

### Allgemeines.

**Kaewel:** Die neue Sterbetafel des deutschen Volkes. Med. Klin. 1937 I, 262—263.

Kurze Besprechung des Aufbaues und Berechnung einer Sterbetafel und der Entwicklung der mittleren Lebenserwartung in der Zeit 1871—1880 und 1932—1934.

Pohlen (Berlin).

**Brezina, Ernst, und Otto Pichler:** Einiges über Bevölkerungsbewegung in Österreich. (Statist. Referat, Volksgesundheitsamt, Bundesminist. f. Soz. Verw., Wien.) Arch. f. Hyg. 117, 63—73 (1936).

Die Hauptfrage der vorliegenden Abhandlung lautet: Wie verhält sich die Geburtenhäufigkeit der Bevölkerung in den beiden Hauptgruppen Land- und Forstwirtschaft einerseits und andere Berufe andererseits, wie verhält sich bei der gleichen Gruppierung die Säuglingssterblichkeit und wie hoch ist der Grad der gesundheitlichen Befürsorgung. Die Untersuchungen erstrecken sich auf die österreichischen Bundesländer ohne Wien und Burgenland. Die Geburtenquote ist um so niedriger, je weniger die Landwirtschaft in einem Bezirk vorherrscht, es ist auch der Rückgang der Geburtenhäufigkeit in den letzten 15 Jahren um so rascher, je weniger agrarisch ein Bezirk ist. Der Unterschied der Säuglingssterblichkeit in Gegenden mit größerer ohne geringerer Geburtenziffer ist in den österreichischen Bundesländern nicht sehr erheblich. Die Abnahme der Säuglingssterblichkeit war verhältnismäßig im allgemeinen größer als der Geburtenrückgang. Fast mit der gleichen Regelmäßigkeit, mit der die Geburtenzahl und die Säuglingssterblichkeit mit dem zunehmenden agrarischen Charakter zunimmt, ist ein Abfall der Befürsorgung zu beobachten.

Pohlen (Berlin).

**Gagnon, Eugene:** Vital statistics at the service of public health and the medical profession. (Bevölkerungsstatistik im Dienste der Gesundheitspflege.) (Dep. of Health, Montreal.) Canad. publ. Health J. 28, 112—119 (1937).

Verf. bespricht die seit einigen Jahren in Kanada eingeführte vollständige Todesursachenstatistik, bei der die Sterbefälle nicht nur nach einer einzigen Todesursache gegliedert werden, sondern bei der neben den Haupttodesursachen noch Nebenkrankheiten erfaßt werden und in ihrer Kombination zu Hauptkrankheiten gezählt werden. Die Zählkarte enthält 3 Begriffe: 1. die unmittelbare Todesursache; 2. Krankheitserscheinungen, die in einem ursächlichen Zusammenhang zur unmittelbaren Todesursache stehen; 3. sonstige Krankheitserscheinungen, die zum Teil beigetragen haben, aber mit der unmittelbaren Todesursache in keinem biologischen Zusammenhang stehen (im Deutschen Reich ist es üblich, nach einer Grundkrankheit zu fragen, die nicht immer die unmittelbare Todesursache sein muß, sondern aus der oft die unmittelbare Todesursache erst als Folgekrankheit entsteht). Die Gliederung der Todesursachen erfolgt nach dem internationalen Todesursachenverzeichnis, das jetzt in allen Kulturstaaen gebräuchlich ist und dessen sich auch die Deutsche Todesursachenstatistik seit dem Jahre 1932 bedient. Für die Fälle, in denen im Totenschein mehr als eine Todesursache angegeben ist, muß zwischen einer Haupttodesursache (Primary cause) und einer Nebenkrankheit (Secondary cause) unterschieden werden. In Kanada wird dabei vom statistischen Amt im allgemeinen die englische Regel befolgt, derzufolge 4 Gruppen von Krankheiten bei der Aufzeichnung, ob sie als Haupt- oder Nebenkrankheiten zu bewerten sind, unterschieden werden. 1. Unfälle und gewaltsame Todesursachen; 2. epidemische und endemische Krankheiten und allgemeine Erkrankungen des Stoffwechsels; 3. örtliche Erkrankungen der verschiedenen Organe; 4. nicht oder ungenau bezeichnete Todesursachen. Wenn ein Gestorbener an mehreren Krankheiten gleichzeitig gelitten hat, so ist die Krankheit mit der niedrigsten der 4 obigen Ordnungsnummern als Hauptkrankheit zu wählen. Der Verf. gibt noch einige

