

W. de Boor: Über Altarbrandstiftung und andere Sakrilegien. (Ein kasuistischer Beitrag.) [Nervenklin., Univ., Köln.] Nervenarzt 24, 298—300 (1953).

Nach einer kurzen Darstellung der Motive von Brandstiftungen, unter denen den „primären Entladungsreaktionen“ im Sinne von HOVEN besonderes Interesse zukomme, wird der Fall einer 28jährigen Frau geschildert, die den Altar einer Kölner Klosterkirche in Brand steckte, nachdem sie bereits vorher eine Reihe anderer Sakrilegien begangen, so z. B. den Kelch des Priesters beim Meßopfer umgestoßen hatte. Trotz der Wirksamkeit wahnähnlicher Reaktionen in Form von abnormen Bedeutungserlebnissen, von abnormem Sendungsbewußtsein und von „Wahnwahrnehmungen“ im Sinne K. SCHNEIDERS seien die Handlungen als Ausdruck einer spannungsgeladenen Grundstimmung verständlich und in ihren „Motiven“ zu erkennen. Neben einem vom Milieu und von Kindheitseindrücken her getragenen Haß gegen die Religion seien eine erotisch gefärbte Zuneigung zu einem Verkünder dieser Religion und positive Bindungen an das religiöse Erleben, dann aber auch frühere sexuelle Erlebnisse, die in die Religion in ambivalenter Weise hineinwirkten, von Bedeutung gewesen. Auf der Grundlage einer chronischen Protesthaltung und einer Verbindung von aus dem Bereiche der Sexualität und Religiosität stammenden Tendenzen wäre es zu starken Spannungen gekommen, deren Lösung in Form des Altarbrandes erfolgte. Die Deutung solcher Daten als „Ersatzhandlungen“ sei unbefriedigend; vielmehr müsse das Phänomen solcher seltsamer biographischer Verstrickungen letzten Endes als unlösbar betrachtet werden.

ILLICHMANN-CHRIST (Kiel).

C. S. Sotaaen: Brandstiftung mit elektrischem Strom. Nord. kriminaltekn. Tidsskr. 23, 1—4 (1953) [Norwegisch].

Der Verf. beschreibt und analysiert die verschiedenen Möglichkeiten zur Brandstiftung mit elektrischem Strom. Als Anzündungseinrichtungen an der Brandstelle nennt er elektrische Koch- und Wärmeapparate, Manipulationen in elektrischem Netz, die Überhitzung und Funkenbildung erzeugt, Zeit- und Fernzündler, die durch Relais nach Ablauf einer bestimmten Zeit ausgelöst werden, usw. Als Brandursachen, welche auf elektrische Anlagen zurückgeführt werden können, behandelt der Verf. näher: Kurzschluß, Erdschluß, Überlastung und Bildung von Flammenbögen.

ARNE HANSON (Stockholm).

Albert Krebs: Hauptfragen einer Rechtsverordnung über den Vollzug von Jugendstrafen. Mschr. Kriminalpsychol. 37, 129—138 (1954).

StPO § 461; StrVollstrO §§ 30, 31 (Krankenhausaufenthalt wegen Vollzugsuntauglichkeit). Ein erkrankter Strafgefangener kann, auch wenn er die Krankheit nicht selbst zum Zwecke der Strafunterbrechung herbeigeführt hat, mit der Wirkung in eine von der Vollzugsanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht werden, daß die dort verbrachte Zeit auf die Strafzeit nicht angerechnet wird, indem die Strafvollstreckungsbehörde die Unterbrechung des Strafvollzuges gemäß §§ 30, 31 StrVollstrO anordnet. (OLG Köln, Beschl. v. 23. XI. 1954—Ws 350/54.) Neue jur. Wschr. A 1955, 234—235.

StGB §§ 42 b, 42 e; StPO § 358 Abs. 2 (Heil- und Pflegeanstalt/Sicherungsverwahrung): a) Der Richter darf die Frage, wann ein vermindert zurechnungsfähiger Gewohnheitsverbrecher in einer Heil- und Pflegeanstalt und wann er in Sicherungsverwahrung unterzubringen ist, nicht allein unter dem Gesichtspunkt der öffentlichen Sicherheit entscheiden; vielmehr hat er auch auf die Gesamtpersönlichkeit des Angeklagten sowie die unterschiedliche Zielsetzung und die Behandlungsmethoden beider Anstalten zu achten. b) Hat sich der Richter bei der Wahl zwischen der Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt oder der Sicherungsverwahrung mit fehlerhafter Begründung für die erste Maßnahme entschieden, so kann er in der neuen Hauptverhandlung noch die zweite Maßnahme anordnen. [BGH, Urt. v. 11. II. 1954 — 4 StR 755/53 (LG Essen).] Neue jur. Wschr. A 1954, 968—969.

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung:

W. Perret: Über die Ursachen der Zunahme von Arzthaftpflichtfällen. (Diskussionsbem.) Helvet. chir. Acta 21, 231—233 (1954).

Erich Müller und Wolfgang Hoppe: Zur Frage der Genese und der Lokalisation anaphylaktischer Arterienveränderungen bei Serumkrankheit. [Path. Inst., Univ., Erlangen.] *Frankf. Z. Path.* **65**, 247—258 (1954).

Bericht über einen 40 Jahre alten Mann, der an mäßig schwerem Diabetes und Hypertonie litt und bei dem 10 Tage nach einer Tetanusantitoxininjektion pektanginöse Beschwerden und Urticaria auftraten. Patient, der mehrere Jahre vorher schon einmal Tetanusantitoxin bekommen hatte, verstarb 15 Tage p. i. Bei der Obduktion wurde ein Vorder- und Hinterwandinfarkt festgestellt, hervorgerufen durch Thrombosen der re. und li. Kranzarterie. In der li. Kranzarterie saß der Thrombus einer Gefäßwand auf, die im Sinne der Arteriitis verändert war. In der re. Kranzarterie wurde ein frisches Ödem der Intima gefunden. Auffallend starke Gefäßwandverquellungen fanden Verf. auch in den Follikelarterien der Milz. Verf. deuten die erhobenen Gefäßwandbefunde als allergisch. Sie diskutieren das Problem der Lokalisation allergischer Veränderungen. Nach ihrer Ansicht läßt sich das herdförmige Auftreten anaphylaktischer Gefäßwandschäden aus den Befunden arteriosklerotischer Intimaveränderungen in dem Sinne ableiten, daß die an diesen Stellen gestörte Gefäßwandpermeabilität das Eindringen des Antigens in die Gefäßwand besonders begünstigt. Da die Arteriosklerose bei diesem relativ jungen Mann als Hypertonie und Diabetesfolge bezeichnet werden muß, werden die zuletzt genannten Erkrankungen als Schrittmacher der herdförmigen anaphylaktischen Arteriitis angesehen.

