

Gerichtliche Anklagen gegen Chirurgen der Stadt und des Kreises Leningrad.

Von

Dr. med. Arthur Gregory.

Die gerichtlichen Anklagen gegen Ärzte, besonders Operateure (Chirurgen und Gynäkologen) haben nach der Oktoberrevolution, besonders seit 1924, ganz bedeutend an Zahl zugenommen. Die Zahl wächst von Jahr zu Jahr. In der Stadt und dem Kreise Leningrad wurden im Jahre 1924 9 gerichtliche Anklagen gegen Chirurgen eingeleitet, im Jahre 1925 10, 1926 20, 1927 16, 1928 29, in den ersten 4 Monaten des Jahres 1929 9; vor dem Jahre 1924 finden wir eine Anklage verzeichnet. Im ganzen sind über 94 Anklagen von 1924 bis zum Mai 1929 gegen Chirurgen der Stadt und des Kreises Leningrad erhoben worden.

In der Stadt wie im Kreise Leningrad gibt es kaum eine chirurgische Abteilung, deren Chirurgen in den letzten 5 Jahren nicht vom Untersuchungsrichter wegen ihrer Tätigkeit zur Rechenschaft gezogen worden wären.

59mal wurde nur je ein Chirurg verklagt, 24mal alle Chirurgen der chirurgischen Abteilung, 11mal 2 und mehrere Chirurgen. 7mal wurden zugleich Vertreter der anderen medizinischen Disziplinen angeklagt. Diese Armee von mehreren hundert Chirurgen (unter ihnen mehr als 10% Professoren) wird der Fahrlässigkeit in der Ausübung ihres Berufs beschuldigt. Der angerichtete gesundheitliche Schaden wird als Folge dieser Fahrlässigkeit bezeichnet.

Wie lauteten die gegen die Chirurgen erhobenen Anklagen?

Gruppe I. *In 32 Fällen* wurde der Chirurg (oder mehrere von ihnen) angeklagt, die Schuld an der postoperativen Mortalität zu tragen. Die Schuld der Chirurgen konnte in der Nachlässigkeit bei der Vorbereitung zur Operation bestehen, in der nicht richtig gewählten Zeit zur Ausführung derselben, in Nachlässigkeit bei der Ausführung der Operation, bei der postoperativen Behandlung usw.

Gruppe II. *In 17 Fällen* lautete die Anklage: Nachlässige, fehlerhafte, nicht richtige Ausführung der Operation, nicht richtige chirurgische Behandlung und als deren Folge Gesundheitsschädigung oder Tod der Kranken in einigen Fällen.

Gruppe III. *In 16 Fällen* wurde der diensttuende Chirurg beschuldigt, fehlerhafte Handlungen oder Verordnungen getroffen zu haben, die den Tod des Kranken oder eine Gesundheitsschädigung zur Folge hatten.

Gruppe IV. *In 7 Fällen* wurde den Chirurgen fehlerhafte, nicht angezeigte subcutane, intravenös oder intradurale Injektion von Arzneimitteln zum Vorwurf gemacht.

Gruppe V. *In 5 Fällen* sollten Röntgenologen durch nachlässige Röntgenbehandlung Schäden angerichtet oder bei der Röntgenuntersuchung eine Knochenverletzung übersehen haben.

Gruppe VI. *In weiteren 5 Fällen* sollten die Chirurgen während der Operation oder auch während der chirurgischen konservativen Behandlung Verletzungen verursacht haben.

Gruppe VII. *In 4 Fällen* war angeblich die dringliche chirurgische Hilfe nicht erteilt worden.

Gruppe VIII. *In 2 Fällen* wurde der Narkosetod dem Chirurgen zur Last gelegt.

Gruppe IX. *In weiteren 2 Fällen* sollte die Indikation für die Operation gefehlt haben.

Gruppe X. *In 3 Fällen* waren es „Kollegen der Chirurgen“, die gewöhnlich gegen die leitenden Chirurgen Anklage erhoben und sie einer ganzen Reihe von Verbrechen beschuldigten.

