

150 Kindern wurde die Blutkörpercheneigenschaftsprüfung nach der gleichen Methode, die Serumprüfung durch die Deckglasmethode nach Lattes vorgenommen. Bei den Neugeborenen fanden sich 2mal Agglutinine im Nabelschnurblut, die bei der Mutter nicht vorhanden waren; bei Nachuntersuchungen am 6. Tage waren die Agglutinine im kindlichen Blut nicht mehr zu finden. Es finden sich bei den Mutter-Kinduntersuchungen keine Fälle, die der Bernsteinschen Erbregel widersprechen, d. h. Kinder O von Müttern AB, und Verf. weist darauf hin, daß durch schwache Blutkörpercheneigenschaften im Nabelschnurblut Fehlbestimmungen möglich sind, die dann mit der Erbregel in Widerspruch zu stehen scheinen. Bei den untersuchten Fällen ist außer der Blutgruppenzugehörigkeit, das Geschlecht des Kindes, sein Gewicht, seine Länge und das Placentargewicht angegeben. Ein Einfluß der Gruppenverschiedenheit auf Eklampsie und Icterus neonatorum wurde nicht beobachtet.

Mayser (Stuttgart).

Wellisch, Siegmund: Das Blutgruppenproblem vor Gericht. Z. Rassenphysiol. 2, 172—178 (1930).

Verf. geht aus von den Genhypothesen Bernsteins und Furuhatas, von den 3 serologischen Erbeinheiten. Eine Tabelle bringt die Blutgruppen der legitimen Kinder in den 21 möglichen Fällen der Elternkombinationen. Es folgt eine Tabelle, welche die Möglichkeit der Vaterausschließung bringt. Sodann kommt der Verf. auf die Möglichkeit der Unterscheidung zwischen den rein- und gemischterbigen Untergruppen zu sprechen. Da eine unmittelbare Unterscheidung der Untergruppen oft unmöglich ist, muß die Bestimmung der Gleich- und Ungleichkeimigkeit auf biologischem Wege erschlossen werden. Es folgen Überlegungen, welche zu eindeutigen Ergebnissen führen können. Das Blutgruppenproblem kann nach ihm dann uneingeschränkt auch allen gerichtlichen Zwecken dienstbar gemacht werden, wenn es gelingt, „einen direkten Weg zur Unterscheidung der gleichkeimigen von den ungleichkeimigen Phänotypen, etwa mit Benutzung des Stufenphotometers als Agglutinationsmesser und mit äußerst scharfen quantitativen Methoden, zu ermitteln“. *Foerster.*

Lattes, L.: Sieri gruppo-specifici e spermatozoi. (Gruppenspezifische Sera und Spermatozoen.) (Istit. di Med. Leg., Univ., Modena.) Boll. Soc. Ital. Biol. sper. 4, 847—849 (1929).

Es gelang nicht, eine gruppenspezifische Wirkung menschlicher Sera auf Spermatozoen nachzuweisen. Weder kam es zu gruppenspezifischer Agglutination, noch zu vorzeitiger Immobilisierung. Geprüft wurde Sperma einer heterozygoten Person der Gruppe A (Formel AR) gegenüber Sera Anti A, Anti B und Anti AB. Auch für eine elektive Beeinflussung derjenigen Spermatozoen, welche im Sperma AR Träger der A-Eigenschaft sein konnten, ergaben sich keine sicheren Hinweise. Ebenso fielen Untersuchungen von Sperma der AB-Gruppe negativ aus.

F. Schiff (Berlin).

Kunstfehler. Ärzterecht.

Glaesmer, Erna: Analyse der Avertinmortalität. (Gynäkol. Klin. v. Dr. Glaesmer u. Dr. Amersbach, Heidelberg.) Münch. med. Wschr. 1929 II, 2089—2091.

Todesfälle durch Avertinnarkose dürfen nicht mit solchen in Avertinnarkose verwechselt werden. Fehler und bisherige Unzulänglichkeiten der Methode dürfen nicht dem Mittel zur Last gelegt werden. Voll- und Basisnarkose muß unterschieden werden. Die anfänglichen Todesfälle durch zu starke Erhitzung und zu hohe Dosierung müssen nicht immer wieder angeführt werden. Anstatt der Vollnarkose sollte nur die Basisnarkose angewandt werden, die alle Vorzüge der Schlafmittelbetäubung auswerten läßt. Es gibt Kontraindikationen bei Leber- oder Nierenerkrankungen, bei Sepsis, bei Beeinträchtigung des Atemvolumens. Einige Todesfälle kommen auch auf Rechnung von Kombinationsversuchen des Avertins mit Lumbalanästhesie, Veronal, Pantopon-Scopolamin-Magnesiumsulfat; Kombination ist auch bei Avertin notwendig und anzustreben. Aber die einzelnen Kombinationsmöglichkeiten müssen sehr sorgfältig geprüft und ausgewählt werden, da bisher keinerlei Erfahrungen darüber vorliegen. Nicht immer

liegt eine Summierung, manchmal eine Potenzierung der Wirkung und der Schädlichkeiten vor. Morphiumpräparate sollten mit besonderer Vorsicht verwandt werden, besser unterbleibt jede vorbereitende Injektion, so daß die Dosierung des Avertins besser zu übersehen ist. Man kann das Morphium nach dem Avertineinlauf geben. Das spät und nachhaltig wirksame Veronal wird in der Vorbereitung besser ersetzt durch ein leichter lösliches Mittel, damit die Kumulation der Schlafmittelwirkung vermieden wird. Die Martinsche Kombination mit Magnesiumsulfat und Narkophin per klysmata kann empfohlen werden. *Helmut Schmidt (Hamburg-Eppendorf).* ^{o°}

Pétrignani, Roger: *Incidents et accidents de l'anesthésie épидurale.* (Nebenerscheinungen und Zwischenfälle bei der epiduralen Anästhesie.) *Gaz. Hôp.* 1930 I, 295—300.

Plötzliche Todesfälle nach der Injektion (3 Fälle aus der Literatur; hiervon 2 mal Punktions des Lumbalsackes, 1 mal ungewöhnlich und unangemessen hohe Dosen narkotisch wirkender Mittel in der Vorbereitung des Kranken; im Gegensatz zur intramuskulären und subcutanen Injektion führt die Einspritzung in den Epiduralraum in größeren Dosen offenbar durch besonders rasche Resorption zu Hypotension und evtl. Atemlähmung; die Dosis von 40—60 cg Novocain soll daher nicht überschritten werden; die Todesfälle haben ihre Ursache stets in technischen Fehlern). Neuroparalytische Störungen (in einem Falle 48stündige Lähmung der unteren Extremitäten, im anderen Fall teilweise Atemlähmung; auch hier die Ursache fehlerhafte Technik: Einspritzung in den Lumbalsack bzw. in eine Vene). Shockwirkung (Blässe, Cyanose, Übelkeit, Schweißausbruch, Pulsbeschleunigung, leichte Blutdrucksenkung werden oft beobachtet und sind belanglos; bei Frauen wurden gelegentlich rasch vorübergehende psychische Alterationen gesehen). Als gelegentliche unmittelbare Nachfolgen der EA werden vermerkt: Kreuz- und Rückenschmerzen (antineuralgische Behandlung, Seitenlage), Kopfschmerzen, passagere Lähmung der unteren Extremitäten (1 Fall), Polyurie, Retentio urinae. Spätfolgen: Geschwürsbildung über dem Kreuzbein (sehr selten), ein Fall von Abducenslähmung, die 14 Tage lang anhielt, Herpes facialis (1 Fall), epileptiformer Anfall (ein nicht ganz geklärter Fall). *F.O. Mayer.*

Hudson, A. B.: *Death during spinocain anaesthesia.* (Tod in Spinocainanästhesie.) *Brit. med. J.* Nr 3614, 693 (1930).

Ein 58jähriger Mann wurde wegen eines Coecumcarcinoms in Lumbalanästhesie operiert. Die Injektion erfolgte bei horizontal gelagertem Kranken in Höhe des 10. Dorsalwirbels, danach wurde das Kopfende des Tisches tief gelagert und blieb so während der Operation. Die Narkose wurde durch Sauerstoffnarkosegemisch verstärkt. Eine Stunde 10 Minuten nach Beginn der Narkose setzten Herz und Atmung aus. Durch Herzmassage vom offenen Abdomen her und durch intrakardiale Adrenalininjektion kam nach 15 Minuten die Herzaktivität wieder in Gang. Der Kranke bekam Sauerstoff zu atmen, die Operation wurde beendet. Trotz Sauerstoff- und Stickstoffzuführung und ununterbrochener künstlicher Atmung erfolgte nach 3½ Stunden der Tod. Bemerkenswert war, daß 2 Stunden bevor das Herz seine Tätigkeit vollständig einstellte, Totenstarre des Nackens eintrat. *F. Jendralski (Gleiwitz).*

Lindemann, August: *Gefahren und Zufälle bei der Anästhesierung der Trigeminusbahnen.* (Westdeutsch. Kieferklin., Düsseldorf.) *Schmerz usw.* 2, 363—381 (1930).