BOHLE (Heidelberg).^{oo}

A. H. M. Littlewood, A. K. Mant and G. Payling Wright: Fatal tetanus in a boy after prophylactic tetanus antitoxin. (Tödlicher Tetanus eines Jungen nach prophylaktischer Gabe von Tetanus-Antitoxin.) *Brit. Med. J.* No 4885, 444—445 (1954).

Die heute noch weit verbreitete Anwendung von antitoxischem Tetanus-Serum zur Verhütung des Wundstarrkrampfs nach Verletzungen läßt die Mitteilung eines jeden Mißerfolgs berechtigt erscheinen. Bericht über einen 14jährigen Schuljungen, der trotz prophylaktischer Antitoxingabe nach Explosionsverletzung unter Krämpfen an Tetanus verstarb. Der Junge hatte erstmalig 6 Monate zuvor im Anschluß an eine Verletzung 1500 IE Tetanus-Antitoxin (Pferd) erhalten. Die zweite Serungabe nach erneuter Verletzung wurde deshalb fraktioniert in Abständen von 15 min zuerst subcutan, später intravenös verabreicht. Nach der ersten intravenösen Gabe von 1 cm³ kam es zu beträchtlichen anaphylaktischen Reaktionen mit Puls- und Atmungsanstieg sowie hellroter Verfärbung der Gesichts- und Halshaut. Nach Abklingen dieser Erscheinungen wurden weitere 86 000 IE des artfremden Serums intravenös gegeben, ohne erneute Sensationen hervorzurufen. Tetanische Krämpfe traten dennoch am nächsten Tage auf und wurden von Tag zu Tag schwerer. Trotz Tracheotomie kam der Junge am 17. Tage nach einer Verletzung ad exitum. Die Sektion ergab neben den ausgedehnten Verletzungen eine akute eitrige hypostatische Bronchopneumonie bei fettiger Degeneration des Herzmuskels und der Leber. — In der Besprechung betonen Verf., daß artfremde Heilseren nach zweiter oder weiterer Injektion beschleunigt aus der Blutbahn entfernt werden und infolgedessen die Wirksamkeit der Antitoxine wesentlich verkürzt wird. Aus diesem Grunde wird vorgeschlagen, nach jeder passiven Immunisierung mit Antitoxin möglichst schnell auch eine aktive Immunisierung mit dem entsprechenden Toxoid durchzuführen, um für spätere Fälle eine aktiv erworbene Immunität zu schaffen, die weitere Serungaben unnötig macht. Auch vor chirurgischen Eingriffen in fraglich mit Tetanus sporen infizierte Gewebe soll zuvor prophylaktisch Toxoid gegeben werden. HEMPEL.^{oo}

Carlo Bertone: La responsabilità del medico nei riguardi della sieroprofilassi antitetanica. (Die Verantwortlichkeit des Arztes hinsichtlich der Prophylaxe mit Antitetanus-Serum.) [Osp. Mauriz., Aosta.] *Minerva med.* (Torino) **1954**, I, 1825—1829.

Literaturübersicht. Verf schlägt abschließend vor: 1. Es muß dem Gewissen und dem Verantwortungsgefühl des Arztes überlassen bleiben, ob er nach Abwägen aller Umstände eine passive Immunisierung vornehmen will. Kommt es im Falle einer bewußten Unterlassung zu einem Tetanus, so darf der Arzt nicht zur Rechenschaft gezogen werden. 2. Umgekehrt dürfen Nebenwirkungen oder Folgen der Tetanus-Prophylaxe dem Arzt ebenfalls nicht zur Last gelegt werden.

SCHLEYER (Bonn).

Max Bajog: Tetanus durch Infektion im Nasen-Rachenraum per aspirationem. *Med. Klin.* **1953**, 773—774.

Verf. schildert einen Fall von Tetanus, der seinen Ausgang von Wunden nahm, die operativ im Bereich des Nasen-Rachenraumes (Adenotomie und Abtragung polypöser Wucherungen

der hinteren Enden der unteren Muscheln) gesetzt worden waren. Zunächst war der postoperative Verlauf komplikationslos (2 Nachuntersuchungen nach 4 und 8 Tagen ohne besonderen Befund). Drei Wochen später traten erste Tetanussymptome auf, die in schwere Krampfanfälle übergingen und 1 Tag später zum Tode führten. Verf. betont ausdrücklich, daß andere Eingangspforten als die im Nasen-Rachenraum gesetzten operativen Wunden für die Entstehung des Tetanus ausgeschlossen werden konnten. Es kommt somit seiner Auffassung nach nur ein Infektionsmodus per aspirationem in Betracht, wobei er das lymphatisch und nerval reichlich versorgte Gebiet des Nasen-Rachenraums besonders günstig für die Ansiedlung und Ausbreitung der Erreger hält. — Abschließend empfiehlt Verf. dringend die Durchführung von Tetanus-Schutzimpfungen.

GUMBEL (Mainz).

M. Kaiser: Der postoperative Tetanus. Wien. klin. Wschr. 1954, 727—730.

Verf. weist eindringlich auf die Möglichkeit der endogenen Entstehung des postoperativen Tetanus durch Verschleppung von Keimen hin, die sich im Mastdarm oder auch in der Umgebung von Fremdkörpern befinden können. Daß der Catgut bei der Entstehung des postoperativen Tetanus eine erhebliche Rolle spielen könnte, wird vom Verf. anerkannt. Er macht Vorschläge über Sterilitätsprüfungen und rät eine staatlich beaufsichtigte Prüfung der Catgutchargen an. Dadurch wird zwar die Möglichkeit einer Entstehung dieser unliebsamen Komplikation nicht ausgeschlossen, doch wird sie in Zukunft durch die zunehmende, zum Teil schon in Angriff genommene Immunisierung der Bevölkerung mit Toxoid mehr und mehr eingedämmt werden.