Schließlich wurden über 20 Chirurgen verschiedener chirurgischer Abteilungen angeklagt, Schuld an dem Selbstmorde der Kranken zu tragen, und zwar soll die nachlässige Behandlung und mangelhafte Aufmerksamkeit der Grund für das Reifwerden des Selbstmordgedankens gewesen sein. Was die größte Gruppe, nämlich die 32 Anklagen betrifft, so kam 30 mal die Anklage überhaupt nicht vor Gericht, sondern die ganze Angelegenheit wurde im Stadium der Voruntersuchung eingestellt, da jegliches Beweismaterial für die Anklage fehlte. Zweimal kam die Anklage vor Gericht, in einem Falle wurde der Chirurg freigesprochen, da jegliche Beweise für die Richtigkeit der Anklage fehlten; im zweiten Falle lautete das Urteil „Nachlässigkeit“, da der leitende Chirurg, der telefonisch von der Dringlichkeit der Operation benachrichtigt worden war, erst nach einigen Stunden eintraf.

Die Gruppe von 32 Fällen könnte vom medizinischen Standpunkt in 3 Untergruppen geteilt werden. Untergruppe I: Fälle, die auch in den besten Kliniken eine hohe postoperative Mortalität aufweisen (Volvulus, Ulcus ventriculi perforatum, vorgeschrittenes Magencarcinom usw.). Untergruppe II: Fälle, die als Unglücksfälle in der Chirurgie gedeutet werden müssen. Untergruppe III: Fälle, die durch Fehler oder gefährliche Operationen veranlaßt wurden. Die Todesfälle in der Untergruppe I waren in den meisten Fällen wohl vorauszusehen, in der Untergruppe II war der tödliche Ausgang der Operation für den Chirurgen

vollkommen unerwartet (Unglücksfälle in der Chirurgie). In diese Untergruppe gehören 3 Fälle von sog. larvirter Infektion, die durch die Operation aktiviert wurde, 2mal nach einer Appendektomie, 1mal nach operativer Mobilisation des Kniegelenkes. In 2 Fällen von Appendektomie erfolgte der Tod 2 Tage nach der Operation an allgemeiner Peritonitis. In beiden Fällen handelte es sich um Appendicitis recidiva, Operation à froid, 2—3 Monate nach dem letzten Anfall, Temperatur längere Zeit normal, wenig ausgeprägte Krankheitszeichen, bei der Operation, die leicht auszuführen war, unbedeutende Veränderungen, wie sie gewöhnlich bei einer chronischen unkomplizierten Appendicitis anzutreffen sind. In beiden Fällen handelte es sich um junge, sonst gesunde Leute. Die Untersuchung der Sachverständigen mußte nach Würdigung des faktischen Materials die Möglichkeit einer larvirten Infektion, die durch die Operation aktiviert wurde, annehmen.

Der dritte Fall einer larvirten Infektion verdient in aller Kürze wiedergegeben zu werden.

Ein 25-jähriger Kranker wurde in ein musterhaftes Krankenhaus in Leningrad aufgenommen zwecks Mobilisierung des ankylosierten Kniegelenkes. Im Alter von 12 Jahren hatte er an Kniegelenkstuberkulose mit Fisteln gelitten, die nach 1 Jahr heilten; es entstand eine Ankylose. Am 2. XI. 1926, also 12 Jahre nach der klinischen Heilung der Kniegelenkstuberkulose, Mobilisierung des Gelenkes mit Fascieninterposition. Am 11. XI. Herdnekrosen in der Mitte des unteren Randes des oberen Weichteillappens. Am 18. XI. wird die Wunde reiner, granuliert. Am 11. XII. Tetanuserscheinungen. Am 23. XII. Tod an allgemeiner eiteriger Infektion und Tetanus. Nach dem Urteil des Sachverständigen konnten Eitererreger sowie Tetanusbacillen in den Verwachsungen und den kranken Gelenkflächen zurückgeblieben sein. Die Operation eröffnete die Lymphspalten und Blutwege, entblößte die Nervenenden, die Eitererreger wurden in den Blutkreis geschwemmt, die Tetanusbacillen erhielten die Möglichkeit, ihr Gift zu produzieren, so daß eine doppelte Infektion zustande kam. Dergleichen postoperative Komplikationen sind äußerst selten und können nicht vorausgesehen werden. Eine exogene Infektion wäre im gegebenen Fall auszuschließen.

Über Provokation einer larvirten Infektion ist heutzutage noch wenig Bestimmtes zu sagen.