Beispiele an, über das Zusammentreffen von Haupt- und Nebenkrankheiten. Von 203 Sterbefällen an Diabetes sind nur 9 ohne Erwähnung einer Nebenkrankheit (Komplikation) erfolgt. In 27 Fällen war der Diabetes mit Koma, in 36 Fällen mit Gangrän verbunden, in 50 Fällen mit anderen Krankheiten der Kreislauforgane, in 23 Fällen mit Krankheiten der Harnorgane und in 58 Fällen mit anderen Komplikationen.

*Pohlen (Berlin).*

**Hofstätter, R.: Unehelich gezeugte, ehelich geborene Kinder.** Wien. med. Wschr. 1937 I, 430—432 u. 464—468.

Bei der Bekämpfung der Fruchtabtreibung durch den praktischen Arzt verdient die Tatsache Berücksichtigung, daß von den im ersten Ehejahr im Bundesstaat Österreich geborenen ehelichen Kindern des Jahres 1931 51,18% vorehelich gezeugt waren. In Wien waren es sogar 77,1%. Im einzelnen nichts Neues. *v. Neureiter (Berlin).*

**Premru, Eugen: Die Arbeitsmethoden der französischen Schule im Bereiche der Gerichtsmedizin.** (*Inst. za sudsku med., univ., Zagreb.*) Liječn. Vjesn. 59, 16—18 u. franz. Zusammenfassung 30 (1937) [Serbo-kroatisch].

Kurzer Bericht über die im Pariser gerichtlich-medizinischen Institut üblichen Arbeitsweisen. Im einzelnen nichts Neues. *v. Neureiter (Berlin).*

**Herbert, J.: Marques de naissance.** (Geburtsmäler.) Rev. internat. Criminalist. 8, 454—486 (1936).

Herbert weist in einem breiteren, kulturhistorischen Abriß auf die Rolle, welche die „Marques de naissance“, seien sie nun künstlicher (z. B. Tätowierung kurz nach der Geburt) oder natürlicher Art (Muttermäler u. ä.) in der Sage und Geschichte gespielt haben, hin. Es werden aus der schönen Literatur viele Beispiele, in denen diese Zeichen auch zur Identifikation einer Person beigetragen haben, angeführt. Zum Schluß dieser mehr schönggeistigen Abhandlung wird der große praktische Wert derartiger Zeichen, insbesondere der angeborenen, für den Kriminalisten, den Psychiater und Kriminalbiologen aufgezeigt. *Rudolf Koch (Münster i. W.).*

**Wile, Ira S.: The psychology of the hymen.** (Die Psychologie vom Hymen.) J. nerv. Dis. 85, 143—156 (1937).

Geschichtlicher Überblick unter Bezugnahme auf Werke von Ellis, Ploss-Bartels, R. Briffault, E. Westermarck, E. Crawley u. a. über die wechselnden Auffassungen und ihre Psychologie bei verschiedenen Völkern hinsichtlich der Bedeutung und Bewertung des Hymens. *Clauss (Berlin).*

**Nogué, Jean: Essai d'une description du monde olfactif.** (Versuch einer Beschreibung der Geruchswelt.) J. de Psychol. 33, 230—275 (1936).