B. MUELLER (Heidelberg).

W. Dracklé: Über Spritzenschäden. [17. Tagg., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Bad Neuenahr, 21. u. 22. V. 1953.] Hefte Unfallheilk. H. 47, 114—123 (1954).

Unter Hinweis auf frühere Veröffentlichungen von KÖSTLIN, PERRET u. a. wird erneut als Ort der Wahl zur intramuskulären Injektion der laterale Teil des oberen äußeren Quadranten des Gesäßes betont. Auf die Bedeutung des „Sofortschmerzes“ für die versicherungsrechtliche Beurteilung wird hingewiesen. Abschließend werden 4 Fälle von Folgen nach Penicillin-Injektionen mitgeteilt.

JUNGMICHEL (Göttingen).

W. Perret: Zur Pathogenese von Nervenstörungen am Bein nach Einspritzungen von Arzneimitteln am Gesäß. [17. Tagg., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Bad Neuenahr, 21. u. 22. V. 1953.] Hefte Unfallheilk. H. 47, 128—131 (1954).

Erneute, zusammenfassende Stellungnahme zu der Frage der akuten und subakuten Schädigung nach Einspritzungen. Epineuraler, wahrscheinlich auch schon perineuraler Kontakt eines Arzneimittels genüge, an der Strombahn des gemischten Nerven einen Reiz zu setzen, der ein SUDDECKSches Syndrom in verschiedener Intensität verursachen könne. Mit Recht wird gefordert, daß die alte Einspritzungsvorschrift („oberer, äußerer Quadrant des Gesäßes“) nicht ausreichend sei; es müsse die Einspritzungstechnik geändert und gefordert werden: „Obere, äußere Gesäßmuskulatur mit Stichrichtung auf den Darmbeinkamm zu“.

JUNGMICHEL (Göttingen).

R. Mäder: Die zivilrechtliche Haftung des Chirurgen. [Außerordentl. Sitz. d. Schweizer. Ges. f. Chir., Lausanne, 24. X. 1954.] Helvet. chir. Acta 21, 174—196 (1954).

Fr. Judmaier und W. Bischof: Zerebrale Gasembolie nach intraarterieller Sauerstoffinsufflation. [Chir. Univ.-Klin., Innsbruck.] Münch. med. Wschr. 1953, 936—937.

W. Perret: Fehldiagnosen bei Appendicitis, ihre ärztliche und rechtliche Beurteilung. Chirurg 25, 455—457 (1954).

Es wird zusammenfassend an Hand vorliegender Gerichtsentscheidungen über Gesichtspunkte aus Fehldiagnosen bei „akutem Abdomen“ berichtet. PERRRET macht mit Recht darauf aufmerksam, daß gerade bei akuten abdominalen Erkrankungen nicht davon ausgegangen werden kann, was in nachträglicher Betrachtung für erforderlich gehalten wird, weil die ursprüngliche Situation oft ein anderes Bild und Anlaß einer Reihe von Überlegungen und differentialdiagnostischen Erwägungen sein kann, von denen der behandelnde Arzt nur eine einzige auswählen kann. Ein Irrtum hierbei wird bei akuten abdominalen Erkrankungen deshalb in den allerwenigsten Fällen auf schuldhafte Fahrlässigkeit zurückgeführt werden können.

GOLDBACH (Marburg a. d. Lahn).

Erwin Gohrbandt: Fremdkörper in der Bauchhöhle. [Chir. Abt., Städt. Krankenh. Moabit, Berlin.] *Med. Klin.* 1954, 598—600.

G. Hieronymi und St. Sandkühler: Knochenmarkinsuffizienz 11 Jahre nach Thorotrastapplikation. [Path.-Anat. Inst. u. Ludolf-Krehl-Klin., Univ., Heidelberg.] *Dtsch. Arch. klin. Med.* 200, 561—572 (1953).

Anton Solbach: Die Zwischenfälle bei der cerebralen Arteriographie. [Nervenklin., Univ., Köln.] *Nervenarzt* 24, 233—237 (1953).

Bei der unblutigen cerebralen Arteriographie nach SHIMIDZU kann es zu einer Reihe von Zwischenfällen kommen, die verschiedene Ursachen besitzen. Bei der Verwendung von Thorotrast, von dem man gänzlich abgekommen ist, treten infolge der Radioaktivität des Thoriums Spätschäden in Gestalt örtlicher bösartiger Wachstumsexzesse auf. Demgegenüber ist das jetzt verwendete Per-Abrodil frei von solchen Spätfolgen, führt aber während der Injektion gelegentlich zu Zwischenfällen. Von den 122 arteriographierten Kranken zeigten 22 derartige Störungen. Ein Einfluß des Alters oder des Geschlechts besteht offenbar nicht. In 4 Fällen wurde vegetative Reiz- und Lähmungserscheinungen beobachtet. Dabei kann es durch die depressorischen Gegenregulation des Carotis-Sinus zu einem schweren Kollaps kommen. Ernsthaftige Blutungen aus dem Stichkanal der A. carotis treten nicht auf. Die schwerwiegendsten Folgen stellen cerebrale Herdstörungen dar, die offenbar mit den physikalischen Eigenschaften des Kontrastmittels und der Erhöhung des osmotischen Druckes in der Gefäßlichtung zusammenhängen. Es handelt sich um spastische Halbseiten-Syndrome oder Jackson-Anfälle, die sich spätestens innerhalb von 8 Tagen zurückbilden. Eine Überempfindlichkeitsreaktion gegen Jod spielt dabei offenbar keine Rolle. Bei 3 Fällen mit tödlichem Ausgang bestanden raumbeengende cerebrale Prozesse, und der Tod trat infolge Hirnödem ein. Auch hier stand eine Permeabilitätsstörung im Vordergrund. Zweimal wurden oculare Komplikationen gefunden, in beiden Fällen infolge Verschuß oder Einengung einer Netzhaut-Arterie durch Entzündung oder Embolie. HOLLE (Greifswald).^{oo}

A. Stender: Über lebensbedrohliche Blutungen nach Suboccipitalpunktion und ihre chirurgische Behandlung. [Neurol.-Neurochir. Klin. u. Hals-Nasen-Ohren-Klin., Freie Univ. Berlin im Krankenh. Westend.] *Ärztl. Wschr.* 1952, 1200—1203.