Lindemann berichtet über eine größere Anzahl von üblen Zufällen nach Leitungsanästhesie des Trigeminus. In der westdeutschen Kieferklinik in Düsseldorf wurden im Jahr 1927 28 Fälle, im Jahr 1928 23 Fälle und im ersten Halbjahr 1929 19 Fälle von unangenehmen Folgeerscheinungen beobachtet, von denen 4 tödlich endigten, während es in 12 Fällen zu schweren irreparablen Schäden im Bereich der Weich- und Hartgebiete des Kiefermundbereiches kam. Ein großer Teil der Fälle ist Verstößen gegen die Asepsis zur Last zu legen, ein anderer Teil ist ungeeigneten Konzentrationen oder falschen Dosierungen der injizierten Medikamente zuzuschreiben. So werden mehrere Fälle angeführt, in denen zu hochprozentige Cocainlösungen, Carbolsäure, Salpetersäure oder Seifenspiritus injiziert wurden. In einem Fall wurde statt einer Novocain-Suprareninlösung Formalin in hochprozentiger Form eingespritzt, in einem anderen Fall wurde 2 Schwestern versehentlich Salzsäure injiziert. Beide Patientinnen bekamen eine ausgedehnte Gangrän im Bereich der Oberlippe, Wangen

und Nase, die von einer Nekrose angrenzender Oberkieferteile begleitet war. Auch Verletzungen von Nerven durch ungeeignete Nadelspitzen wurden beobachtet. Bei einem der Todesfälle handelte es sich um einen subperiostalen Abscess am Unterkiefer, in den offenbar die Nadel bei der intraoralen Mandibularanästhesie gegen den Willen des Operateurs hinein kam. Es entstand eine Phlegmone des weichen Gaumens, die in das obere Halsdrittel und später in das vordere Mediastinum übergriff. In einem anderen Fall wurde zur Extraktion eines periostitischen Eckzahnes eine Novocain-Suprarenineinspritzung gemacht. 3 Tage später schwere Sepsis: aus einem kleinen Weichteilabscess in der Gegend der linken Fossa canina wurden hämolytische Streptokokken gezüchtet. Neben den septischen Prozessen, die bekanntlich eine große Neigung haben, nach dem Mundboden, dem harten und weichen Gaumen, der Flügelgaumengrube und dem oberen Halsdrittel fortzuschreiten, sind es die Ernährungsstörungen in der Knochensubstanz des Ober- und Unterkiefers, die durch Gefäßschädigungen auftreten. L. hat in solchen Fällen große Zerstörungen mit ausgedehnter Defektbildung im Knochen gefunden. Instruktive Röntgenbilder belegen diese Mitteilungen.

Caesar Hirsch (Stuttgart).^o

Panse, Rudolf: Gefahren der örtlichen Betäubung. Arch. Ohr- usw. Heilk. 124, 1—3 (1929).

Panse wollte einem 18jährigen kräftigen jungen Mädchen wegen häufig auftretenden Mandelentzündungen die Gaumenmandeln ausschälen. Herz- und Gelenkbeschwerden wurden auf Befragen in Abrede gestellt. Zweimal Pinseln mit 10 proz. Tutocain + Suprarenin in Pausen von 5 Minuten. Nach weiteren 5 Minuten Einspritzen von je 10 ccm $1\frac{1}{2}\%$ Tutocain + 1 Tropfen Suprarenin auf den Kubikzentimeter hinter die Mandeln, die mit Manns Zähnchenzange vorgezogen wurden, während der Gaumenbogen mit einem Hækchen lateral gehalten wurde. Nach etwa $2\frac{1}{2}$ Minuten ruft die Kranke: mein Kopf, mein Kopf! und erbricht. Nach Ablauf der Sanduhr von 5 Minuten Schnitt an dem rechten Gaumenbogen, einmaliges Einführen der Sturmann-Schere. Strecken, Augenverdrehen, die Kranke rutscht zusammen. Puls nicht fühlbar. Lang gelegt; zwei Spritzen Cardiazol + eine Lobelin; einige röchelnde Atmungen, $\frac{1}{2}$ Stunde ohne Erfolg künstliche Atmung. Bei der gerichtlichen Sektion besonders auch des Gehirns nichts Kennzeichnendes gefunden. „Wir stehen einem furchtbaren Rätsel gegenüber, das mit dem Worte Idiosynkrasie nicht gelöst wird. Nur durch Zusammentragen und Bearbeiten aller solcher Unglücksfälle kann meines Erachtens der Lösung näher gekommen werden. Ich bitte deshalb, mir vorgekommene Fälle mit möglichst genauer Angabe der Art und Stärke der Lösung, der Anwendungsweise, der Erscheinungen und des etwaigen Leichenbefundes mitzuteilen, damit ich versuchen kann, die Ursache und Verhütung solcher erschütternder Unglücksfälle durch eine Aussprache — ohne Namensnennung — zu klären.“ Da dieser Unglücksfall sicherlich nicht vereinzelt ist und P. ihn in seiner bekannten Ehrlichkeit mitteilt, möge seine Aufforderung nicht unerhört verklungen und ebenso aufrichtige Mitteilungen veranlassen, um diese so wichtige Frage auch im weiteren Kreise erörtern zu können.

Biehl (Wien).^o

Rahm, H., und M. Haas: Der Tod beim Basedow. (Lokalanästhesie oder Narkose.) (Chir. Univ.-Klin., Breslau.) Zbl. Chir. 1930, 322—330.

Von den von Verff. beobachteten Basedowtodesfällen bei der Operation erfolgten 10 nach Äthertröpfnarkose, einer 5 Minuten nach Beendigung der Lokalanästhesie und einer im Koma 36 Stunden nach Avertinfullnarkose (Leberschädigung?). Beim Basedow soll daher jede Narkose unter ganz besonderen Vorsichtsmaßregeln vorgenommen werden; die einfache Äthertröpfnarkose ist sehr gefährlich, Narkose mit Sauerstoff-Äther-Gemischen ist viel ungefährlicher; je mehr Sauerstoff angeboten wird und je weniger Äther gebraucht wird, um so günstiger. Am gefahrlosesten ist die Lokalanästhesie, die allerdings bei psychisch sehr alterierten Patienten nicht angewandt werden kann.

W. Misch (Berlin).^o

Levy, Else: Vorübergehende Amaurose bei Septumanästhesie. (Univ.-Klin. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrank., Berlin.) Z. Hals- usw. Heilk. 25, 245—248 (1930).

16jähriger Astmatiker mit hochgradiger Deviation des Septums nach links. Operation in Lokalanästhesie. Plötzlich starker Schmerz im linken Auge, Mydriasis und vollständige Amaurose links. Nach etwa $\frac{1}{4}$ Stunde fängt die Pupille langsam wieder an zu reagieren. Nach $1-1\frac{1}{2}$ Stunden keine Veränderungen am Augengrunde sichtbar. Verf. glaubt an eine anatomische Gefäßanomalie im vorliegenden Falle (später Abgang der A. centralis retinae und

stark entwickelte A. ethmoid. post.): Material, das unter oder in die Septumschleimhaut eingespritzt wird, kann in einen Ast der Art. ethmoidalis post. gelangen; der Druck in diesen kleinen Endarterien ist sehr gering und wird leicht durch den Spritzendruck überwunden. Auf direktem Wege kann die Masse dann in die Art. centralis retinae übertreten und so zu vorübergehender (bei leicht resorbierbarer Masse) oder dauernder (bei fester Masse wie Paraffin) Amaurose führen.

Kurt Mendel (Berlin).

Jacobs, J.: Zwischenfälle bei der Suboccipitalpunktion. (Hautklin., Städt. Krankenanst., Essen.) Münch. med. Wschr. 1929 II, 1290—1291.

Bei insgesamt 3000 Punktionen ereigneten sich folgende 2 Zwischenfälle.

Im 1. Fall kam es bei einem 42jährigen Mann, der im Kriege eine schwere Schädelverletzung erlitten hatte, zu einer arteriellen Blutung aus der offenen Punktionsnadel, ohne daß sich vorher Liquor zeigte. Nach sofortigem Abbruch der Punktionsnadel entstanden ein Krampf des rechten Armes und Beines, Druckpuls, heftige Kopfschmerzen und Erbrechen. Unter horizontaler Lagerung verschwanden die Beschwerden allmählich. In den nächsten Tagen Temperatursteigerungen bis 39,6°. 9 Tage später kam es beim Aufstehen zu erneuten Hirndrucksymptomen mit Kollaps, oberflächlicher Atmung und Bewußtseinstörungen und 2 Tage nachher wieder zu einem Temperaturanstieg auf 39,6°. Gleichzeitig trat ein Strabismus convergens in Erscheinung. Im Verlauf der nächsten Tage traten nochmals ähnliche Beschwerden auf. Trotzdem konnte der Patient 20 Tage nach der Punktionsnadel durch das Ligamentum atlanto-occipitale tragen am rechten Arm und Bein ein kurzdauernder Krampf auf, der ohne jede weiteren Folgen blieb.

Verf. nimmt an, daß durch die früheren Schädelverletzungen entzündliche, zu Verwachsungen und zu Verlagerungen führende Prozesse an den Hirnhäuten stattfanden. Im 1. Falle kam es dadurch wahrscheinlich zu einer Verletzung der Arteria cerebelli inferior posterior mit anschließender Blutung in dem 4. Ventrikel, die sich durch das Aufstehen des Patienten wiederholte, im 2. Falle zu einer Verletzung der Pia ohne Blutung. Bei vorausgegangenen Schädelverletzungen ist die Suboccipitalpunktion gefährlich und deshalb nicht ambulant vorzunehmen. *Memmesheimer (Tübingen).*

Schimmel: Zur Septojodbehandlung. Münch. med. Wschr. 1926 I, 590.

Riehm: Augenschädigungen nach Septojodbehandlung. Münch. med. Wschr. 1926 I, 590.

Scheerer, Richard: Akuter Zerfall des retinalen Pigmentepithels nach intravenöser Injektion von Septojod im Wochenbett. Klin. Mbl. Augenheilk. 76 (1926).

Riehm: Über Presojod-Schädigung des Auges. Klin. Mbl. Augenheilk. 78 (1927).

Roggenkämper: Akuter Pigmentzerfall der Netzhaut infolge Septojodintoxikation. (51. Vers. Niederrhein. Augenärzte, Düsseldorf, Nov. 1927.) Klin. Mbl. Augenheilk. 78, 827 (1927).