Der vierte Fall dieser Untergruppe betrifft eine 15-jährige Kranke, die infolge chronischer rezidivierender Appendicitis am 22. XII. appendektomiert wurde.

Untersuchung vor der Operation: Normale Temperatur, keinerlei akute Erscheinungen, im Urin Eiweißspuren, keine Zylinder. Ausgesprochene Hysterie. Lokalanästhesie nicht möglich. Äther nicht vorhanden. Chloroformnarkose. Operation einfach, in einigen Minuten ausgeführt. Am anderen Tage nach der Operation Sensorium benommen. Krämpfe. Der Neuropathologe glaubt eine Erkrankung des zentralen Nervensystems annehmen zu dürfen, der Therapeut glaubt die Krankheitserscheinungen auf Meningitis tbc. oder Urämie zurückführen zu können. Liquor cerebralis normal. Im Urin viel Eiweiß. Zylinder. 3 Tage nach der Operation Tod an Urämie. Das Urteil der gerichtlich-medizinischen Untersuchung lautete dahin, daß die Operation angezeigt, ihre Ausführung tadellos war,

daß Eiweißspuren im Urin durchaus keine Kontraindikation gegen eine Appendektomie, auch unter Narkose bildeten und daß das Chloroform, welches im gegebenen Fall angewandt werden mußte, in einigen äußerst seltenen Fällen auch bei anscheinend leichter Nierenaffektion, akute Nierenerkrankung und Urämie hervorrufen kann.

Der leitende Chirurg des Oktoberkrankenhauses, Dr. *Stuckey*, der die Kranke operiert hatte, wurde von einem Verwandten der Kranken, deren Tod ihn angeblich materiell geschädigt haben sollte, im Sprechzimmer erschossen.

In diese Untergruppe gehören gleichfalls Fälle von Tod an Luftembolie bei der Laminektomie, von Auseinandergehen der Bauchwunde. 13 Tage nach der Operation (2 Tage nach Entfernung der Nähte) bei einem geschwächten Kranken, der zugleich an Lungentuberkulose litt, mit Darmprolaps und nachfolgender Peritonitis. Hierher gehören Fälle von Tod an Peritonitis; in einem von ihnen *Sectio alta*, im anderen *Pyelotomie*; in beiden Fällen wurde das Bauchfell nicht verletzt. In beiden Fällen Peritonitis wohl „per continuitatem“.

Zum Teil gehören in diese Untergruppe noch folgende 6 Fälle. 2 Fälle von Appendektomie: in dem einen Falle wurde der Blinddarm verletzt. Naht. Tampon. Trotzdem Tod an Peritonitis. Im 2. Falle Tod an Myokarditis und postoperativer, intraabdomineller Blutung (400 ccm Blut in der Bauchhöhle) aus der retrocöcalen Bauchfellwunde, entsprechend der Lage des entfernten Wurmfortsatzes. 3. Fall. *Neoplasma coeci*. *Resectio coeci* und eines Teiles vom *Colon ascendens*. Darmnaht. 18 Tage nach der Operation Tod an Peritonitis (Auseinandergehen der Anastomosennaht, Darmnekrose). 4. Fall: Entfernung eines *branchiogenen Halscarcinoms*. Verwachsung mit der *Art. carotis communis*. Läsion derselben. Naht. 15 Tage nach der Operation, ohne jegliche Manipulationen Blutung. Ligatur der *Art. carotis communis*. Tod an allgemeiner eiteriger Infektion. 5. Fall: Tod an Shock 6 Stunden nach der Entfernung einer großen neurofibromatösen Geschwulst der *Glutaeal-, Inguinal- und Thorakalgegend*. 6. Fall. Tod an Erstickung während der Nekrose infolge Verstopfung beider Bronchien durch feste Fleischstücke beim Erbrechen. Erbrechen während der Narkose ist nicht selten, Erstickung höchst selten. Im gegebenen Falle muß Zusammenwirken einer Reihe von begünstigenden Momenten angenommen werden: Fehlen von Reflexen (gewöhnlich erwacht der Kranke beim Erbrechen).