Die häufigste Komplikation bei Suboccipitalpunktionen ist neben Läsionen der absteigenden Trigeminiwurzel sowie des GOLLschen oder BURDACHschen Stranges die Blutung, hervorgerufen durch Anstich eines Gefäßes am Boden des 4. Ventrikels. Diese kann innerhalb kurzer Zeit zum Tode führen. Die einzig mögliche Therapie ist die Operation. Je nachdem, ob eine Arterie oder Vene getroffen wurde, treten die Symptome der Blutung innerhalb Minuten bzw. Stunden oder erst nach Tagen ein. Verf. berichtet über einen Fall von Blutung nach Suboccipitalpunktion (einziger bei 6—8000 Punktionen). Etwa eine halbe Stunde nach der Punktion kam es zu zunehmenden Kopfschmerzen, in den nächsten Tagen zu Unruhe, Desorientiertheit, Somnolenz, schließlich zu einem komatösen Zustand. Bei der Freilegung am 4. Tag nach der Punktion fand sich ein etwa kirschgroßes Blutcoagulum im Bereiche der Cisterna cerebellomedullaris. Das Foramen Magendii war durch Blutcoagel völlig verschlossen. Etwa 8 Tage nach der gut überstandenen Operation befand sich der Patient wieder völlig wohl. K. KESSLER (Heidelberg).^{oo}

Ole Petter Lossius: Heart death in insulin coma treatment for schizophrenia. (Herztod während Insulinkomabehandlung bei Schizophrenie.) *Nord. Med.* 53, 58—59 u. engl. Zus.fass. 59 (1955) [Norwegisch].

Der Verf. beschreibt einen Fall von Herztod im Insulinkoma, wo die klinische Obduktion gewisse Herzveränderungen aufdeckte, die einer vorausgegangenen Elektro- und Pentazolschockbehandlung zugeschrieben werden konnte. Am 19.8.53 wurde ein 39jähriger Fabrikarbeiter unter der Diagnose Schizophrenie in die Osloer Klinik eingewiesen. Zunächst bekam der Patient 7 Elektroschockbehandlungen, doch ohne Resultat. Man gab deshalb zusätzlich Insulin in sedativer Dosis (bis zu 60 IE). Da am 16.10.53 trotz insgesamt 14 Konvulsionen noch keine Besserung eingetreten war, erhöhte man das Insulin bis zum Präkoma und ersetzte den Elektroschock durch Pentazolschockbehandlung (7—8 cm³ 10%iges Pentazol). Anfänglicher Besserung folgte nach etwa 3 Wochen ein Rezidiv, welches man mit Insulinkomabehandlung (160—280 IE) und 3 Pentazolschocks im Präkoma anzugehen suchte. Am 9.1.54, 06⁰⁰ Uhr bekam der Patient 280 IE Insulin. Um 09⁰⁰ Uhr Präkoma. 09³⁰ Uhr vorübergehende Hyperpnöe, Puls 104, regelmäßig. 10⁴⁵ Uhr Koma. 10⁵⁵ Uhr durch die Sonde 400 cm³ 30%ige Glykose. Um 11¹⁵ Uhr bekam der Patient unregelmäßige Atmung und wurde cyanotisch. Es folgten frequente, unregelmäßige

Inspirationen, nicht fühlbarer Puls und nicht hörbarer Herzschlag. Venöse Stauung am Hals. Man gab sofort 50 cm³ 30%ige Glykose mit 2 cm³ Cedilanid, künstliche Atmung und schließlich 1/2 mg Adrenalin intrakardial, doch ohne Resultat. Bei der Obduktion fand man unter anderem ein Lungenödem. Herz: Makroskopisch sah man ein verdicktes, fibröses Endocardium mit einigen kleinen Granulocytinfiltraten, von denen eines von Blutungen umgeben war. Die angrenzenden Muskelfibrillen waren fibrös verändert. An einigen Stellen kleine Blutungen und Lymphocyten zwischen den Muskelfibrillen. Die übrigen Organe zeigten keine pathologischen Veränderungen. Die Insulinkomabehandlung ist nach allgemeiner Ansicht eine bedeutende Belastung für den Zirkulationsapparat, und die Behandlung bedeutet nach GESSNER und RYAN ein großes Risiko für Patienten mit Hypertonie, Angina pectoris, Coronarsklerose, Klappenfehler und Myokarditis. Nach KALINOWSKI und HOCH sieht man im Beginn einer Insulinkomaserie oftmals kleinere EKG-Veränderungen, welche sich doch im Verlaufe der Behandlung normalisieren. Nach Ansicht des Verf. ist die Todesursache in einem kardial-hemmend Reflex zu suchen, wonach das Herz infolge der Hypoglykämie und der beobachteten pathologischen Veränderung nicht wieder in Gang gekommen ist. Die Veränderungen im Herzen waren verschiedenen Alters, teils frische (Blutungen mit Leukocytenherden), teils ältere (Fibrose). Die drei letzten Pentazolschocks beschuldigt der Verf. der frischeren Veränderungen. Die Veränderungen sind ähnlicher Art, wie man sie bei Epileptikern gefunden hat. Internisten und Pathologen mögen beim Vorfinden derartiger Schäden an die Möglichkeit einer vorausgegangenen Konvulsivserie denken, um die Erfahrungen auf diesem Gebiete zu erweitern.

R. BOELCKE (Stockholm).

F. Garcia-Guijarro: Accidentes y complicaciones por antibioticos. (Zwischenfälle und Komplikationen durch Antibiotica.) Med. españ. 31, 1—16 (1954).