Die ursprüngliche Preglsche Jodlösung, die unter der Firmenbezeichnung „Presojod“ von der Firma Dr. Joachim Wiernik & Co. in Berlin-Weidmannslust, oder in 10facher Stärke als Septojod in den Handel gebracht wird, hat eine recht weite Verbreitung gefunden. Sie wird bei allgemeiner Sepsis, bei Puerperalsepsis, bei infektiösen Neuritiden gebraucht, neuerdings auch als Mittel zur Verödung von Krampfadern. Die Anwendung erfolgt intravenös oder intramuskulär. Diese ziemlich ausgedehnte Verwendung hat in einer Reihe von Fällen zu schweren Vergiftungen mit durchaus charakteristischen Symptomen geführt; so berichten Schimmel und Riehm über 3 Fälle, Scheerer über einen Fall, und neuerdings Roggenkämper aus Mülheim a. d. Ruhr über einen weiteren Fall von schwerer Schädigung der Netzhaut nach intravenöser Einspritzung von Septojod. Das Krankheitsbild ist sehr charakteristisch: plötzliche Verschlechterung des Sehens 24 Stunden nach der Einspritzung mit Verfärbung und Schwellung der Netzhaut, Stauungen der Gefäße am Augenhintergrund, kleinen Blutungen und später auftretender Pigmentierung. In allen Fällen blieb eine erhebliche Schädigung des Sehvermögens zurück. Bei den beiden ersten Fällen von Schimmel und Riehm wurden 150 ccm = etwa 2,4 ccm je kg Körpergewicht intravenös gegeben; in dem von Scheerer veröffentlichten Falle hatte eine stark ausgeblutete, fiebrige Wöchnerin 100 ccm ebenfalls intravenös erhalten.

In dem von Roggenkämper bekanntgegebenen Fall, der besonders tragisch ist, da keine vitale Indikation zur Verabfolgung des Mittels nötigte, wurden nach günstigem Trendelenburgschen Versuch und nach Entfernung eines etwa 8 cm langen Stückes der Schenkelvene 380 ccm Septojod in die peripheren Venenräume gegossen. Auch in diesem Falle, wo es sich um eine sonst kräftige und gesunde Patientin handelte, traten einige Stunden nach der Verabfolgung starke Sehstörungen, ferner längere Zeit eine erhebliche Störung des Allgemeinbefindens ein. Riehm hat das Krankheitsbild im Kaninchenversuch nachgeprüft und hat bei Gaben von 2,5 und 5 ccm je kg Körpergewicht typische Augenveränderungen mit Zerfall des Pigmentepithels gefunden. Es folgte eine allgemeine Atrophie der Netzhaut. Auch bei einer Dosis von nur 1,0 ccm je kg waren zwar makroskopisch keine Veränderungen nachzuweisen; histologisch aber fanden sich auch schon eine Reihe bemerkenswerter Veränderungen. Riehm empfiehlt dringend, beim Menschen nicht über eine Dosis von 1 ccm Septojod je kg Körpergewicht hinauszugehen. Es ist dringend zu wünschen, daß diese Beobachtungen weitestgehend bekannt werden, da die Folgen einer Septojodvergiftung so verhängnisvoll sind. Vielleicht ist es besser, überall da, wo keine vitale Indikation für die Anwendung gegeben ist, wie bei den septischen Erkrankungen, auf Septojod ganz zu verzichten.

Beyreis (Mülheim, Ruhr).

Rameev, R.: Chininintoxikation und Chininamaurose. Russk. oftalm. Ž. 10, 51 bis 58 (1929) [Russisch].

Die Arbeit von Rameev ist eine Zusammenfassung der Literatur über Chininvergiftungen. Sie berührt die Pharmakologie des Chinins, die Klinik und die pathologische Anatomie des Auges bei Chininvergiftung. Seinerseits veröffentlicht Verf. 5 Fälle von Chininvergiftung, bei welchen er die Augen untersuchen konnte. Das klinische Bild der Chininvergiftung am Auge war bei allen fast gleich: vorübergehende Amaurosis, weite, starre Pupillen, Ischämie und Verengerung der Blutgefäße der Netzhaut, besonders der Arterien, blasses Papille und später, bei Herstellung des Sehvermögens, Hemeralopie und konzentrische Gesichtsfeldverengerung. Oft beobachtete er im anämischen Fundus den roten Fleck in der Macula lutea. Der Visus hob sich allmählich im 1. Falle auf 0,7—0,8, im 3. Falle auf 0,6—0,7, im 4. Falle auf 1,0. Nur im 2. Falle verschlechterte sich der Visus mit der Zeit von 0,2 auf 0,1. Der 5. Fall konnte nicht länger beobachtet werden. Die toxische Dosis betrug im 1. Falle 8,0 g, im 2. Falle 5,0, im 3. Falle 15 Tabletten (= 7,5 ?), im 4. Falle erst 5,0 und nach 3 Jahren bei wiederholter Vergiftung nur 2,5, im 5. Falle unbekannt. J. Uudelt (Tartu-Dorpat). °°

Alvis, B. Y.: Amaurosis following ingestion of ethylhydrocuprein. Report of a case. (Erblindung durch Äthylhydrocuprein bei Pneumonie.) Arch. of Ophthalm. 2, 328 bis 332 (1929).

Beobachtung: 22jähriges Mädchen mit typischer Pneumonie; vom 3. Tag an Verabreichung von Äthylhydrocuprein in Dosen von 0,26 g 5ständlich, während der nächsten 3 Tage insgesamt 3,75 g; beim Erwachen am nächsten Morgen Erkennen von Hell und Dunkel, nach weiteren 2 Stunden völlige Erblindung. Ophthalmologischen Befund (5 Stunden später): Starre, weite Pupillen, Papillen blass, Grenzen leicht verschleiert, hochgradig verengte, beinahe geschrumpfte Arterien, fadenförmige Venen; rechts kirschröter Fleck in Macula und leichtes Netzhautödem; nach 10 Tagen Lichtempfindung; dieser Befund blieb die nächsten Wochen unverändert; Operation wegen postpneumonischen Empyems; nach 3 Monaten träge reagierende Pupillen, der rote Fleck in der Macula war verschwunden, Netzhautödem in Rückgang begriffen, der übrige Befund unverändert; Gesichtsfeld für große Gegenstände leidlich erhalten, S = Fgz. in 8 Fuß, nach weiteren 4 Wochen (also 4 Monate nach der Erblindung) träge reagierende Pupillen. Rechtes Auge: Blasse, scharf begrenzte Papille mit einigen kleinen Gefäßen darauf; Lamina cribrosa eben sichtbar, Arteria und Vena nasalis sup. leer und als weißer Faden sichtbar; auch die übrigen Gefäße stark verdünnt, längs der Arterien weiße Streifen; an Stelle des roten Flecks in der Maculagegend unscharf begrenzte, weiter ausgedehnte Pigmentierung; an ein oder zwei anderen Stellen schmale Pigmentflecke, anscheinend von früheren Blutungen herrührend. Linkes Auge: Im ganzen derselbe Befund; temporal und unterhalb der Macula umschriebene Pigmentablagerung. Der Fundus bot das Bild einer Opticusatrophie mit außerordentlicher Verengerung der Gefäße. S = 20/75; GF: nasal 15—20, temporal 20—30, oben 15—30, unten 15; kein Farbenempfinden. Behandlung: Nitrate in steigenden Dosen, Pilocarpin (Schwitzen), Jod, später Strychnin. — In der Aussprache wird auf die älteren, bekannten Arbeiten von Knapp, Baldwin, De Schweinitz, Holden, Birch-Hirschfeld, Morgenroth, Uhthoff verwiesen. Aus der Übersicht ergibt sich, daß bei den meisten die von Morgenroth angegebene Maximaldosis von 1,2 g täglich überschritten

worden ist, bei anderen scheint eine gewisse Idiosynkrasie vorhanden gewesen zu sein. Bei Verabreichung des Mittels mit Milch (neutralisierende Säure zwecks langsamer Resorption, Mendel) wurden bei Tagesdosen von 1,5 g keine Augenveränderungen beobachtet; ebenfalls fehlten sie bei Verwendung der unlöslichen basischen Verbindungen. Bei dem beschriebenen Fall scheint es sich um eine außergewöhnliche Überempfindlichkeit gehandelt zu haben, da sowohl die Stärke der Dosen wie die Verabreichung in großen Intervallen vollständig innerhalb der Norm lagen.

R. Wißmann (Wiesbaden).^{oo}

Bretagne, P.: Accidents cornéens par une solution de nitrate d'argent trop concentrée chez un nouveau-né. (Hornhautschädigung durch zu hoch konzentrierte Arg. nitr.-Lösung bei einem Neugeborenen.) (42. congr., Paris, 13. V. 1929.) Bull. Soc. franç. Ophtalm. 42, 279—282 (1929).

6 Tage nach der Geburt beobachtete Bretagne auf einem Auge eine oberflächliche Infiltration der Cornea, über der das Epithel zugrunde ging. Nach 2 Wochen war das Epithel wieder regeneriert, die Trübung verschwunden. Das andere Auge blieb gesund. Es stellte sich heraus, daß eine 7,5 proz. Lösung von Arg. nitr. verwendet worden war. B. rät auf Grund dieser Erfahrung, lieber Argyrol oder ein anderes weniger gefährliches, aber ebenso wirksames Antisepticum zu verwenden.

Kurt Steindorff (Berlin).^{oo}

Ermel: Eine verhängnisvolle Höllensteinklösung. Münch. med. Wschr. 1929 II, 1383—1384.

Durch Versehen eines Apothekers wird zur Credéisierung von Neugeborenen statt einer 1 proz. Höllensteinklösung eine 10 proz. Lösung verabfolgt. Die Folge ist eine schwere Verätzung der Hornhaut beider Augen bei einem Kinde, so daß auf einem Auge völlige Erblindung, auf dem anderen Auge fast völlige Erblindung eingetreten ist. Der Apotheker wird zum Schadensersatz verurteilt.

Winter (Königsberg).^{oo}

Wolff-Eisner, A.: Das Abbrechen einer Pneumothoraxnadel und die Frage eines ärztlichen Verschuldens. Med. Klin. 1930 I, 134—136.

Bei der 7. Nachfüllung brach die Stahlnadel ab und es blieb ein 3—4 cm langes Stück stecken. Dem Patienten wurde dies nicht mitgeteilt, sondern 5 Wochen nach Rückkehr wurde bei einer Durchleuchtung der Splitter entdeckt. Die Entfernung wurde jetzt von einem Chirurgen abgelehnt. Sofort im Anschluß an das Abbrechen der Nadel kam es zur Exsudatbildung auf derselben Seite, und etwa 5 Monate später ereignete sich ein Schaganfall bei dem 24 Jahre alten Patienten. Das Exsudat war in der Anstalt einige Male punktiert worden. Nach der Entlassung wurden die Nachfüllungen von dem behandelnden Arzte eingestellt, der Lungenprozeß verschlimmerte sich.