Zur zweiten Untergruppe der Gruppe von 32 Fällen gehören also ganz und teilweise 14 Fälle; in die erste Untergruppe 12 Fälle. Die Möglichkeit einer Beschuldigung der Ärzte in den Fällen der ersten Untergruppe ist wohl durch Überschätzung des ärztlichen Könnens von seiten der Arbeitermassen zu erklären. Nach dem heutigen Stande der medizinischen Wissenschaft sind wir aber nicht in der Lage, alle Fälle von *Volvulus*; *Ulcus ventriculi perforatum*, *Magencarcinom* usw. operativ zu heilen. Es wird noch lange dauern, ehe unser Volk darüber aufgeklärt wird. Untergruppe III: Fehler und gefährliche chirurgische Operationen, 6 Fälle.

Fall 1. Gastritisercheinungen. *Ileus partialis*. 4 Tage nach der Erkrankung plötzliche Verschlechterung des Krankheitszustandes. Peritonealerscheinungen. Operation. Thrombose der Mesenterialgefäße. Darmgangrän. Peritonitis. Tod nach der Operation.

Fall 2. *Vulnus thoracis perforativum.* Operation. Die blutende Stelle der Lungenwunde wurde bei der Operation nicht entdeckt, möglicherweise sistierte die Blutung nach der Pleuraeröffnung, um nach Schluß der Operation von neuem zu entstehen und zum Tode an Verblutung zu führen.

Fall 3. Ein 60jähriger Kranker wurde in ein Kreiskrankenhaus eingeliefert. *Hernia inguinalis incarcerata.* Die Incarceration besteht seit 10 Tagen. Der junge Arzt, Anfänger, der zum Messer greifen mußte, incidierte die Haut, erschrak darauf und vernähte die Wunde. Nach 5 Tagen Auseinandergehen der Nähte. Darmfistel. Der Arzt erschrak noch mehr und ließ den Kranken nach Hause bringen in ein Dorf, das etwa 30 km von dem Krankenhaus entfernt war. Tod nach 24 Tagen an Peritonitis.

Fall 4. Anfänglich falsche Diagnose einer nicht perforierenden Kopfwunde, nach einiger Zeit Gehirnerscheinungen. Operation: Eiterige Meningitis, Gehirnabsceß.

Fall 5. 12jähriges Mädchen: Lungen- und Darmtuberkulose. Nach einiger Zeit unbedeutende Peritonealerscheinungen, die erst nach 5 Tagen keinen Zweifel bestehen lassen. Darauf Operation. Vorgeschrittene, ausgebreitete Darmgangrän, diffuse Peritonitis. Die schwache peritoneale Reaktion der geschwächten Kranken ließ das Anfangsstadium der Peritonitis übersehen.

Fall 6. Falsche Diagnose: *Ulcus Duodeni perforativum*, statt *Cholecystitis acuta*. Tod an postoperativer cholämischer Blutung (Ikterus war nicht vorhanden).

Wenn die gegen die Chirurgen erhobenen Anklagen in Fällen der ersten Gruppe, besonders der Untergruppen II und III, zum Teil verständlich sind, so sind die Anklagen in 17 Fällen der zweiten Gruppe weniger verständlich, meist sinnlos. Die Anklage lautete auf: Infektion der Kranken mit Scharlach, Tuberkulose usw., Behandlung eiternder Wunden mit Tamponade statt Vernähung, mangelhafte Funktion der Finger nach operierter schwerer eitriger Tendovaginitis, keine *Prima intentio* nach eitriger Osteomyelitis u. dgl. m.

In 16 Fällen der dritten Gruppe wurde Anklage gegen die im Krankenhause diensttuenden Chirurgen erhoben. 7mal sei von dem diensttuenden Chirurgen eine falsche Diagnose gestellt worden: leichte Kopfwunden, keine Knochen- und Gehirnverletzung. In allen diesen Fällen waren die Knochen verletzt, und die Kranken starben in einem Zeitraume von 1—8 Tagen an allmählich zunehmender intrakranieller Blutung oder Encephalomeningitis.