Die Erzeugung von resistenten Erregern, die Änderung der normalen Bakterienflora und dadurch Überwuchern von resistenten Keimen, die die biologische Harmonie stören und pathogen werden (hier Superinfektion genannt), wird an Hand der Literatur besprochen. Es ist schwer zu entscheiden, ob reichliche Funde dieser gewucherten Bakterien auch wirklich eine Erkrankung an einer solchen Infektion beweisen. In einigen Fällen wird aber die Pathogenität dieser Keime ex juvantibus gesichert: In einem als Beispiel angeführten Fall heilte die Krankheit unter spezifisch gegen Pyocyanus gerichteter Medikation. — Besonders wird hingewiesen auf Krankheitsbilder, die nach einer Operation und Therapie mit Antibiotica einem heftigen cholera-ähnlichen Krankheitsbild mit tödlichem Kollaps erliegen. Einige mitgeteilte Fälle gleichen denen von TERPLAN und Mitarbeitern beschriebenen. Die anatomischen Bilder wechseln zwischen schwerer katarrhalischer, pseudomembranöser und ulceröser Colitis. Als Ursache wird eine Überempfindlichkeit erwogen, mehr noch aber die Veränderung der Darmflora, die einer „Superinfektion“ Vorschub leistet (reichlich Zitate, aber kein Literaturverzeichnis).

H. W. SACHS (Münster i. Westf.).

R. C. Bell: Sudden death following injection of procaine penicillin. (Plötzlicher Tod nach Injektion von Procain-Penicillin.) [Plast. Surg. Unit., Shotley Bridge, and Dep. of Surg., Univ., Durham.] Lancet 1954 I, 13—17.

Bericht über einen Fall von plötzlichem Exitus nach einer einzigen intramuskulären Injektion von 300000 E Procain-Penicillin G bei einem 47jährigen Syphilitiker, der in den 5 vorausgegangenen Jahren mehrmals Penicillin erhalten hatte. Anamnestisch keine allergischen Erkrankungen bekannt. Der Tod erfolgte unter den Zeichen eines Lungenödems. Autoptisch fand sich außerdem ein Ödem der arypeglottischen Falten. — Es wird diskutiert, ob der Exitus auf dem Boden eines anaphylaktischen Schocks eintrat oder die Folge eines „unusual pharmacological effect“ des verwendeten Präparats war. Letzteres wird besonders eingehend besprochen. Ferner wird die Möglichkeit einer versehentlichen *intravenösen* Injektion in Erwägung gezogen. — Ausführliche Besprechung eines Teils der einschlägigen Literatur. KRECKE (Heidelberg).^{oo}

P. Schostok: Zur Frage der Luftembolie bei der modernen Intratrachealnarkose. [Chir. Klin. d. Justus Liebig-Hochsch., Gießen.] [69. Tagg d. Dtsch. Ges. f. Chir. München, 17 IV. 1952.] Anaesthesist 1, 66—68 (1952).

Von 7 primären Narkosetodesfällen konnte in 3 eine Luftembolie des großen Kreislaufs nachgewiesen werden. Folgende Faktoren können eine arterielle Luftembolie auslösen: 1. Überdruck im Bronchialsystem, 2. Überdruck im Pleuraraum, z. B. bei Verletzung von Pleura visceralis und Lungenparencham, 3. Traumatisierung von Lungengewebe, z. B. bei starken, besonders hilusnahen Verwachsungen, Segmentresektionen, 4. negativer Druck in der Lungenvene

durch Blutverlust und Schlagvolumenverminderung. Es wird ein coronarer Typ der Luftembolie mit Kammerflimmern bzw. Herzstillstand vom cerebralen mit Bewußtseinsverlust und Atemlähmung unterschieden. Eine Luftembolie bei Intratrachealnarkose kann vermieden werden durch ruhige Atmung bei ausreichender Curarisierung, Vermeidung zu starken intrabronchialen Druckes, einwandfreie Drainage des Pleuraraumes, um einen notwendigen Druckausgleich zwischen Lunge und Pleuraraum besonders bei Verletzung der Pleura visceralis, zu sichern, Kopftiefelage, Vermeidung von großem Blutverlust bzw. sofortige Substitution, schonendes Präparieren bei starken Verwachsungen und sorgfältige Unterbindung der Intersegmentarvenen bei der Segmentresektion. HECHT (Heidelberg-Rohrbach).^{oo}

Ludwig Krafft: Herzstillstand nach Periduralanästhesie. Wiederbelebung und Folgeerscheinungen. [Chir. Klin., Stadtkrankenlh., Dresden-Friedrichstadt.] Dtsch. Gesundheitswesen 1954, 1040—1042.

L. Lendle: Verdacht auf Scopolamin-Vergiftung bei Instillation von Homatropin-Augentropfen. [Pharmakol. Inst., Univ., Göttingen.] Arch. Toxikol. 15, 10—17 (1954).

Pharmakologische Untersuchung eines Lösungsrestes (0,3 cm³) von Augentropfen (als 1%ige Homatropinlösung deklariert), bei deren Anwendung Vergiftungserscheinungen ähnlich einer Atropinvergiftung auftraten. Nach dem Ergebnis der Prüfung am isolierten Darmpräparat und in vergleichenden Versuchen an Mäusen und Hunden nimmt Verf. an, daß es sich bei den fraglichen Augentropfen höchstwahrscheinlich um eine 1%ige Scopolaminlösung gehandelt hat, die infolge Eindunstung eine etwas höhere Konzentration besaß. Bei der Begutachtung und Deutung des Vergiftungsfalles wird unter Umständen auch eine Überempfindlichkeitsreaktion gegen Homatropin für möglich gehalten. ARNOLD (Leipzig).

L. Dérobert, Le Breton et R. Martin: Intoxication mortelle par ingestion de médicaments ganglioplégiques. (Tödliche Vergiftung durch ganglienblockierende Medikamente.) [Soc. de Méd. Lég. de France, 5. VII. 1954.] Ann. Méd. lég. etc. 34, 144—146 (1954).

Die Seltenheit der Vergiftung wird zunächst hervorgehoben. Bisher seien lediglich 3 Agranulocytosefälle bekannt. Nach Einnahme von 70 Tabletten, annähernd 3,5 g Diäthylamino-2-Propyl, 1 N-Dibenzoparathiazin und annähernd 0,18 g Artan [3 (1 piperidyl) 1 Phenyl, 1 Propan, 1 Propanol) entwickelte sich nach 30 min ein Erregungszustand mit sehr blasser Haut. Tod nach Einweisung in die Klinik innerhalb 8 Std. Neben weitgehend uncharakteristischen Befunden wurde eine Purpura cerebri festgestellt. Angabe verschiedener Einzelheiten über den chemischen Nachweis einschließlich biologischer Methoden. Hinweis auf die Ähnlichkeit mit der Strychninvergiftung. H. KLEIN (Heidelberg).