Da es sich um eine im wesentlichen einseitige, offene Lungentuberkulose handelte, war die Anlegung des Pneumothorax absolut indiziert. Ein Zusammenhang des Schlaganfalls mit dem Abbrechen der Nadel ist abzulehnen. Es ist bekannt, daß es im Verlauf von Lungentuberkulose zu schlaganfallähnlichen Zuständen kommen kann. Das Abbrechen der Nadel erfolgte erst am Ende der Füllung und wurde wahrscheinlich durch eine ruckartige Bewegung des sehr nervösen Patienten herbeigeführt. Ein ärztliches Verschulden lag nicht vor. Das Abbrechen der Nadel mußte allerdings dem Patienten mitgeteilt werden. Über die Notwendigkeit und Möglichkeit der Entfernung des Bruchstückes sind die Ansichten geteilt, die Nichtenfernung eines sterilen Fremdkörpers ist jedoch kein Kunstfehler. Ein Zusammenhang zwischen dem Abbrechen der Nadel und dem Exsudat besteht nicht, da das Nadelstück röntgenologisch außerhalb der Pleurahöhle in der Muskulatur steckt und da das Vorhandensein eines gleichzeitigen Exsudats auf der anderen Seite auf eine Exsudatbereitschaft aus anderen Gründen schließen läßt.

Lorenz (Spandau).^{oo}

Zimmermann, Gert: Darf man eine Glasspritze zur Probepunktion benutzen? (Lungenheilst. Frauenwohl, Allenstein, Ostpr.) Münch. med. Wschr. 1930 I, 186.

Mit einer Luerschen 20 ccm-Spritze (ganz aus Glas, einschließlich des Stempels) wurde eine Kranke mit Pleuritis exsudativa und aktiver offener Lungenphthise linksseitig punktiert in halbsitzender Stellung (Probepunktion). Beim Einstechen (offenbar bestand Pleuraschwarze) brach bei einer Bewegung der Kranke der Ansatz der Spritze, auf der die Kanüle saß, ab. Gleichzeitig hörte man ein schlurfendes, ziemlich lautes Geräusch, die Kanüle wurde sofort herausgerissen. Gleich darauf kollabierte die Kranke und fiel unter klonischen Zuckungen zusammen. Nach langerem Bewußtseinsverlust blieb eine Parese beider Beine und eine etwa 3 Stunden anhaltende, zunächst totale Amaurose und Sprachstörungen zurück, nach 24 Stunden nur noch eine leichte Schwäche beider Beine.

Der Mechanismus dieser cerebralen Luf tembolie dürfte dem von Brauer be-

schriebenen entsprechen (Kanülen spitze in einem Gefäß der verdickten Pleura, das Anastomosen mit den oberflächlichen Lungenvenen hatte). Auf Grund dieser Erfahrung warnt Verf. vor der Anwendung einer Luerschen Glasspritze bei der Pleurapunktion und empfiehlt die Rekordspritze mit Metallansatz.
Walcher (München).

Wilhelm, Seymour F.: Perforation of the bladder during cystoscopic examination. (Blasenperforation während einer cystoskopischen Untersuchung.) (*Surg. Div., Montefiore Hosp., New York.*) *J. of Urol.* 22, 555—562 (1929).

Verf. berichtet über einen eigenen und 2 von ihm bekannten Urologen beobachtete Fälle, in welchen gelegentlich einer Blasenspiegelung die Blasenwand durchbohrt wurde. In den beiden ersten Fällen war wegen der außerordentlich großen Empfindlichkeit der Blase die Cystoskopie in Lachgasbetäubung vorgenommen worden. Durch plötzliche starke Bewegung der Kranken (Aufbäumen der Unterbauchgegend) wurde die Blasenwand verletzt, es entleerte sich eine kleine Menge von Blut neben dem Instrument, und es trat ein Kollapszustand ein. Die sofort vorgenommene Laparotomie erwies das Vorhandensein von freier Flüssigkeit in der Bauchhöhle und Infiltration des retroperitonealen und perivesicalen Gewebes. Im 1. Fall konnte erst nach Extraperitonealisierung der Blase das Vorhandensein einer kleinen Durchbohrung der anterolateralen Wand festgestellt werden, die mit dem Cavum Retzii in Verbindung stand. Der Fall verlief tödlich. Im 2. Fall trat Heilung ein. Im 3. Fall war unter örtlicher Betäubung der Blase cystoskopiert worden. Ein plötzliches Aufbäumen, wie in den beiden ersten Fällen, führte zu einer Durchbohrung der Blasenmastdarmwand. Dieser Fall heilte nach Einlegung einer Dauersonde aus.

Ernst R. W. Frank (Berlin).^{oo}

Guisy, Barthélémy: Des cas mortels d'embolie gazeuse observés pendant le remplissage de la cavité vésicale au moyen d'air. (Todesfälle durch Embolie nach Luftfüllung der Blase.) *Arch. franco-belges Chir.* 31, 653—654 (1928).

Verf. hält die Füllung der Blase mit Luft bei der Vorbereitung zur Cystostomie für sehr gefährlich, besonders wenn man mit pathologisch veränderten Blasen zu tun hat. Mitteilung von 2 diesbezüglichen Fällen.
Z. Kairis (Athen).^{oo}

Huber, Hans Gottlieb: Zur Frage der Encephalitis im Anschluß an die Pockenschutzimpfung. I. Klinische Beobachtungen. (*II. Inn. Abt., Städt. Krankenh. Friedrichshain, Berlin.*) *Dtsch. med. Wschr.* 1929 II, 1370—1372.

Verf. berichtet über 3 in Berlin beobachtete Fälle von postvaccinaler Encephalitis. Fall 1: Ein 1 Jahr altes, bisher gesund gewesenes Mädchen erkrankt 5 Tage nach der Vaccination mit meningealen und cerebralen Reizerscheinungen: Konvulsionen, Erbrechen, Nackensteifigkeit. Es bildete sich eine Parese der rechten Körperhälfte aus; die Sehnen- und Hautreflexe auf dieser Seite schwinden. Die meningealen Erscheinungen bilden sich in wenigen Tagen zurück. — Fall 2: 1 Jahr 4 Monate alter Knabe. Am 9. Tage nach der Vaccination cerebrale Erscheinungen: Benommenheit, später Krämpfe, 3 Tage anhaltendes Fieber, am 16. Tage der Impfung schlaffe Lähmung des rechten Armes, der eine Facialisparesis rechterseits und eine Parese der rechten Hals-, Nacken- und Rückenmuskulatur folgt. Die Erscheinungen bilden sich zurück bis auf eine völlige Lähmung des rechten Armes. — Fall 3: 16 Monate altes Mädchen erkrankt am 19. bis 20. Tage nach der Impfung mit Schnupfen und Husten. Am 24. Tage treten unter Temperaturanstieg auf 38,3° Krämpfe und meningeale Symptome auf, die nächsten Tage Facialisparesis rechterseits, die sich allmählich wieder zurückbildet. Im gleichen Impfbezirk wurde ein 4. Fall von postvaccinaler Encephalitis beobachtet; 11 Monate alter Knabe erkrankt 10 Tage nach der Impfung mit Fieber, doppelseitigen Krämpfen und Bewußtseinstrübung; Babinski links, Hör- und Sehvermögen erloschen, Parese des linken Facialis und der linksseitigen Extremitäten, Patellar- und Bauchdeckenreflexe zeitweise erloschen, ausfahrende Bewegung des rechten Armes. Seh- und Hörvermögen kehren allmählich wieder, doch bestand zur Zeit der Publikation noch eine Schwäche der linken Körperhälfte. Zu gleicher Zeit wurden 2 Fälle von Encephalitis nach Masern beobachtet. Fall 3 möchte Verf. nur mittelbar der Impfung zur Last legen. Verf. weist darauf hin, daß die Lähmung der Extremitäten stets auf der Seite erfolgte, auf der die Impfung stattgefunden hatte.
Pette (Magdeburg).^{oo}

Gildemeister, E.: Zur Frage der Encephalitis im Anschluß an die Pockenschutzimpfung. II. Experimentelle Untersuchungen. (*Bakteriol. Abt., Bakteriol. Laborat., Reichsgesundheitsamt, Berlin-Dahlem.*) *Dtsch. med. Wschr.* 1929 II, 1372—1373.

Verf. konnte bei den von Huber (s. vorst. Referat) beschriebenen Fällen Lumbalpunktat tierexperimentell untersuchen. Der Liquor wurde in allen 4 Fällen corneal, intratestal, intracerebral auf Kaninchen verimpft. Nur in einem von den 4 Fällen

konnte Vaccinevirus in der Lumbalflüssigkeit nachgewiesen werden (Fall 1 der Huberschen Kasuistik). Verf. enthält sich jeder Schlußfolgerung hinsichtlich der Bedeutung seiner experimentellen Ergebnisse. *Pette* (Magdeburg).^{oo}

Taylor, John F.: A fatal case of „post-vaccinal“ encephalitis. (Ein Fall von post-vaccinaler Encephalitis.) (*St. George's Hosp., London.*) *Lancet* 1929 I, 1302.

Ein 31 jähriges Mädchen erkrankte 12 Tage nach der Impfung mit Allgemeinerscheinungen: Kopfschmerzen, Erbrechen. Das Bewußtsein trübe sich schnell. Es traten Lähmungen an den unteren Extremitäten auf. Die Reflexe schwanden. Im Liquor 45/3 Zellen. Nach 4 Tagen Exitus letalis. Histologisch fanden sich die bekannten Erscheinungen. *Pette* (Magdeburg).^{oo}

Reisch, O.: Zur Klärung der Bedingungen für das Auftreten der Encephalitis post vaccinationem. (*Neurol.-Psychiatr. Univ.-Klin., Innsbruck.*) *Wien. klin. Wschr.* 1930 I, 103—105.