Das weite und schwer faßbare Gebiet des Geruchsinnes und der Gerüche wird von allen Seiten umschrieben. Die Beziehungen des Subjektes zu der objektiven Welt der Gerüche werden im Hinblick auf die psychischen Gegebenheiten des Intellekts, der Gefühle und der Aufmerksamkeit behandelt. In einem weiteren Abschnitt werden die Gerüche in Verbindung mit den Bedingungen von Zeit und Raum betrachtet. Der dritte Teil der Abhandlung befaßt sich mit den Qualitäten und Eigenschaften der Gerüche selbst; eine Einteilung der Gerüche erfolgt unter physiologischen Gesichtspunkten: 1. Nahrungsgerüche; 2. Sexualgerüche; 3. Atmungsgerüche, die einzelnen Geruchsarten werden diesen drei Gruppen untergeordnet. Die Arbeiten über den Geruchssinn und die Einteilungen der Gerüche von Henning und von Zwaardemaker finden Berücksichtigung. *v. Kuenburg (München).*

**Manunza, Paolo: La „costanza d'un lato“ e il cosiddetto „moto circolare“ studiati nell'uomo.** (Die „Beständigkeit der einen Seite“ und die sog. „Kreisbewegung“ am Menschen studiert.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Cagliari.*) (6. Congr. naz. d. Assoc. Ital. di Med. Leg., Milano, 10.—13. X. 1935.) Arch. di Antrop. crimin. 57, Suppl.-H., 477 bis 502 (1937).

Um die Modalitäten und die Ursachen der Erscheinung der Beständigkeit der einen Seite in der Abweichung bei Fortbewegung und der sog. Kreisbewegung beim Menschen zu studieren, hat Verf. verschiedene Individuen einer Marschprobe in der

Ebene und Bewegungs- und Führungsproben in Ruderbooten unterzogen, indem er die Kontrolle des Gesichts und des Gehörs und des Allgemeingefühls gegen die atmosphärischen Einflüsse ausschloß. Er hat so beweisen können, daß die Abweichung bei Märschen mit der Beständigkeit nach einer Seite, sowohl von dem Zustand der Labyrinthempfindlichkeit als auch von der Wirksamkeit der Bewegungsapparate abhängt, welche letzteren jedoch bei den ermüdeten Individuen schließlich die Hauptrolle übernehmen. — Was die Neigung anbelangt, laufend spontan geometrische Figuren zu bilden, meint der Verf., daß dies von zahlreichen Bedingungen abhängt, welche sich in demselben Individuum untereinander verquicken und auseinander legen (Bewegungskomponenten, tonische synergische Vestibulär-Kleinhirnkomponten).

*Romanese (Turin).*

**Lemser, H.:** Der Englische Schweiß in seiner Abhängigkeit von Rasse, Boden und Klima. (Ein Beitrag zur Geomedizin der Seuche.) (*Hyg. Inst., Univ. Berlin.*) Z. Hyg. 119, 476—504 (1937).

Grundsätzlich wichtige Arbeit, in der am Beispiel des Englischen Schweißes gezeigt wird, daß auch innerhalb Europas Rassenunterschiede für den Ablauf und die Krankheitsform einer Seuche nicht ohne Bedeutung sind. Hat sich doch das in Rede stehende Leiden in allen Epidemien, wie hier auf Grund eingehender historischer Studien dargetan wird, auf die von ganz vorwiegend nordischer Rasse besiedelten Gebiete beschränkt, ohne jemals auf die Hauptverbreitungsgebiete anderer Rassen übergreifen zu können.

*v. Neureiter (Berlin).*

**Grúsz, Frigyes:** Dermatologische und chirurgische Besonderheiten an den Schädeln von alten Gräberfeldern in Ungarn. *Orv. Hetil.* 1937, 333—335 [Ungarisch].