Joachim Steller: Todesfall infolge Corbasilüberdosierung bei Lokalanästhesie zur Tonsillektomie. [Hals-Nasen-Ohrenklin., Univ., Köln.] Arch. Toxikol. 15, 150—154 (1955).

Erster mitgeteilter Todesfall infolge Überdosierung des Corbasil bei der Anaesthetie zur Tonsillektomie. Die besonderen körperlichen Umstände bei der 30 Jahre alten Patientin (Vegetative Dystonie, Status thymolymphaticus, chronische Pankreatitis) werden erörtert.

JUNGMICHEL (Göttingen).

H. Naujoks: Haftpflichtansprüche wegen eines „Geburtstraumas“ bei glatter Spontangeburt. [Univ.-Frauenklin., Frankfurt a. M.] Dtsch. med. Wschr. 1954, 1478—1481.

Auf Grund der Erfahrungen in der Praxis und im Zusammenhang mit einer gutachtlichen Äußerung wird zunächst zu dem Begriff des „Geburtstraumas“ Stellung genommen, da dieser bei Laien und zum Teil auch bei Ärzten eine erhebliche Überbewertung erfährt. In dem vorliegenden Falle resultierte daraus ein Haftpflichtanspruch, der nach 15 Jahren geltend gemacht wurde und sich auf ein Gutachten eines Pädiaters und Neurologen stützte. Beide Gutachter brachten eine spastische Hemiparese bei einer encephalographisch nachgewiesenen Erweiterung des rechten Hirnventrikels mit einem Geburtstrauma in Zusammenhang. Daneben bestanden eine Reihe anlagemäßig bedingter Anomalien, die sich auch teilweise in der Verwandtschaft nachweisen ließen. Bei der Rekonstruktion des Geburtsverlaufes ergibt sich, daß es sich um keine

wesentliche Abweichung von der Norm gehandelt hat. Bei einer Erstgebärenden kam es nach 9 Std Wehentätigkeit zur Spontangeburt eines 47 cm langen und 2850 g schweren Knaben. Zusammenfassend wird festgestellt, daß die Leitung der Geburt keinen Anlaß zu einer Kritik bietet. Die Hirnschädigung und Lähmung des Kindes kann mithin auf einen Geburtsfehler nicht zurückgeführt werden. Abschließend wird betont, daß die geburtshilfliche Indikation allein in den Händen des Geburtshelfers liegt und eine nachträgliche Kritik durch Vertreter der anderen Disziplinen abzulehnen ist. DECH (Dortmund).^{oo}

H. Hornung: Zur Frage der Spritzerlaubnis bei Hebammen. Öff. Gesdhdienst 15, 170—174 (1953).

Die Statistik hat gezeigt, daß die Sterblichkeitsziffer der Neugeborenen in vielen Ländern um 40% herabgingen, während in Deutschland eine Minderung von 1,7% errechnet ist. Nach einer Arbeit von MÜLLER im März 1952 über die Entbindungsletalität ist dieselbe durch die nicht indizierte Anwendung von Hypophysenextrakten mitbedingt, was bezüglich der Spritzerlaubnis der Hebammen von entscheidender Bedeutung ist. Es wird in diesem Zusammenhang auf eine Arbeit von ANSELMINO hingewiesen, in welcher die Neuregelung der Spritzerlaubnis der Hebammen begrüßt, allerdings mit der Einschränkung des Bestehens von bedrohlichen Blutungen in der Nachgeburtsperiode und bei Nichterreichbarkeit des Arztes und mit der Forderung einer entsprechenden Meldung an den Amtsarzt erhoben wird. Dr. GANZ hingegen sprach sich in seiner Arbeit für die Aufhebung der Spritzerlaubnis aus dem Erlaß vom 2. 7. 40 aus. Nach Erörterung einiger recht krasser Fälle von mißbräuchlicher Anwendung der Injektionen, die nach Gerichtsentscheid neben der Bestrafung zu einer Aberkennung der Hebammenapprobation führte, wird mit Nachdruck darauf hingewiesen, daß es Aufgabe der Verwaltungsbehörde sei, die Hebammendienstordnung mit allen ihr zu Gebote stehenden Mitteln zu stützen, um einem Absinken der Berufsethik vorzubeugen. PETERSOHN (Kaiserslautern).

H. Naujoks: Die forensische Bedeutung einer Narkose — Phantasie und die ärztliche Schweigepflicht. [Univ.-Frauenklin., Frankfurt a. M.] Medizinische 1954, 1519—1520.

Äußerungen einer Klinikpatientin im postnarkotischen Dämmerzustand, welche von anderen Patienten mitgehört worden waren, sollten in einem Strafverfahren als staatsanwaltschaftlicher Indizienbeweis dienen. Es wird auf die forensische Unzulänglichkeit solcher Äußerungen als Beweismittel hingewiesen. Während die ärztliche Schweigepflicht bzw. die Entbindung hiervon die Offenbarung solcher Geheimnisse gesetzlich regelt, erhebt sich hier die Frage, ob es gerechtfertigt ist, einen Patienten in einem postnarkotischen Dämmerzustand mit anderen Patienten zusammen in ein Zimmer zu legen und ihn damit der Gefahr auszusetzen, daß andere seine unkontrollierbaren und ihn vielleicht auch belastenden Erzählungen mitanhören können.

KÄMPF (Göppingen).

Salvatore Spinelli: Il segreto del medico ospedaliero. Osp. magg. (Milano) 43, 23—32 (1955).

R. Romanese: Un' ultima parola sul problema della responsabilità del medico nella omissione di aborto terapeutico in stato di necessità. [Ist. di Med. Legale, Univ., Forino.] Minerva med. (Torino) 1954, II, 1413.