Im Anschluß an die Ende 1929 in einem Seitental des Inn vorgenommenen Impfungen kamen zunächst 2 schwere Erkrankungen, einmal Bewußtlosigkeit, Meningismus, Muskelzuckungen fasciculärer Art, das andere Mal ascendierende Myelitis zur Beobachtung, beide Fälle endeten tödlich und zeigten anatomisch das übliche Bild post-vaccinaler Encephalomyelitis. 6 andere Kinder zeigten vor dem Hintergrund zentralnervöser Störungen fasciculäre Muskelzuckungen, die regellos in den verschiedensten Körperabschnitten, besonders am Stamm, ohne sonderliche Bewegungseffekte abliefen. Meist waren einzelne Muskelbündel beteiligt. Bei weiteren Untersuchungen fanden sich nicht nur Impflinge, sondern auch nichtgeimpfte Kinder von derartigen Myoklonien, mehr oder minder stark ausgeprägt, betroffen, Anfang und Ende der Symptome schwankten. Die Auffassung der Zuckungen als monosymptomatischer Ausdruck einer Encephalitis liegt nahe. Die Vaccination fiel zeitlich mit dem Auftreten einer augenscheinlich epidemischen Erkrankung des Zentralnervensystems zusammen.

Neurath (Wien).^{oo}

Brückner: Encephalitis post vaccinationem. (*Kinderheilanst., Dresden.*) *Med. Klin.* 1930 I, 239—240.

Mitteilung zweier Fälle von Encephalitis nach Kuhpockenimpfung. In einem Falle, einen 1jährigen Erstimpfling betreffend, kam es zur Heilung, im anderen, ebenfalls einen 1jährigen Erstimpfling betreffend, einer mit Spasmophilie verknüpften postvaccinalen Encephalitis zur vollkommenen Verblödung. Die Inkubationszeit betrug in beiden Fällen 6 Tage.

Neurath (Wien).^{oo}

Oelze, F. W.: Ist Unterlassung der Spirochätenuntersuchung beim Primäraffekt ein Kunstfehler? (*Dermatol. Anst. v. Prof. Dr. F. W. Oelze u. Dr. med. Meta Oelze-Rheinboldt, Leipzig.*) *Dtsch. med. Wschr.* 1929 II, 1843—1844.

Verf. betont die Notwendigkeit der Spirochätenuntersuchung, die von niemand bezieht, von Heller, gegen den er polemisiert, ausdrücklich hervorgehoben worden ist. Es ist Verf. schwer begreiflich, daß über den Nutzen der Frühbehandlung nicht Einstimmigkeit herrscht. Er führt aus, daß die Dunkelfelduntersuchung mehr leistet als andere Methoden, daß die Spirochätenuntersuchung des Kassenarztes honoriert werden müsse, daß die Spirochätenuntersuchung dem Schutz der Allgemeinheit dient. Diese Fragen haben aber mit der R.S.E. nur indirekt zu tun. Auf die von Heller aufgeworfene Frage, ob in dem vorliegenden Falle der Kranke durch den 4 Wochen später erfolgten Beginn der antisyphilitischen Behandlung so geschädigt ist, daß für den behandelnden Arzt eine Haftung wegen fahrlässiger Körperverletzung folgt, geht Verf. nicht ein. (Vgl. *Zbl. f. Haut u. Geschl.krankh.* 32, 550 [Heller] *Sitzgsber.*) *Heller* (Charlottenburg).^{oo}

Aubertin, Ch., et Jean Fleury: Syphilis après transfusion sanguine. (Syphilis nach Bluttransfusion.) *Bull. Soc. méd. Hôp. Paris* 46, 69—75 (1930).

Als beweisend für eine syphilitische Infektion durch Bluttransfusion stellen Verff. die beiden Bedingungen auf, daß der Spender syphilitisch ist und der Erkrankte sich seine Ansteckung nicht anderweitig geholt hat. Schanker und die ihn begleitende starke Drüsenschwellung fehlen, die Inkubationsdauer beträgt zwischen 65 und 78 Tagen meist 2 $\frac{1}{2}$ Monate. *E. Zurhelle* (Bonn).^{oo}

Pautrier, L.-M., et R. Glasser: Mort par œdème aigu du poumon chez une femme enceinte, à la suite d'une injection de 914. (Tod infolge akuten Lungenödems bei einer

Schwangeren im Verlauf einer Injektionsbehandlung mit „914“.) Bull. Soc. franç. Dermat. 36, Nr 9, 1169—1172 (1929).

Die 28jährige Frau war im 7. Schwangerschaftsmonat und erhielt wegen positiver Wassermannreaktion — ohne sonstige Erscheinungen — eine spezifische Behandlung. In einwöchentlichen Intervallen wurden 0,3, 0,45, 0,6, 0,75, „914“ gegeben. Die ersten drei Injektionen wurden anstandslos vertragen. Nach der 4. Injektion kam es plötzlich zu Rötung des Gesichtes bei gleichzeitigem Einsetzen von Atembeschwerden und Brechreiz. Trotz der verschiedensten therapeutischen Maßnahmen, Adrenalin- und Sauerstoffverabreichung, verschlechterte sich der Zustand so, daß die Frau nach ungefähr 10 Minuten als sterbend zu betrachten war. Es wurde ein Kaiserschnitt vorgenommen, jedoch war das Kind bereits tot. Die Autopsie ergab nur ein akutes Ödem der Lunge und Blutüberfüllung der Abdominalorgane sowie Blutflecken am Endokard. Irgendwelche, das Auftreten des Ödems begünstigende Ursachen konnten nicht nachgewiesen werden. Der Zusammenhang mit der Injektion ergab sich durch das rasche Auftreten unmittelbar nach der Applikation. Der Zwischenfall wurde als seröse Apoplexie der Lungen aufgefaßt. Wolf fragt an, ob ein Mitralfehler bestand und betont, daß bei einem solchen Adrenalin gefahrbringend sei. Er erwähnt einen einschlägigen Fall. Pautrier: Der Zustand war mit Recht als crise nitritoide aufgefaßt worden. Diss: Mitralfehler lag keiner vor.

Wilhelm Kerl (Wien).^o

Feldman, A.-A., et J.-P. Bratzlavsky: Contribution à l'étude des lésions post-salvarsaniques du système nerveux. (Un cas d'apoplexie séreuse ou encéphalite hémorragique accompagnée de myélite et de dermatite hémorragique.) (Beitrag zum Studium der Läsionen des Nervensystems nach Salvarsan. [Ein Fall von seröser Apoplexie oder hämorrhagischer Encephalitis mit Myelitis und hämorrhagischer Dermatitis.]) (Serv. des Maladies Cut. et Vénér. pour Hommes, Inst. Dermato-Vénér.ol. Glawitché, Odessa.) Ann. Mal. vénér. 25, 1—16 (1930).

Mitteilung des Falles (Alkoholist). Eine besondere Empfindlichkeit des Organismus gegenüber dem Salvarsan ist anzunehmen, denn solche Fälle sind große Ausnahmen.

Kurt Mendel (Berlin).^o

Scott, Ernest, and Harry L. Reinhart: Acute diffuse myelitis following intravenous injection of neoarsphenamine. (Akute diffuse Myelitis nach intravenöser Salvarsan-injektion.) (Dep. of Path., Ohio State Univ., Columbus.) J. Labor. a. clin. Med. 15, 405—411 (1930).

Bei einem 23jährigen Weißen wurde lediglich auf Grund eines positiven Wassermannes eine Neosalvarsankur mit 0,9 begonnen und diese Gabe nach 5 Tagen wiederholt. Danach bekam er 8 Stunden später Frostgefühl, 2 Tage später allgemeine Schwäche und Taubheit in den Füßen und Knöcheln, die in den nächsten Tagen bis zu den Hüften hinaufstieg. Am 11. Krankheitstage wurde er in die Klinik aufgenommen und bot hier folgenden Befund: Schläaffe Lähmung beider Beine und des Rumpfes, dazu der Hände. Bis auf den Bicepsreflex waren die geprüften Muskeleigenreflexe der Extremitäten erloschen. Die Wa.R. im Blute war negativ, im Liquor schwach positiv. 19 Zellen. Leichte Leukocytose. Im Urin leichter Eiweißgehalt und geringe Beimengungen von weißen und roten Blutkörperchen. Tod an Sepsis. Anatomischer Befund: Lungenödem, Hydrothorax, Nephrose mit Nierenbeckenerweiterung und Pyelitis links, Splenomegalie, Hirnödem, akute diffuse Myelitis bzw. Nekrose des Rückenmarkes. Mikroskopisch betraf die Degeneration die weiße und graue Substanz vom oberen Cervicalmark bis zur Lendenwirbelsäule und war von Blutungen aus den hyalinisierten Gefäßen durchsetzt. Nach Meinung der Verff. handelt es sich ohne Zweifel um eine Arsenmyelitis infolge von Salvarsan.

Matzdorff (Hamburg).^o

Lenz, E.: Zur Toxikologie des Trypaflavins. (Bemerkungen zu der Arbeit von Herrn Dr. Liengme in Nr. 38 dieser Zeitschrift.) Schweiz. med. Wschr. 1929 II, 1152.

Verf. unterstützt ganz allgemein den Warnruf Liengmes (vgl. dies Z. 15, 162), wonach die zulässige Dosis von Trypaflavin bei intravenöser Verabreichung beim Menschen wohl oft überschritten wird; Trypaflavin gehört in die Reihe der allgemein lähmenden Protoplasmagifte, wobei die Atemfunktion am empfindlichsten getroffen wird; weniger stark wirkt es auf den Kreislauf, dagegen wieder intensiver auf das Zentralnervensystem, besonders auf den motorischen Apparat; die tödlichen Dosen liegen in der Nähe derjenigen des Chinins, welchem es auch in bezug auf seinen allgemeinen Wirkungscharakter sehr nahesteht. Die Frage nach der zulässigen Dosis für den Menschen läßt sich auf Grund der heutigen Erfahrungen nicht exakt beantworten; nach den Untersuchungen Liengmes verursachte das Trypaflavin auch an der Leberzelle und am Nierenparenchym histologische Veränderungen; da diese Schä-

digungen und die allgemein tödlichen Dosen beim Tier noch viel zu wenig erforscht sind, empfiehlt Verf., mit diesem Mittel bei der intravenösen Verabreichung vorläufig noch sehr vorsichtig zu sein und die Dosis von 0,01 g pro Kilogramm Körpergewicht nicht zu überschreiten; außerdem ist seine Anwendung zu beschränken auf Fälle, bei welchen es effektiv stark gegen die Erreger der Erkrankung wirkt und, wenn möglich, nicht bei Kranken, die bereits an lebenswichtigen Organen schwer geschädigt sind; der Praktiker dürfte wohl am besten kaum über Dosen von 0,5—0,7 pro Individuum hinausgehen.

