

W. PROCH (Bonn): Vitale Reaktion bei Verbrennungen (histochemische Methoden).

O. PRIBILLA (Kiel): Der Tod in der Narkose.

Vortragender berichtete über die vom 1. 1. 47 bis 1. 8. 63 am Kieler Institut untersuchten 29 Todesfälle im Zusammenhang mit der Anaesthesie. Es waren 0,47 % von 6083 Sektionen. Dazu kamen drei weitere Fälle, die für auswärtige Gerichte ohne eigene Sektion begutachtet waren. Das Material wurde nach Alter, Art des Narkosemittels und Art des Eingriffes aufgeschlüsselt. Aus jeder Gruppe wurden einzelne charakteristische Fälle dargelegt. Auch die Prämedikation wurde diskutiert. Es ergibt sich, daß in 23 der 32 Fälle kein Atropin gegeben wurde. Die Aufschlüsselung nach der Todesursache ließ sich zwanglos in die Fälle von Tod durch die Narkose, in der Narkose und die Fälle, in denen der Tod nur in zeitlicher Koinzidenz mit der Narkose aufgetreten ist, gliedern. Bemerkenswert waren die Fälle von Tod in der Narkose ohne pathologisch-anatomisches Substrat. Hier waren es vor allem Angst und vegetative Erregbarkeit und ein sog. Status thymicolymphaticus, welche nicht genügend Beachtung gefunden hatten. Unterlassene Magenanamnese und Voruntersuchung des Patienten führten sehr häufig zum Tod im Zusammenhang mit der Narkose. Auch technische Fehler bzw. Unfälle im Zusammenhang mit der Narkose waren relativ häufig. Die Schilderung des Ausgangs der eingeleiteten Gerichtsverfahren leitete über zu der Anregung des Vortragenden, eine Zentralstelle ins Leben zu rufen, in der jeder Todesfall im Zusammenhang mit der Narkose registriert und abgeklärt werden könnte. Es folgte eine Erörterung der für die Arbeit einer derartigen Stelle erforderlichen Voraussetzung und notwendigen Untersuchungen. (Erscheint ausführlich in der Zeitschrift „Der Anaesthesist“.)

Professor Dr. O. PRIBILLA, 23 Kiel, Hospitalstr. 17—19
Institut für gerichtliche Medizin der Universität

W. HOLCZABEK (Wien): Dünnschichtchromatographische Untersuchungen von Lipidextrakten aus der menschlichen Lunge unter besonderer Berücksichtigung der Fettembolie. (Mit 3 Textabbildungen.)

Wir untersuchten dünn-schichtchromatographisch Lipidextrakte aus Depotfett (Unterhautfettgewebe und Knochenmarkfett), aus normalen Lungen und aus Lungen mit Fettembolie.

Zur Technik:

Extraktion

100 g Lungengewebe aus der Peripherie des rechten Unterlappens wurden mit dem Ultra Turrax homogenisiert und ebenso wie kleinere Portionen Depotfett