ZPO §§ 404, 410; BGB § 823 Abs. 1 und 2 (Zur Haftpflicht eines gerichtlichen Sachverständigen für Folgen eines unzutreffenden Gutachtens.) a) Durch die Beauftragung des Sachverständigen entsteht zwischen dem Gericht und dem Sachverständigen nur ein öffentlich-rechtliches Vertragsverhältnis. Prozeßparteien können aus diesem keine Schadenersatzansprüche herleiten. b) § 410 ZPO ist kein Schutzgesetz i. S. von § 823 Abs. 2 BGB. (LG Stuttgart, Beschl. v. 5. 2. 1954 — 8 OH 3/54.)

Herbert Grafe: Der Arzt und das neue Familienrecht. Z. ärztl. Fortbildg 49, 98—101 (1955).

Dr. jur. HERBERT GRAFE, Oberrichter am Bezirksgericht Dresden-Radebeul, bespricht die ärztlich wichtigen Paragraphen des Entwurfs eines Familiengesetzbuches der DDR (abgedruckt Neue Justiz 1954 Nr. 12.) Im Zivilprozeß soll in der DDR in gleicher Weise wie im Strafprozeß das Recht auf der Grundlage der objektiven Wahrheit ohne Beschränkung auf die Behauptungen der Prozeßparteien gesucht werden. Die Mitarbeit des Arztes wird insbesondere in Abstammungs-

fragen und bei der Feststellung der Arbeitsfähigkeit gewünscht. — Bezüglich des Entwurfs werden die für den Gerichtsarzt wichtigen Paragraphen im einzelnen angeführt. Sie müssen im Original nachgelesen werden.

RUDOLF KOCH (Halle a. d. Saale).

Felix Heinze: Die neue Gerichtsverfassung in der sowjetischen Besatzungszone Deutschlands. Neue jur. Wschr. A 1953, 247—250.

In der DDR wurde durch ein neues Gerichtsverfassungsgesetz (vom 2. 10. 52, GBl. 983), durch eine Neufassung der StPO und zahlreiche andere einschlägige Gesetze die Justiz umgestaltet. Es gibt Kreisgerichte, Bezirksgerichte und ein Oberstes Gericht. Auch beim Kreisgericht entscheiden stets kollegiale Kammern. Der Einzelrichter ist abgeschafft. Das Bezirksgericht hat Senate; die Revision wurde abgeschafft. Die Staatsanwaltschaften wurden aus der Justiz herausgelöst und unmittelbar dem Ministerrat unterstellt. Der Strafvollzug liegt der Volkspolizei ob. Besonderer Wert wird darauf gelegt, daß die Verfahren nicht verzögert werden. Der Staatsanwalt hat eine vermehrte Möglichkeit, auch in bürgerliche Rechtsstreitigkeiten einzugreifen.

B. MUELLER (Heidelberg).

Geigel: Die Höhe des Schmerzensgeldes. Neue jur. Wschr. A 1954, 706—708.

Nach dem Urteil des B.G.H. vom 29. 9. 52 und dem Aufsatz von GELHAAR „Zur Bemessung des Schmerzensgeldes“ (NJW 53, 1281) ist in weiten Kreisen des Publikums der Eindruck entstanden, als ob nunmehr grundsätzlich in allen Fällen weit höhere Schmerzensgelder verlangt werden könnten, als die Gerichte bisher zugesprochen hätten. Verf. vertritt demgegenüber die Ansicht, daß die bisher für bestimmte Arten von Körperverletzungen nach früheren Urteilen gewährten Entschädigungen durchaus auch heute noch angemessen sind, wenn in der Bezifferung auch die jeweilige Kaufkraft des Geldes bedacht wird. Hierbei muß auch noch beachtet werden, daß die Mehrzahl der Bevölkerung angesichts der allgemein eingetretenen Verarmung schlechter als früher lebt.

GOLDBACH (Marburg a. d. Lahn).

STGB §§ 223, 239, 241 (Elterliches Züchtigungsrecht). Eltern, die ihre 16jährige sittlich verdorbene Tochter durch Kurzschneiden der Haare und Festbinden an Bett und Stuhl bestrafen, überschreiten nicht das elterliche Züchtigungsrecht. Neue jur. Wschr. A 1953, 1440.

Hans Grömig: Die Zulässigkeit einer Encephalographie gemäß § 81 a StPO. Neue jur. Wschr. 1954, 300—301.

Verf. (Regierungsrat) wendet sich gegen die Ansicht LÖFFLERS (NJW 51, 823), wonach die Anordnung einer Luftencephalographie im Strafprozeß gem. § 81 a StPO zulässig sei, da sie keinen gesundheitlichen Nachteil mit sich bringe, wenn sie unter Beachtung aller Kautelen und nach Ausschluß von möglichen Kontraindikationen durchgeführt wird. Als Begründung für seine gegenteilige Auffassung führt Verf. eine Entscheidung des RVA vom 25. 4. 40 sowie die VO zur Bekämpfung v. Geschl.-Krankh. v. 11. 9. 27 und v. 27. 2. 40 und endlich das BVG v. 1. 10. 50 an, wonach eine Lumbalpunktion und Encephalographie nicht zumutbar sei bzw. als Operation zähle und damit ohne Einwilligung verboten sei. Er kommt zu dem nicht unbedenklichen Schluß, daß im Strafprozeß nicht erlaubt sein könne, was in der Sozialgesetzgebung „verpönt“ sei. Im Rahmen der Interessenabwägung zwischen der Gesundheit des Beschuldigten und der vollständigen Sachaufklärung macht er schließlich noch geltend, daß bei einer Encephalographie „unter Umständen die Gesundheit des Beschuldigten zum Teufel geht“. Es wäre angebracht, daß Verf. diese Behauptung mit konkretem Beweismaterial belegt. GÖPPINGER.^{oo}

Ges. z. Verhütung erbkranken Nachwuchses — v. 14. 7. 1933 idF d. Ges. v. 24. 6. 1935 § 14 Abs. 2 (Einwilligung zur Entmannung). b) Die Entmannung eines Konzentrationslagerhäftlings (Sittlichkeitsverbrechers) wird durch seine Einwilligung nicht gerechtfertigt, wenn er die Einwilligung deshalb erklärt hat, weil er ohne die Entmannung keine Aussicht sieht, die Freiheit wiederzuerlangen. [BGH, Urt. v. 27. 3. 1953 — 1 StR 689/52 (LG München II).] Neue jur. Wschr. A 1953, 1070—1072. BGB § 839, ALR Einl. § 75; Ges. zur Verhütung erbkranken Nachwuchses v. 14. 7. 1933 RGBL. I 529 (Schadenersatz für Unfruchtbarmachung). Unfruchtbarmachung begründet, auch wenn die betreffende gerichtliche Anordnung im Wiederaufnahmeverfahren aufgehoben wird, keine Ersatzansprüche gegen ein Land. (OLG Hamm, Beschl. v. 29. 1. 1954 — 9 W 231/53.) Neue jur. Wschr. A 1954, 559—560.