Deus (St. Gallen).

Rojas, Neric: *Die Verantwortlichkeit bei der kosmetischen Chirurgie.* (*Argentin. Med. Ges., med. u. toxikol. Sekt., Buenos Aires, Sitzg. v. 19. VII. 1929.*) Rev. Especial. méd. 4, 520—527 (1929) [Spanisch].

Bisher ist in Argentinien noch kein Fall kosmetischer Chirurgie bekannt geworden, der Veranlassung zu einer gerichtlichen Klage gegeben hat. Jedoch ist bereits im Prinzip diese Angelegenheit zur ärztlichen Diskussion gekommen, veranlaßt durch den bekannten Fall, der sich jüngst in Paris ereignete (vgl. diese Z. 15, 65 [Theuveny]). Das Pariser Urteil gibt zu 2 wichtigen Schlüssen Veranlassung: Die Verantwortlichkeit beruht auf einem Akt, der vor der Operation liegt, also lediglich in der Indikationsstellung und nicht in der Ausführung der Operation; jeder Mißerfolg kann gerichtlich geahndet werden. Diese beiden Tatsachen berechtigen, die Sache kritisch medizinisch-forensisch zu betrachten. Die mögliche Verurteilung muß zunächst zu einer Einschränkung der ästhetischen Operationen führen. Juristisch kann die ästhetische Chirurgie unter 2 Umständen Veranlassung zum gerichtlichen Eingreifen geben: Bleibende Entstellung des Gesichtes, obwohl der chirurgische Eingriff auch hätte zum Erfolg führen können; Bestrafung in diesem Falle wegen schwerer Körperverletzung. Es kann jedoch der Fall vorliegen, daß nach der ersten Intervention, die eine Entstellung zur Folge hatte, der Chirurg verurteilt wurde, daß aber durch eine 2. Intervention ein voller Erfolg erzielt wurde. Dieser Erfolg ist jedoch kein juristisches Argument, die Sache wieder aufzunehmen und die Strafe zu annullieren. Noch komplizierter ist das Problem der Verantwortlichkeit des Operateurs. Die Verantwortlichkeit kann sich unter zweifacher Gestalt präsentieren: 1. die Art, wie die Operation ausgeführt wurde; 2. die bloße Tatsache der Ausübung der Operation. Die erste Form braucht nicht diskutiert zu werden, hier liegen die juristischen Normen fest. Hier treten folgende Elemente in den Kreis der Verantwortlichkeit: 1. Der Operateur; 2. Assistenz; 3. Schuld infolge Unerfahrenheit, Nachlässigkeit, Unvorsicht; 4. Tatbestand einer Schädigung: Tod, Körperverletzung, öffentliches Interesse, materieller Verlust; 5. Beziehung von Ursache und Wirkung. Der Chirurg der ästhetischen Chirurgie steht hier im selben Verhältnis zur Justiz wie der der allgemeinen Chirurgie. Anders die 2. Form: Man muß die Frage stellen, ob eine legale Verantwortlichkeit besteht in der bloßen Tatsache, eine Operation des Luxus' wegen ausgeführt zu haben, die therapeutisch zwecklos war, und dazu noch, wenn die Intervention keinen Erfolg hatte. Hier meint der Verf., daß man nie einen Chirurgen bestrafen könne wegen Mangels an Erfolg. Man kann keinen Chirurgen zwingen, Erfolg zu haben, obwohl dies doch immer sein Ziel ist. Die Frage ist zu klären, ob ein Chirurg bei einer ästhetischen Operation, die zu einer Schädigung geführt hat, zur Verantwortung gezogen werden kann, nähme man vorderhand an, daß der Fehler des Chirurgen darin bestände, daß er die Gesundheit oder das Leben der oder des Operierten riskiert habe, ohne einen therapeutischen Zweck zu verfolgen, manchmal unter der frivolen Drohung des Patienten, die Operation vorzunehmen. Verf. zieht hier einen Vergleichsfall aus dem Jahre 1905 in Paris heran. Ein Arzt wurde wegen einer Röntgenverbrennung bestraft. Es handelte sich darum, die Kinnhaare zu entfernen. Obwohl die Röntgenapplikation unter allen Kautelen der Technik und Vorsicht vorgenommen war, war das Gericht der Ansicht, daß man den Arzt bestrafen müsse wegen der Indikation, die keinen rein therapeutischen, sondern lediglich einen ästhetischen Zweck verfolgte. Wenn auch der

Patient unter der Unschönheit litt, so hatte der Arzt doch keine Veranlassung, einen immerhin gefährlichen Eingriff vorzunehmen. Er mußte den Eingriff abschlagen. Dieses Urteil rief einen Alarm unter den Ärzten hervor. Die Frage der Verantwortlichkeit gehört vor ein ärztliches Tribunal und nicht vor ein ziviles. Die ästhetische Chirurgie muß derselben Norm der Verantwortlichkeit wie die allgemeine Medizin unterworfen sein. Mit Unrecht betrachtet man immer diese Interventionen als reine Interventionen des Luxus', des Leichtsinns oder des rein materiellen Interesses des Chirurgen. Die Deformität des Gesichtes ist eine schwere Läsion. Ein solcher physischer Defekt hat moralische, sentimentale und ökonomische Nachteile, die die Intervention rechtfertigen. Der Arzt darf sich daher solchen Problemen nicht verschließen. Jedoch soll der Arzt bei der Indikation bestimmten Normen folgen: sich nicht zu sehr durch Bitten beeinflussen lassen; größte Vorsicht obwalten lassen; den Patienten auf eventuelle Gefahren aufmerksam machen.

H. Deselaers (Barcelona). °°

Lossen, Heinz: Das subjektive Moment bei der Diathermiebehandlung. Seine Gefahren und ihre Verhütung. (Röntgenabt., Hosp. z. Heiligen Geist, Frankfurt a. M.) Ärztl. Sachverst.ztg 35, 299—303 (1929).

In einem vorgekommenen Schaden- (Verbrennungs-) Fall bei Diathermie dürfen weder der überweisende Arzt noch Kranke ohne weiteres eine Schuld des Diathermierarztes herleiten. Mehr oder weniger mitschuldig oder alleinschuldig kann der Patient selbst sein. Der Arzt muß sich seiner Verantwortung bewußt bleiben. Auch das Hilfspersonal bedarf gründlichster Schulung. Empfohlen wird einerseits das Anlegen von „Diathermie-Behandlungsscheinen“ mit einem vom Patienten zu unterschreibenden Revers, andererseits das Anbringen von Plakaten in auffallender, schwarz-roter Schrift in den Behandlungsräumen. Ein Arzt muß sich davon überzeugen, daß nicht etwa Gegenanzeichen vorliegen. Die Vorschläge sind sehr beachtenswert. Der Diathermie-Behandlungsschein bedarf der Korrektur.

E. Tobias (Berlin). °

Kelen, Béla: Über Spätroentgengeschwüre. (Röntgeninst., Univ. Budapest.) Strahlenther. 36, 116—126 (1930).

Kelen macht Angaben über die Zahl der von ihm beobachteten Spätschädigungen. Unter 290 mit ungefilterten Strahlen behandelten Patienten kam es 4 mal (= 1,38%) zu Spätgeschwüren, unter 2950 unter 3 mm Aluminium bestrahlten Kranken wurden 8 Spätschädigungen (= 0,27%) beobachtet. Bei 1684 mit Zinkfilter bestrahlten Patienten, denen die Pigmentationsdosis verabreicht worden war, kam es in keinem Falle zur Spätschädigung, nicht einmal zur Teleangiektasiebildung. Spätschädigungen ohne Teleangiektasien hat K. nie gesehen. K. hält die Spätgeschwüre für die Folge einer Überdosierung. Wie die Frühschädigung durch Überschreiten der Maximalstrahlungsdosis erfolgt, so entsteht die Spätschädigung durch zu häufiges Bestrahlen innerhalb zu kurzer Intervalle, wenn auch die einzelne Bestrahlung noch innerhalb der Toleranzgrenze gelegen war. K. widerrät die Belastung der Haut bis zur vollen Erythembildung. Ist einmal die Haut mit der vollen HED. belegt gewesen, so soll man sie nicht wieder bestrahlen, ebenso erscheint K. die neuerliche Bestrahlung eines teleangiektatischen Gebietes nicht ratsam. Das Auftreten von Teleangiektasien kann vermieden werden, wenn man die Pigmentationsdosis unter Zink verabreicht, ein 6 wöchiges Intervall innehält und nicht mehr als 3 mal diese Dosis verabreicht. Wenn auch die restitutio ad integrum bei dem durch Bestrahlung geschädigten Capillarendothel erst nach 3 Monaten eintritt, so ist doch bei einer solchen Strahlenapplikation keine Schädigung zu befürchten. Es können also Spätschädigungen vermieden werden, wenn auch zuzugeben ist, daß die bestrahlte Haut gegen äußere Einwirkungen empfindlich ist und Reiben, Kratzen, Miederdruck, thermische Einwirkungen Insulte darstellen. K. gibt noch genauere Beschreibung von 2 Spätschädigungen, von denen die eine nach 8, die andere nach 13 Jahren zur Ulcusbildung führte. — K. spricht auch noch über Frühschädigungen. Psoriasis, Tuberkulose, Diabetes, Basedow verursachen höhere Emp-

findlichkeit. Eine Idiosynkrasie existiert nicht, bei 8000 therapeutischen Bestrahlungen und 34000 diagnostischen Untersuchungen beobachtete K. niemals eine Idiosynkrasie.