Der Verf. hat eingehende Untersuchungen an alten Schädeln aus der Bronzezeit, der Völkerwanderungszeit und den folgenden Jahrhunderten (bis ins 19. Jahrhundert hinein) vorgenommen und besonders auf das Vorhandensein krankhafter Veränderungen geachtet. Zur Verfügung stand ihm das umfangreiche Material des Anthropologischen Instituts der Universität Szeged und des Museums für Völkerkunde. Es werden zunächst Defekte beschrieben, die zweifellos auf Verletzungen zurückzuführen sind. Aus dieser Gruppe ist besonders ein Schädel, der aus der Völkerwanderungszeit stammt, interessant; bei ihm findet sich ein handflächengroßer Knochendefekt; in der Nähe des Kopfes befand sich eine entsprechend große Silberplatte, die anscheinend als Schutz, in die Kopfbedeckung eingefügt, getragen wurde. An pathologischen Knochenveränderungen bei einem 7jährigen Knabenschädel (Völkerwanderungszeit) fanden sich rachitische Veränderungen. Hervorzuheben sind weiterhin noch geschwulstartige Knochenveränderungen (vermutlich Sarkome). Eingehend ist der Frage nachgegangen, von welchem Zeitpunkt an sich Zeichen der luischen Erkrankung feststellen lassen. Hier finden sich erstmalig Knochendefekte an Schädeln aus der Mitte des 18. Jahrhunderts. Der Verf. glaubte mit Sicherheit annehmen zu können, daß die Syphilis zumindestens erst nach der Entdeckung Amerikas in Ungarn aufgetreten ist.

*Wagner (Berlin).*

**Dieter, W.:** Kollapsprophylaxe bei der Lumbalanästhesie. (*Gynäkol.-Geburtsh. Abt., Städt. Krankenanst., Mannheim.*) Schmerz usw. 10, 1—6 (1937).

Zur Verhinderung eines Kollapses bei Lumbalanästhesie mit Pantocain L wird unter Kontrolle des Blutdruckes Cardiazol-Ephedrin verwendet. Bei schon bestehendem niedrigem Blutdruck werden prophylaktisch vor der Operation mehrere Gaben injiziert. Im Gegensatz zum Kollaps bei Infektionskrankheiten, Peritonitis, Vergiftungen usw. beruht die Kollapsgefahr bei der Lumbalanästhesie wohl hauptsächlich auf einer Lähmung der vasomotorischen Zentren: Es kommt zur Vasomotorenlähmung und sekundär infolge Nachlassens des Gefäßtonus zu einer Blutansammlung in den Bauchorganen. Cardiazol-Ephedrin greift sowohl zentral wie peripher an. Verf. beschreibt 3 Fälle, in denen die Wirkung des Cardiazol-Ephedrin deutlich ist. Die Lumbalanästhesie mit Pantocain, wenn möglich verbunden mit Cardiazol-Ephedrin, ist sehr

zu empfehlen. Letztgenanntes wird kurz vor oder nach der Lumbalanästhesie intramuskulär gegeben, bei drohendem Kollaps langsame intravenöse Injektion. *Matzdorff*.