StGB § 142 (Unfallflucht). Mit Beginn der Entfernung vom Unfallort liegt zunächst nur versuchte Unfallflucht vor. Die Flucht ist vollendet, wenn sich der Täter so weit oder an einen Ort entfernt hat, daß er nicht ohne weiteres erreichbar oder als Beteiligter feststellbar ist. [BGN, Urt. v. 7. I. 1955 — s StR 239/54 (Düsseldorf).] Neue jur. Wschr. A 1955, 310—311.

Soziale, Versicherungs- und Arbeitsmedizin.

● **Ewald Gerfeldt: Sozialhygiene. Theorie, Praxis, Methodik.** Mit ein. Geleitw. von KISSKALT. Berlin: Walter de Gruyter 1955. VIII, 90 S. Geb. DM 14,80.

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, das Gebiet der Sozialhygiene abzugrenzen gegenüber anderen Disziplinen und seine Aufgaben zu umreißen. Sozialhygiene — als exakte Wissenschaft — befaßt sich mit den Beziehungen zwischen Mensch und Umwelt, versucht Schädigungen zu verhindern und förderliche Faktoren zu begünstigen. Verf. findet als Definition: „Die Sozialhygiene ist die Wissenschaft, die den unselbständigen, vom Milieu abhängigen Menschen vor Schädigungen durch seine belebte Umwelt und unlebte Umgebung zu schützen sucht, indem sie die Einflüsse erforscht, praktische Vorschläge ausarbeitet, um hemmende Faktoren zu beseitigen und fördernde zu begünstigen und die für dieses Ziel dienlichen und notwendigen Maßnahmen oder Einrichtungen trifft“. Es werden Vorschläge für die Reihenuntersuchungen und Reihenbeobachtungen und die statistische Erfassung eines bestimmten Materials gemacht, ohne welche die Sozialhygiene nicht auskommen kann. Stichprobenverfahren, Zufallsberechnungen, Normalverteilung, Binominalkurven werden erläutert und zur Lösung sozialhygienischer Probleme empfohlen. Verf. stützt seine Ausführungen, im Verlaufe derer er mehrere Jahrtausende der Menschheitsgeschichte durchleuchtet, mit zahlreichen Zitaten aus Philosophie, Literatur, Psychologie und Biologie. Insofern ist die Abgrenzung der Sozialhygiene als einer exakten Wissenschaft nicht gelungen. Das Buch könnte auch heißen: „Nietzsche und die Sozialhygiene“.

TRUBE-BECKER (Düsseldorf).

Fritz Schwarz: Heinrich Zanggers Weg zur Arbeitsmedizin. Arch. Gewerberpath. u. Gewerbehyg. 13, 394—396 (1955).

L. Delius: Die Beurteilung vegetativ-nervöser Störungen in der Versicherungs- und Versorgungsmedizin. [16. Tagg, Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Vers.- u. Versorg.-Med., Oldenburg, 22. u. 23. IX. 1952.] Hefte Unfallheilk. H. 44, 21—32 (1953).

Zur Ermittlung der vegetativen Verfassung des Kreislaufs wurde die intravenöse Applikation von 0,3 γ Adrenalin je Kilogramm Körpergewicht in 0,43 sec verwandt. Mit diesem Verfahren, das in Beziehung zu anderen ähnlichen Meßverfahren gebracht wird, wird der durchschnittliche Reaktionsablauf aufgezeigt. Das Gebiet der Hirn- und Schädeltraumafolgen bietet eine Brücke zu den zahlreichen Untersuchungen über die posttraumatischen vegetativen Störungen. Nach Oberschenkelamputation würden nicht ganz selten vegetative Regulationsstörungen beobachtet. Die Erwerbsminderung durch vegetative Dystonie liege meist nicht über 30% und klinge in 2—5 Jahren ab. Eine zwangsläufige Ablehnung von Schadensfolgen bei Neurosen mit vegetativen Störungen (nach dem BVG) sei ungerechtfertigt. Abschließend werden noch der „Stress“, Barbitursäurevergiftungen, chronische Kohlenoxydvergiftungen kurz besprochen.

JUNGMICHEL (Göttingen).

V. Lachnit: Neuere Ergebnisse in der Gewerbemedizin. [II. Med. Univ.-Klin., Wien.] [Med. Ges. f. Oberösterreich, 24. VI. 1951.] Wien. med. Wschr. 1952, 847 bis 849.

Verf. berichtet über Toxikologie, Pathophysiologie und neuere Therapie einiger arbeitsmedizinisch interessanter Stoffe: Bei den *Lösungsmitteln* ist das Fettlösungsvermögen entscheidend für Giftwirkung, besonders bei akuter Aufnahme (Narkose). Bei dem toxikologisch bedeutungsvollsten, dem *Benzol*, steht bei chronischer Einwirkung die Schädigung des Knochenmarks, vor allem des myelocytären Systems im Vordergrund. Die Bildungsstätte der Roten wird erst später geschädigt. Hand in Hand geht eine Minderung der capillären Resistenz (Blutungsneigung, pos. Rumpel-Leede). Auf die besondere Bedeutung der Sternalmerkpunktion für die Früherkennung wird verwiesen. Bei der Therapie soll der erhöhte Vitamin C-Verbrauch berücksichtigt werden, gegen die Capillarbrüchigkeit hat sich Rutin bewährt. Bei zusätzlicher Einwirkung von Infekten, von Medikamenten mit blutschädigender Wirkung und strahlender Energie usw. kann der