Otto Strauß (Berlin).

● **Ebermayer, Ludwig: Der Arzt im Recht. Rechtliches Handbuch für Ärzte.** Leipzig: Georg Thieme 1930. 288 S. RM. 14.—.

Das Ebermayersche Buch, das für jeden Arzt und besonders denjenigen, der sich mit ärztlicher Rechtskunde befaßt, außerordentlich viel Bedeutungsvolles und Wissenswertes enthält, kann im Rahmen eines kurzen Referates eingehend nicht besprochen werden. Es sei darauf hingewiesen, daß in diesem Buche behandelt wird die Stellung des Arztes, die Approbation, der Arzt als Sachverständiger, die Berufspflichten des Arztes, das Berufsgeheimnis, die ärztliche Operation, die zivil- und strafrechtliche Haftung des Arztes, die Haftung der Krankenhäuser, Haftung für Verschulden von Gehilfen, die Sterilisierung, die Abtreibung, die Geschlechtskrankheiten, auch die ärztlich wichtigen Bestimmungen des Strafgesetzentwurfes werden besprochen. Bei einzelnen Ansichten des um die ärztliche Rechtskunde so verdienten Verf. werden trotzdem Bedenken möglich sein, so bei der Frage der Euthanasie, der Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischer oder Notzuchsindikation, bei der Behandlung der Prostitution. Ebermayer, der bekanntlich stets eine hohe Auffassung von dem ärztlichen Beruf gehabt hat, vertritt am Eingang seines Buches den Standpunkt, daß die Tätigkeit des Arztes Dienst am Kranken und Dienst an der Gesundheit des Volkes sei, die Tätigkeit sei kein Gewerbe, sondern ein freier Beruf. Die Kurpfuscherei könnte nach den geltenden Bestimmungen nicht hinlänglich bekämpft werden, neue Bestimmungen sind dafür notwendig.

Gg. Strassmann (Breslau).

Rejas, Nerio: Le secret médical dans la législation argentine. (Die ärztliche Schweigepflicht in der argentinischen Gesetzgebung.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 10. II. 1930.*) Ann. Méd. lég. etc. 10, 204—209 (1930).

Die Verletzung der Schweigepflicht von seiten der Ärzte und der sonstigen Medizinalpersonen ist auch in Argentinien strafbar. Doch gibt es Ausnahmen, so wenn es sich um die Anzeige von Verbrechen und von Infektionskrankheiten handelt. Vor Gericht kann der Arzt eine Aussage machen, sie aber auch verweigern. Im Falle er sich zu einer Aussage entschließt, macht er sich dadurch nicht strafbar. In Privatangelegenheiten kommt es viel auf den Takt und die Klugheit des Arztes an, so z. B. in dem Falle, daß ein Syphilitiker heiraten will. Indessen wird der Arzt straflos ausgehen, wenn durch den Bruch der Schweigepflicht ein großer Schaden verhütet wird.

Ganter (Wormditt).

Humbert, Gaston: Le secret médical dans les nouvelles lois sociales. (Das ärztliche Berufsgeheimnis in den neuen sozialen Gesetzen.) Paris: Diss. 1929.

Das ärztliche Berufsgeheimnis darf nach Ansicht des Verf. nur dann verletzt werden, wenn dadurch dem Kranken kein Schaden beigelegt wird, oder wenn es die öffentliche Ordnung verlangt. Ferner muß dadurch ein gewisser Vorteil erlangt werden können, und der Zweck könnte durch andere Mittel nicht erreicht werden. Während der Arzt bei Ausstellung von Zeugnissen zu sozialen Zwecken vorsichtig sein muß, ist es seine Pflicht, bei Zeugnissen zu Händen der Gerichte seinem Gewissen zu folgen; er darf das Berufsgeheimnis verletzen im Interesse der Wahrheit und zum Schutze des Unschuldigen.

Schönberg (Basel).

Mathias, Ernst: Ein kasuistischer Beitrag zur Kollision zwischen Berufsgeheimnis und Anzeigepflicht. (*Path. Anat., Inst., Univ. Breslau.*) Mschr. Geburtsh. 84, 406 bis 408 u. 443—445 (1930).

Bei der Sektion eines intrauterin abgestorbenen, ausgetragenen Mädchens stellte sich heraus, daß der Tod durch ein traumatisches Retroplacentalhämatoom entstanden war. Der Mann hatte durch Fußtritte gegen den Leib die Frau einige Zeit vor der Geburt mißhandelt. Der Pathologe steht vor der Schwierigkeit, ob er in solchem Fall die Sektion unterbrechen und Anzeige an die Staatsanwaltschaft erstatten soll. Mathias tritt dafür ein, daß in diesem Falle das Berufsgeheimnis höher zu schätzen sei und eine Anzeige auch im Interesse der Mutter zu unterlassen wäre. *Gg. Strassmann (Breslau).*

Meixner, Karl: Fehlwirkungen ärztlicher Gutachten und ihre Ursachen. Ärztl. Sachverst.ztg 36, 97—103 (1930).

Meixner weist nach, daß ärztliche Gutachten öffentlich (durch die Presse) und gerichtlich vielfach nicht hinreichend verstanden werden, und zeigt weiter, daß nicht selten vom Gericht Fragen an den Sachverständigen gestellt werden, die teils unklar sind, teils zur Beantwortung besondere Erörterungen verschiedenster Art erfordern. Eine ergiebige Fehlerquelle liegt in der Abgabe von Gutachten auf Grund unvollstän-

diger Erhebungen. Akteneinsicht vor der Begutachtung und vor der Gerichtsverhandlung ist zur Begutachtung notwendig. Der Gutachter soll sich kurz fassen und Worte wie „können“, „wahrscheinlich“, „möglich“, auch „unmöglich“ vermeiden. Er soll Fragen der Verteidigung, deren Zusammenhang nicht erkenntlich ist, dadurch begreifen, daß er den Verhandlungsleiter um die Entscheidung angeht, ob er sie beantworten müsse, soll in seinen Äußerungen sich sorgfältig zurückhalten und, wenn er als Zeuge geladen ist, Fragen, die über seine Zuständigkeit hinausgehen, ablehnen.

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

Henkel, Max: Haftung des Arztes für Fehlgutachten. (*Univ.-Frauenklin., Jena.*)
Zbl. Gynäk. 1930, 770—773.

Unter Hinweis auf einen Vortrag des Referenten über Haftung des Arztes bei Fehlgutachten (vgl. diese Z. 14, 598 [Orig.]), weist Henkel darauf hin, wie vorsichtig der Gutachter bei Beurteilung von ärztlichen Kunstfehlern sein müsse. Er kritisiert ein Gutachten, in dem einem Arzte mangelnde geburtshilfliche Technik und Erfahrung mit Unrecht vorgeworfen wurde, während nach H.s Ansicht die Tätigkeit des Arztes in dem betreffenden Falle durchaus sachgemäß war. Weder dem Ansehen der Rechtspflege, noch dem des Ärztestandes würde durch derartige ungeeignete Gutachten genützt; groß könne das Unheil sein, das ein ärztlicher Sachverständiger durch ein falsches und dabei allzu bestimmtes Gutachten anzurichten vermöge.

Gy. Strassmann (Breslau).

Schläger: Haftung des Arztes für eigene und fremde Fehler. Med. Klin. 1930 I, 447—450.

Der Arzt haftet zivilrechtlich, wenn er vorsätzlich oder fahrlässig die erforderliche Sorgfalt bei der Behandlung fehlen läßt, auch für den Ersatz zugefügten Schadens, wenn durch sein Verhalten ein voraussehbarer Nachteil für den Kranken eingetreten ist, strafrechtlich, wenn er die Sorgfalt außer acht gelassen hat, zu der er nach den Umständen und seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet war und fähig gewesen ist. In gleichem Umfange ist der Arzt für ein Verschulden der Personen verantwortlich, deren er sich zur Erfüllung seiner Verbindlichkeiten bedient. *Klieneberger (Königsberg).*

Talvik, S.: Das Kurpfuschertum und der Kampf gegen dasselbe, besonders in Estland. Eesti Arst 8, 369—377 (1929) [Estnisch].

In Estland dürfen nur approbierte Ärzte Kranke behandeln, jedoch können die Kurpfuscher sehr schwer zur Verantwortung gezogen werden. Strafbar ist nur, wer ohne Approbation mit giftigen oder stark wirkenden Mitteln Kranke behandelt. Bestraft wird nicht, wer unentgeltlich behandelt hat. Außer einer Reihe anderer Maßnahmen muß auch das Gesetz gegen die Kurpfuscher verschärft werden.

G. Michelsson (Narva).

Neureiter, Ferdinand: Über das Kurpfuschertum in Lettland. (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. Riga.*) Sonderdruck aus: *Gesundheitslehrer H. 2a*, 10 S. (1930).

Alles wie bei uns. Gut sind einzelne aus der Eigenart des Wirkungskreises des Verf. hervorgehende folkloristische Bemerkungen. Die Zahl der Kurpfuscher wird mit rund $\frac{1}{4}$ der approbierten Ärzte für Lettland bezeichnet. Die jetzigen gesetzlichen Bestimmungen sind auch in Lettland völlig ungeeignet zur Bekämpfung der Kurpfuscherei. In Anlehnung an einen Vorschlag von Ebermayer wird der Versuch gemacht, eine verständige gesetzliche Regelung in Lettland herbeizuführen. Die Anwendung des Betrugsparagraphen hat sich auch in Lettland zur Bekämpfung der Kurpfuscherei als restlos ungängig erwiesen. Der ganze Aufsatz atmet denselben Pessimismus, der berechtigt auch in Deutschland bei den wirklich kundigen Ärzten über diese Dinge besteht.

Nippe (Königsberg i. Pr.).