Jeden Tag hat der diensttuende Chirurg eines Krankenhauses (besonders eines größeren) mit einer Menge von Betrunknen zu tun. Alle toben, schreien, erbrechen, schlagen um sich usw., fast alle haben Kopfwunden, die in der größten Mehrzahl der Fälle oberflächlich sind. Der trunkene Zustand, oft bis zur vollen Bewußtlosigkeit, erschwert die Diagnose der tiefen Verletzungen, Schmerzgefühl fehlt, Anamnese ist nicht festzustellen, auch die objektiven Symptome, z. B. Pulsverlangsamung bei intrakranieller Blutung usw., können fehlen; die verhältnismäßig häufige falsche Diagnose der Kopfverletzungen bei Betrunknen

wäre wohl zu verstehen. Es wäre wohl nicht zu verwundern, wenn ein Chirurg, der einen solchen Fehler einmal begangen hat und die Folgen kennt, äußerst vorsichtig sein wird bei Beurteilung der Kopfwunden bei Betrunkenen und daher leicht in der entgegengesetzten Richtung eine falsche Diagnose stellt: anstatt einer leichten eine schwere Kopfwunde diagnostiziert. Einen solchen Fall finden wir in der Tat verzeichnet. So wurde in einem Falle gegen den diensttuenden Chirurgen die Anklage erhoben, daß er ohne jegliche Indikation den Kranken ins Krankenhaus aufnahm, wo er mehrere Tage verbleiben mußte, wodurch die Dienstverpflichtungen des Kranken litten. Es wurde nämlich fälschlich eine Fraktur der Schädelbasis diagnostiziert, während in Wirklichkeit nur eine Alkoholvergiftung vorlag.

Der Kranke wurde am 22. V. in trunkenem Zustande von der Miliz ins Krankenhaus eingeliefert und dabei folgender Befund erhoben: Bewußtlosigkeit, enge, nicht reagierende Pupillen, Blutung aus dem Munde, der Nase und dem rechten Ohre, blutunterlaufenes oberes Augenlid des linken Auges. Anfängliche Diagnose: Fractura baseos cranii? Endgültige Diagnose: Alkoholintoxikation.

Die gerichtlich-medizinische Untersuchung konnte keine Anhaltspunkte für die Anklage finden, hob im Gegenteil das vorsichtige, behutsame Vorgehen des Chirurgen hervor, das die Wahrung der Interessen des Kranken vor allem im Auge hatte.

Die übrigen 8 Fälle dieser Gruppe bieten kein besonderes Interesse und beziehen sich auf Nichtaufnahme ins Krankenhaus, während nach der Meinung des Anzeigenden die Aufnahme erforderlich war, einer falschen Diagnose: anstatt Fractura malleoli ext. — Distorsio pedis usw.

Zu der 4. Gruppe zählen 7 Fälle. Zweimal handelte es sich um Arseninjektion. In einem Falle nach der Injektion 2 Tage dauernde unbedeutende Schmerzen, woraus der Anzeigende den Schluß zog, daß ihm nicht Arsen, sondern etwas anderes injiziert worden war, im anderen Falle nach der Injektion Phlegmone des Ober- und Unterarmes, welche mehrere Incisionen erforderte, schließlich Heilung mit Einschränkung der Beweglichkeit im Ellenbogen, teilweise auch im Schultergelenk. In einem Falle nach intravenöser Neosalvarsaninjektion Tod. Die Sektion konnte keine bestimmte Todesursache entdecken. In einem Falle Tod nach spinaler Injektion des gelösten Präparates von *Schleich* (Morphium + Cocain), was wohl als Fehler anzusehen war, da das Cocain wegen seiner giftigen Wirkung zur Injektion in den Duralsack nicht geeignet ist. In einem Falle wurde intravenös anstatt einer 10proz. Chlorcalciumlösung 5 ccm einer Adrenalinlösung 1 : 1000 injiziert. Tod an Adrenalinvergiftung. In einem Falle wurde der Mutter, die mit ihrem Kinde die Poliklinik aufsuchte, um dem Kinde den Verband zu wechseln, ganz unerwartet Blut entnommen und dem Kinde injiziert. Der Arzt nahm an, daß die Mutter die Poliklinik aufgesucht hätte zwecks Blut-

entnahme und prophylaktischer Injektion des Blutes beim Kinde, wie es bei Berührung mit masernkranken Kindern üblich ist. Bei der großen Krankenzahl, die der Chirurg in der Ambulanz zu versorgen hat (15 in einer Stunde), sind solche eilige Handlungen wohl möglich. Die Blutentnahme sowie die Blutinjektion verliefen vollkommen glatt. In diese Gruppe gehört schließlich noch ein Todesfall 3 Tage nach Encephalographie bei einem 15jährigen Knaben. Wie die Sektion ergab, litt der Knabe an Endotheliom der rechten Kleinhirnhälfte. Der Tod erfolgte durch Asphyxie infolge Verlagerung der zungenartigen Geschwulstausstülpung in das Foramen occipitale magnum mit Druck auf die Medulla oblongata. Die Encephalographie war regelrecht und mit größter Vorsicht ausgeführt worden.

