelenkschmerzen. Letzteres auch nach halber Dosis 1 Woche später. 5 Tage später neuerlich 0,1 g, danach Schüttelfrost und Fieber. 7 Stunden später Mund- und Zahnfleischblutung und am nächsten Tag Beginn einer Purpura, die sich in einigen Tagen über Haut- und Schleimhäute ausbreitet. Abklingen unter Natriumthiosulfat. Da nach Sulfarsphenamin ähnliche Erscheinungen aufgetreten waren, wurde die spezielle Toxizität auf die Bindung von Sulfoxylat zurückgeführt.

F. Wehsarg (Bad Aachen).

**Saldun, Maria Luisa: Ein Fall von Stovarsolvergiftung.** (*Inst. de Clin. Pediatr. y Puericult., Univ., Montevideo.*) Arch. Pediatr. Uruguay 5, 191—193 (1934) [Spanisch].

Es handelte sich um ein 4 Jahre altes, an ulcerös-käsiger Lungentuberkulose leidendes Kind, gegen dessen hartnäckige Diarrhöe Stovarsol verordnet wurde, da man an Darmparasiten dachte. Aus Versehen erhielt das Kind 20 Tage lang täglich eine Tablette zu 0,25, während es nur  $\frac{1}{4}$  Tablette erhalten sollte. In der Folge kam es über den ganzen Körper zu einem masernartigen Ausschlag mit Hämorrhagien an Lippe und Wangen. Zugleich wurde die Haut ödematös. Diese Vergiftungssymptome bildeten sich allmählich zurück, während die Lungentuberkulose weiter fortschritt.

Ganter (Wormditt i. Ostpr.).

**Campbell, Ralph E.: The effects of chloral hydrate on the maternal and fetal organisms from the standpoint of experimental study.** (Chloralhydratwirkung auf den mütterlichen und kindlichen Organismus vom experimentellen Standpunkt aus betrachtet.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., Univ. of Wisconsin School of Med., Madison.*) Amer. J. Obstetr. 28, 83—88 (1934).

Chloralhydrat scheint als eine dem Chloroform verwandte Verbindung für die Verwendung in der geburtshilflichen Praxis, besonders bei der Eklampsiebehandlung, nicht ungefährlich. Versuche an Hunden, die einige Tage lang 0,4—1,20 g/kg peroral erhielten, bestätigten nach den histopathologischen Befunden in Leber, Niere und Herz der mütterlichen und fetalen Organismen diese Bedenken. Es sollte daher das Chloralhydrat bei der Stroganoff-Therapie durch Barbitursäurepräparate in Kombination mit dem Morphin ersetzt werden. Lendle.

**Wollenweber: Todesfall durch Vergiftung mit Aconitysat.** Z. Med. beamte 47, 377—379 (1934).

65-jähriger, fettleibiger Invalide; Klagen über neuralgische Schmerzen in der rechten Seite, nach Angabe des Kassenarztes bereits früher „Myokarditische Erscheinungen und Lungen-erweiterung“. Verordnung einer Originalkassenpackung „Aconitysatum Bürger“ mit klarer mündlicher Weisung: 3mal täglich 5 Tropfen in Wasser oder auf Zucker. Hinweis, daß Verordnung auch auf der Hülle stehe, aber keine besondere Warnung. Pat. nahm etwa 5 ccm mit der Angabe, er habe die Tropfen nicht recht sehen können und deshalb so lange getropft, bis das Wasser braun wurde; nach Einnahme der Medizin wurde ihm schlecht; unfähig aufzustehen, Übelsein, Kribbeln im ganzen Körper, Schwindelgefühle, schlechter Puls; bei vollem Bewußtsein ins Krankenhaus. Hier Angabe, daß mehr Tropfen genommen, um schneller gesund zu werden. Vorübergehender Atmungsstillstand. Entfernung von Speiseresten durch Magenspülung. Tod um 15 Uhr unter den Zeichen des Atemstillstandes bei zunächst erhaltener Herztätigkeit. Keine Sektion. Verf. hält bei Verordnung und Abgabe eines derartig stark wirkenden Giftes Hinweis auf Gefährlichkeit für notwendig.

Buhitz (Heidelberg).

**Schur, Heinrich: Ein Fall von schwerer letal endender Agranulocytose nach Behandlung mit Typhusvaccine. Zugleich ein Beitrag zur Pathogenese myelöischer und lymphatischer Reaktionen, der Myelämie und der lymphatischen Leukämie.** (*I. Med. Abt., Krankenh. d. Wien. Kaufmannschaft, Wien.*) Med. Klin. 1934 I, 504—508.