**Steigelmann: Erfahrungen mit über 700 Evipan-Natrium-Narkosen.** Schmerz usw. 10, 14—19 (1937).

Evipan-Natrium ist ein typisches Kurzschlafmittel und daher nur selten allein ausreichend. Die Narkose wird besonders zur Einleitung der Vollnarkose als sog. „Startnarkose“ benutzt, ohne vorherige medikamentöse Vorbereitung. Zur Technik: Benutzt wurde nur die krystallinische Form des Evipan-Natriums, das kurz vor der Injektion im körperwarmen Aqua dest. gelöst wurde (10proz. Lösung). Durch die Anwärmung wird das Muskelzittern und -zucken so gut wie ganz ausgeschaltet. Höchste Einzeldosis im Durchschnitt 8—10 ccm. Langsame Injektion, die ersten 3—4 ccm mit durchschnittlicher Geschwindigkeit von 20—25 Sekunden pro Kubikzentimeter. Zufälle von Atemstillstand beruhen auf zu schnellem Einspritzen. Werden bei Beginn der Evipan-Natriumnarkose Erregungszustände beobachtet, so sind diese auf Unterdosierung, d. i. zu langsamem Einspritzen, zurückzuführen. Durch Wegfall von Geruch, Maske und Erstickungsgefühl ist es ein psycheschonendes Narkoseverfahren. Der Patient schläft nach 4—6 ccm. Dauer der Narkose 10—20 Minuten. Beginn der Zusatznarkose daher nach 10—12 Minuten. Die Beobachtung von Evipan-resistenten Kranken spricht für zu langsame Injektion; hier raschere Injektion und Steigerung der Dosis auf 12—15 ccm notwendig. Das Alter spielt eine große Rolle: Kinder und Jugendliche benötigen relativ mehr. Das Befinden nach der Narkose ist gut. Erbrechen, Bronchitis und Bronchopneumonie fehlen meist. Es besteht für das Vorangegangene Amnesie. Von 640 Narkosen wurden 200 ausschließlich in Evipan-Natriumnarkose ausgeführt. Postnarkotische Nebenerscheinungen sind geringer als bei anderen Narkosen: In keinem Falle schwere Excitationszustände und schweres Erbrechen; einmal Erregungszustand von 2 Stunden Dauer. Bei kombinierter Narkose sind postnarkotische Erregungszustände häufiger als nach einfacher Evipan-Natriumnarkose. Auch bei Potatoren gute Ansprechbarkeit der Narkose mit oft auffallend raschem und tiefem Einschlafen. Eigentliche Kontraindikationen gibt es nicht. Die Evipan-Natriumnarkose bildet in der Hand des geübten Narkotiseurs ein unschädliches Kurz-, Einleitungs- (Vorsatz-) und Basisnarkoticum, das auch für poliklinischen Betrieb, in der Sprechstunde und im Privathaus geeignet ist. *Matzdorff* (Berlin).

**Diez, Salvatore: Le sélection professionnelle des conducteurs des véhicules rapides et la prévention des accidents routiers.** (Die Auswahl der Führer von Kraftverkehrsmitteln und die Verhütung von Straßen-Verkehrs-Unfällen.) Ann. Méd. lég. etc. 17, 397—509 (1937).

Verf. berichtet auf der im Mai d. J. in Paris abgehaltenen 21. internationalen Tagung für gerichtliche Medizin über die in Italien in der Zeit von 1926—1932 vorgekommenen Verkehrsunfälle, die in jedem Jahr eine Zunahme erfahren haben. Es wurden im einzelnen die Unfälle durch Eisenbahn, Straßenbahn und Kraftwagen behandelt. Vergleichsweise wurden Unfallzahlen anderer europäischer und außer-europäischer Länder (USA.) gebracht. — Im 2. Teil schildert Verf. die in Italien und anderen Ländern geltenden Vorschriften und Methoden, um die für Kraftwagenfahrer und Lokomotivführer usw. geeigneten Leute zu finden. Es wurde dabei besonders auf die in Deutschland bei Verkehrsunfällen vorgeschriebene Blut-Alkohol-Untersuchung hingewiesen, deren Einführung auch für Italien bevorsteht. Die Durchsicht des sehr ausführlichen Berichtes wird durch zahlreiche tabellarische Übersichten erleichtert. Wegen der vielen Zahlenangaben ist der Bericht für ein kurzes Referat nicht geeignet, der Verkehrsfachmann z. B. müßte die Arbeit im Original einsehen. *Sauer* (Erfurt).o

### Gesetzgebung. Ärzterecht.

**Spohr, Werner: Die strafrechtliche und bürgerlich-rechtliche Haftung bei Nichtgewährung von Krankenhauspflege.** Mschr. Arb.- u. Angest.versich. 25, 151—163 (1937).

Für die Krankenkassen besteht die Kannvorschrift, Kassenmitgliedern Kranken-