● **Müller, Karl Heinrich: Kurierfreiheit und Kurpfuschertum.** (*Kurzbücher d. Med. Bd. 3.*) Horw-Luzern, Leipzig u. Stuttgart: Montana-Verl. A.-G. 1929. 79 S. geb. RM. 2,50.

Verf. gibt auf ziemlich breiter Basis eine Übersicht über die verschiedenen Defini-

tionen des Begriffes „Kurpfuscherei“ sowie eine geschichtliche Darstellung, bis auf die Carolina zurückgehend. Es folgt die zahlenmäßige Entwicklung der Pfuscher sowie eine Statistik über ihre Verurteilungen. Die psychologischen Gründe für das Aufsuchen des Pfuschers werden angedeutet. Die immer weiter gehenden Forderungen derselben werden erwähnt (Zentralverband für Parität der Heilmethoden, Sitz Heidelberg), ebenso ihre wichtigsten Werbemittel, besonders die Zeitungsreklame. Von Juristen, die gegen das weitere Anwachsen der Pfuscherei kämpfen, werden Kahl und Ebermayer häufig angeführt. Die in Betracht kommenden Paragraphen der Gewerbeordnung finden eingehende Besprechung, ebenso das Verhältnis der Pfuscher zu der sozialen Versicherung und zu den Berufsgenossenschaften. Bei der kritischen Würdigung der gesetzlichen Handhaben zur Bekämpfung der Pfuscherei werden besonders die arztähnlichen Titel (vgl. Lustig) und die Heilanstanalten der Pfuscher berücksichtigt. Die Mangelhaftigkeit dieser Handhaben zur Bekämpfung kommt auch deutlich zum Ausdruck bei der Besprechung der §§ 222 und 230 RStGB.; der Hauptgrund für das Versagen liegt darin, daß die Zusammenhänge zwischen dem Handeln des Pfuschers und der eingetretenen Schädigung meistens nicht mit der erforderlichen Sicherheit nachgewiesen werden können. Die Bedeutung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten für das ganze Problem wird betont. Der Betrug (§ 263) kann deshalb fast niemals nachgewiesen werden, weil der Pfuscher natürlich immer „an seine Heilmethode und deren Erfolg glaubt“. Das Gesetz zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbes versagt aus demselben Grund, es erfaßt die Winkelpuscherei schon deshalb nicht, weil zur Erfüllung des Tatbestandes eine öffentliche Bekanntmachung oder die Beeinflussung eines größeren Kreises gehört. Das Gesetz erfordert außerdem die Stellung eines Antrages, hier in erster Linie eines Arztes oder einer Ärztekammer; darin sehe man mit Recht eine Erniedrigung des Arztes zum „Konkurrenten“ des Pfuschers. Nach einer kurzen Besprechung des Impfgesetzes werden die weit auseinandergehenden Polizeiverordnungen der Länder erwähnt, mit denen schon deshalb nicht viel erreicht wird, weil „Reichsrecht Landesrecht bricht“. Die Dienstanweisung für die Kreisärzte in Preußen in ihrer Beziehung zur Pfuscherei wird zitiert. Das Geheimmittelunwesen, die Methoden der Fabrikanten zur Umgehung der diesbezüglichen gesetzlichen Bestimmungen werden besprochen, das Geheimmittelunwesen wird auf die gleiche Stufe wie die Pfuscherei gestellt. Die §§ 6 und 35 der Gewerbeordnung sowie die kaiserliche Verordnung vom 22. 10. 01 werden kritisch hervorgehoben, und es wird auf die Verordnung betr. den Verkehr mit Arzneimitteln vom 27. 3. 25 (RGBl. 1925 I S. 40) hingewiesen, wonach auch Krankenkassen, Genossenschaften, Vereine oder ähnliche Personengesamtheiten die dem Verkehr außerhalb der Apotheken entzogenen Zubereitungen und Stoffe an ihre Mitglieder nicht verabfolgen dürfen. Der Wortlaut der kaiserlichen Verordnung wird kritisiert, weil sie nicht entsprechend dem Wortlaut des § 6, Abs. 2 GO. bestimmt, welche Apothekerwaren dem freien Verkehr zu überlassen sind, sondern umgekehrt, welche Stoffe dem freien Verkehr entzogen sind. (Siegrist). Tatsächlich wäre der Wortlaut der GO. zweifellos viel wirksamer. Auch die Preuß. Apothekenbetriebsordnung wird kurz zitiert. In den am Schlusse gemachten Reformvorschlägen wird sowohl die Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes wie andererseits die grundsätzliche Aufrechterhaltung der Kurierfreiheit, aber mit stärkeren Kautelen zum Schutze des Publikums, diskutiert. Nach einer Darstellung der im Laufe der Zeit erfolgten verschiedenartigen Vorschläge zu einer neuen Gesetzgebung (Graack, Flügge, Stier-Somlo, Ebermayer, Magnus, Holz) (vgl. auch H. Fischer, Kurpfuschertum und Ausland, Gesundheitslehrer 1929 — Ref.) werden die Leitsätze des Gesetzesentwurfes gegen Mißstände im Heilgewerbe, der 1910 dem Reichstage vorgelegen hatte, als geeignete Basis für Beratungen der gesetzgebenden Körperschaften, die in nicht allzu ferner Zeit stattfinden dürften, bezeichnet. Dieselben lauten in gedrängter Form: 1. Anmeldepflicht bei der Polizei: Angabe der Wohnung und des Geschäftslokals bei Beginn des Gewerbe-

betriebes (s. § 14 RGO.). 2. Auskunftspflicht gegenüber der Polizeibehörde über persönliche Verhältnisse und Vorbildung. 3. Führung von Geschäftsbüchern nach vorgeschriebenen Formularen. 4. Verbot des Heilens (besser: Behandelns — Ref.) ohne Untersuchung (Fernbehandlung), der Betäubung, Hypnose und mystischer Kuren. 5. Verbot der Behandlung von Geschlechtskrankheiten (überholt). 6. Zulässigkeit der polizeilichen Untersagung der weiteren Behandlung von gemeingefährlichen Krankheiten, für die nach Reichs- oder Landesrecht Anzeigepflicht besteht. 7. Untersagung des Gewerbebetriebes wegen Gefährdung der Gesundheit oder schwindelhafter Ausbeutung der Kunden, wegen Verbrechen oder Vergehen bei Ausübung des Gewerbes oder wegen Verlustes der bürgerlichen Ehrenrechte. 8. Zulässigkeit von Bundesratsverordnungen (heute Verordnungen des Reichsrats bzw. der Reichsregierung) über Beschränkung oder Untersagung des Verkehrs mit einzelnen Heilmitteln oder Gegenständen wegen Gesundheitsgefährdung oder Täuschung der Abnehmer. 9. Gefängnisstrafe bis zu 1 Jahr oder Geldstrafe bis 5000 M. gegen den, der in öffentlichen Ankündigungen oder Anpreisungen für Heilzwecke wissenschaftlich falsche Angaben macht. Das aktuelle Thema wird in übersichtlicher und kritischer Weise behandelt (Ref.).

Walcher (München).

Legueu: Le certificat prénuptial. (Das voreheliche Gesundheitszeugnis.) Progrès méd. 1929 II, 2273—2278.

Voreheliche Gesundheitszeugnisse sind aus gesundheitlichen und eugenischen Gründen unerlässlich notwendig, und die Bedenken wegen Verletzung des Berufsgeheimnisses oder wegen Eingriffs in die persönlichen Rechte des einzelnen müssen angesichts der berechtigten Interessen der Allgemeinheit zurücktreten. Der Einführung solcher Gesundheitszeugnisse stehen jedoch gewisse sentimentale, soziale und medizinische Schwierigkeiten gegenüber: Die Eltern lassen ihre junge Tochter nicht gern ärztlich untersuchen, die Eheschließung wird erschwert, was gerade heute sehr unerwünscht sein würde, und endlich, das Wichtigste, eine auf Grund einmaliger Untersuchung gestellte Diagnose ist oft nicht hinreichend sicher für ein so schwerwiegenderes Urteil (z. B. bei Tuberkulose oder Geschlechtskrankheiten!). Die Durchführung der Zeugnisvorlage könnte durch gesetzliche Vorschriften erzwungen werden, so daß ohne Zeugnis eine Ehe nicht geschlossen werden darf. 2 dahingehende Gesetzesvorschläge (von Pinard und von Guérin) sind der Deputiertenkammer vorgelegt worden. Auch der 2., wesentlich abgemilderte, erscheint reichlich hart. Verf. schlägt daher vor, zunächst auf das Publikum aufklärend einzuwirken und dieses von dem Wert der beiderseitigen Gesundheit der Ehepartner für ihr Eheleben und die Nachkommenschaft zu überzeugen (wie es also in Deutschland das Merkblatt für Eheschließende tun soll — Ref.), oder aber die Hausärzte sollen in zwangloser Form dem Standesbeamten über den Gesundheitszustand der Verlobten berichten und sich untereinander über etwaige, aus der Eheschließung sich ergebende Gesundheitsgefahren verständigen. Alles dies soll aber nur eine Vorbereitung für das Endziel, das gesetzliche Gesundheitszeugnis sein. Erich Hesse (Berlin).^{oo}

Spurennachweis. Leichenerscheinungen.

Manteufel, P., und H. Zantop: Untersuchungen über die Immunitätsreaktionen der Antisera gegen kochkoagulierte Blutzellen. (Hyg. Inst., Med. Akad., Düsseldorf.) Arch. f. Hyg. 103, 75—83 (1930).

Bei der Vorbehandlung von Kaninchen mit gewaschenen kochkoagulierten Schafblutzellen erhielten die Verff. Schafbluthämolsine ohne Übergreifen auf Ziegenblutzellen. Die Koktoantisera verhielten sich also im Hämolyseversuch artspezifischer als die Nativantisera. Agglutinine gegen Schafblutzellen erhielten sie dagegen bei den nur mit kochkoagulierten Schafblutzellen gewonnenen Antiseren — im Unterschied zu den entsprechend hergestellten Nativantiseren — nicht in nennenswerter Stärke. Die Schafblutantisera zeigten entsprechend ihrem Hämolsingehalt eine