Die Typhusvaccinebehandlung ist bei multipler Sklerose wegen ihrer günstigen Erfolge fast obligat geworden. Daß diese Therapie unter Umständen schwere Nebenwirkungen auslösen kann, zeigt die Beobachtung des Verf., wo eine tödlich endende

Agranulocytose hierdurch ausgelöst wurde. In der Literatur fanden sich 5 weitere Fälle mit Blutveränderungen nach Typhusvaccination. Diese bestanden in verschiedenen Störungen in der Blutbereitung. Verf. schließt daraus auf eine innere physiologische Verwandtschaft der Blutkrankheiten, wie Myelämie, Lymphämie, Thrombopenie und Agranulocytose, und glaubt, daß diesem Umstand auch für die Theorie der Pathogenese der Leukämie Rechnung getragen werden müsse. Für die therapeutische Praxis ergibt sich aus diesen Beobachtungen eine Mahnung zur Vorsicht bei der Anwendung von Bakterientoxinen, speziell des Typhustoxins. *Schrader* (Marburg a. d. L.).

**Schmitz, Wilhelm: Zweifelsfragen zum ärztlichen Berufsgeheimnis.** *Med. Welt* 1934, 995—996.

Schmitz beantwortet Fragen, die ihm infolge seiner früheren Veröffentlichung über das Berufsgeheimnis (vgl. diese Z. 23, 145) vorgelegt worden sind. Ein Frauenarzt beschwert sich, daß das Finanzamt Einsicht in seine Krankenblätter verlangt hat. Die Beschwerde ist nach den gesetzlichen Bestimmungen unbegründet, weil das Finanzamt das unbeschränkte Recht zur Einsichtnahme hat. Der Leiter einer Universitäts-Frauenklinik teilt 2 Fälle mit, in denen Krankenkassenbeamte den Kranken die Diagnose Krebsleiden, die den Kranken bisher unbekannt war, mitgeteilt hatten. Schm. befürwortet eine Regelung dahin, daß auch den Versicherungen die Preisgabe ärztlicher Diagnosen verwehrt würde, sowohl an Dritte wie an den Versicherten. In einem anderen Falle behandelt ein Arzt eine tripperkranke Ehefrau, vermutet Infektion durch den Ehemann und spricht mit diesem, der aber selbst nicht krank ist und daraufhin die Ehe scheiden läßt. Schm. würde, wenn Stand und Persönlichkeit der Frau Ehebruch unwahrscheinlich machen, ein Verschulden des Arztes verneinen. In einem letzten Falle hat eine Frau im Sommer geboren, im Herbst hat der Ehemann abgetrieben, und jetzt wird die Frau wegen Blutungen behandelt, die sie auf die Geburt zurückführt. Von der Mitteilung der Abtreibung durch den Ehemann an den Arzt weiß sie nichts. Die Zweifel über die Art der Krankenblattführung, ob Angabe der Abtreibung durch den Ehemann aufzunehmen sind oder nicht, wegen möglicher strafrechtlicher Folgen, beantwortet Schm. dahin, daß die Eintragung des vorausgegangenen Abortes genügt, um fehlerhafte Behandlung infolge Verschweigens dieser Tatsache zu verhüten.

*Giese* (Jena).

**Döderlein, A.: Voruntersuchung wegen fahrlässiger Tötung.** *Münch. med. Wschr.* 1934 I, 982—983.

Die Frau eines Arztes, der Leiter eines kleinen Krankenhauses war, erkrankte unter bedrohlichen Anzeichen einer Bauchhöhlenblutung infolge geplatzter Tubenschwangerschaft. Ein herangezogener auswärtiger Gynäkologe erkannte den Zustand, weigerte sich aber aus hygienischen Gründen, die Operation in dem kleinen Krankenhaus vorzunehmen und riet zur sofortigen Überführung in seine 14 km entfernt gelegene Privatklinik. Hierzu konnte sich der Ehemann nicht entschließen, sandte vielmehr 1 Stunde später einen Kollegen zu dem auswärtigen Gynäkologen, um ihn nochmals um Operation am Heimatort des Ehemanns zu ersuchen, zumal die inzwischen erfolgte Verschlechterung des Zustandes der Patientin einen Transport als zu gefährlich erscheinen ließ. Der Gynäkologe lehnte trotzdem (!) wiederum ab, worauf die Patientin endlich 3 Stunden nach der ersten Konsultation in die Privatklinik befördert und operiert wurde. Tod an innerer Verblutung auf dem Operationstisch. Döderlein verneint die Frage, ob die Weigerung des Gynäkologen, die Operation in dem kleinen Krankenhaus auszuführen, als ein Fehler ausgelegt werden müsse. D. steht auf dem Standpunkt, es spräche für die Gewissenhaftigkeit des Operateurs, daß er den Eingriff in einem ihm aseptisch nicht einwandfrei erscheinenden Krankenhaus abgelehnt habe. (Der Gesichtspunkt, daß die Infektionsgefahr auch unter primitiven Verhältnissen weitgehend abwendbar ist, die Verblutungsgefahr aber steigend unabwendbar wird, ist in dem Gutachten nicht berücksichtigt. Ref.) Die Frage, ob der Zeitverlust den schlechten Ausgang verschuldet habe, wird von D. verneint, da die Operationsvor-

bereitung im Krankenhaus auch etwa 2 Stunden (!) betragen hätte, also ebensoviel wie die Zeit von der zweiten Verweigerung bis zur Operation in der Privatklinik. Auch der Transport könne nicht entscheidend für die Verschlechterung in Frage kommen. Auch ruhig im Bett liegende Frauen mit geplatzter Extrauterinschwangerschaft verbluten sich, wenn nicht rechtzeitig eingegriffen werde. Auf Grund des Sachverständigen-gutachtens (das mit dem letzten, noch eben denkbaren Wohlwollen den Grundsatz: „in dubio pro reo“ vertritt, Ref.) wurde der Gynäkologe freigesprochen. *H. Fuchs.*

**Donnedieu de Vabres, H., et M. Duvoir: Quelques considérations sur le droit d'intervenir chirurgicalement.** (Einige Betrachtungen über die rechtlichen Grundlagen des chirurgischen Eingriffes.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 8. X. 1934.*) *Ann. Méd. lég. etc.* 14, 725—731 (1934).

Auf Grund allgemeiner Überlegungen und des französischen Rechtes wird untersucht, ob der Geburtshelfer trotz des Einspruches des Vaters berechtigt ist, ein lebendes Kind durch Kaiserschnitt zu entbinden, wenn die Mutter im Sterben liegt, und ob ein Chirurg, der gegen den Willen der Eltern eine Atresia ani bei einem Neugeborenen behoben und so das Kind vor dem sicheren Tode gerettet hat, straf- oder zivilrechtlich zur Verantwortung gezogen werden kann. Die erste Frage wird bejaht, die zweite verneint. *v. Neureiter (Riga).*

**Schmitz, Wilhelm: Meldepflicht für Lebend-, Tot- und Fehlgeburten.** *Med. Welt* 1934, 1378—1380.

Der Aufsatz ist die Antwort auf die Anfrage eines Geburtshelfers, der mit dem zuständigen Standesamt über die Meldepflicht Streit hatte. Nach dem Runderlaß des Reichsministers des Innern vom 19. 12. 1931 sind 1. Lebendgeborene Kinder Neugeborene, bei denen die (natürliche) Lungenatmung eingesetzt hat; 2. Totgeburten Früchte von mindestens 35 cm Länge, bei denen die (natürliche) Lungenatmung nicht eingesetzt hat; und 3. Fehlgeburten totgeborene Früchte, die weniger als 35 cm lang sind. Das Standesamt hatte die Meldung von 35 cm langen Zwillingen verlangt, die nach der Auskunft des Geburtshelfers ein „gewisses Leben“ gezeigt hatten, aber keine natürliche Lungenatmung. Sie fallen nach dem angeführten Erlaß unter Ziffer 3. In erbrechtlicher Hinsicht kann die Eintragung in das Standesregister im Prozeßverfahren angefochten werden. Der Erlaß des RM. ist eine Verwaltungsvorschrift, an die das Prozeßgericht in bezug auf den Begriff „Lebendgeburt“ nicht gebunden ist.

*Giese (Jena).*

**Butler, P.: Zur Kurpfuscherfrage.** *Sv. Läkartidn.* 1934, 1009—1014 [Schwedisch].

Verf. weist auf die Inkonsequenz in der schwedischen Gesetzgebung hin, daß das Recht zu ärztlicher Tätigkeit ausdrücklich auf gewisse Personen (praktisch nur die staatlich geprüften und zugelassenen Ärzte) beschränkt ist, während die Strafbestimmungen bei Überschreitung dieser Beschränkung (Kurpfuscherei) nur die Behandlung gewisser Krankheiten oder eine Behandlung berühren, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit des Behandelten bedeutet. Verf. betont, daß die Tätigkeit der Kurpfuscher im allgemeinen schädlich ist und fordert als das einzig Konsequente ein Totalverbot der Kurpfuscherei mit Strafbestimmungen für jede ungesetzlich ausgeübte ärztliche Tätigkeit.

*Einar Sjövall (Lund).*

### Versicherungsrechtliche Medizin.

● **Handbuch der gesamten Unfallheilkunde.** Hrsg. v. Fritz König u. Georg Magnus. Bd. 4. Stuttgart: Ferdinand Enke 1934. VIII, 827 S. u. 60 Abb. RM. 79.—

Der 4. und letzte Band des Werkes enthält die Kapitel über Wirbelsäule, Nervensystem, Sinnesorgane, Hals, Brustkorb, Brusteingeweide, Bauchdecken, Baueingeweide, Haut- und Blutkrankheiten. Bearbeitet sind diese einzelnen Abschnitte von Magnus, Warner, Borchard, Loesmann, Rostock, Reichardt, Scheerer, Marx, Steurer, Purrucker, Stahnke, Brügemann, Bruhn, Kehl, Störmer, Rost, von Rettwitz, Bartsch, A. W. Fischer, Scheele, Poch, A. Mayer, Koelsch und Schilling. In sämtlichen Abschnitten werden alle unfallmedizinischen Probleme, insbesondere auch die der Begutachtung, eingehend und klar behandelt.