Die fünfte Gruppe bilden 5 Fälle von Röntgenschädigung. In 4 Fällen wurde das nach der Röntgenbehandlung entstandene Ulcus der Fahrlässigkeit des Arztes zugeschrieben; im 5. Falle sollte ebenfalls infolge von Fahrlässigkeit bei der Röntgenuntersuchung eine Knochenverletzung übersehen worden sein. Die Anklage konnte in allen diesen Fällen mit Bestimmtheit abgewiesen werden, da die Therapie in allen Fällen höchst vorsichtig vorgenommen und die gewöhnliche Dosis nicht überschritten wurde. Das Übersehen der Knochenverletzung bei der Röntgenuntersuchung war in diesem Falle leicht möglich trotz genauer Untersuchung.

Nun kommen wir zur sechsten Gruppe von 5 Fällen, in denen die Chirurgen angeblich statt zu heilen, Verletzungen und Schädigungen veranlaßt haben sollten.

Fall 1. Einem 25jährigen Kranken wurde infolge einer nicht vollen Ankylose des Hüftgelenkes gonorrhöischen Ursprunges auf unblutigem Wege das Gelenk unter Narkose mobilisiert. Darauf Schmerzen, Gelenkschwellung, längeres Krankheitslager. Skorbuterscheinungen. Erst jetzt war eine Röntgenaufnahme möglich, die in den ersten Jahren nach der Revolution nicht immer geschehen konnte. Die Röntgenaufnahme ergab einen eingekeilten konsolidierten Oberschenkelbruch, der nach der Meinung der gerichtsärztlichen Untersuchung vor der Aufnahme des Kranken bestanden hatte und keineswegs als eingekeilter Bruch während der Mobilisation des Gelenkes entstehen konnte.

Fall 2 und 3. Nach einer wegen Oesophagusstenose vorgenommenen Oesophagoskopie leichte Verletzung der Schleimhaut, wie sie häufig vorkommt, ohne daß üble Folgen danach entstehen. In diesem Falle entstand eine phlegmonöse Oesophagitis, eiterige Mediastinitis, Tod.

Fall 4. Bei einem alten Prostatiker nach der Katheterisation unbedeutende Blutung. Nach 3 Wochen Tod an Cystopyelonephritis, Myokarditis, Lungenemphysem. Bei der Sektion erwies sich die Urethra unversehrt. Trotzdem Anklage gegen den Chirurgen, der durch das Katheterisieren Unheil angestiftet haben sollte.

Fall 5. Die Arbeiterin M. hatte ihre 1 $\frac{1}{2}$ jährige Tochter in ein Sanatorium in der Nähe von Leningrad im Januar 1927 untergebracht. Aufnahmebefund: Kyphoskoliose, hervorstehendes Brustbein, Rippenverdickungen, Verkrümmungen der Unterschenkel. Im Sanatorium überstand das Kind Masern und Diphtherie. Als am 14. VIII. 1927 das Kind aus dem Sanatorium geholt wurde, bemerkte die

Mutter eine Verkrümmung des linken Unterarmes, die den Ärzten (Chirurgen) zur Last gelegt wurde und deshalb eine Anklage beim Staatsanwalt erfolgte. Das Röntgenbild zeigte an der Stelle der unbedeutenden Verkrümmung des Unterarmes im mittleren Drittel eine unbedeutende Verkrümmung beider Knochen, Ulna sonst unversehrt, am Radius an der Verkrümmungsstelle unklare Zeichen einer alten Fraktur. Es wäre möglich, anzunehmen, daß nach den überstandenen Infektionskrankheiten die Rachitisercheinungen sich verschlimmerten und eine Erweichung der Knochen an der Stelle der früheren Fraktur manifest wurde mit nachfolgender Verkrümmung.

Gruppe VII umfaßt 4 Fälle. Chirurgen wurden angeklagt, die nötige, dringliche chirurgische Hilfe nicht erteilt zu haben.

Fall 1. Der Chirurg fand 2 Verletzte im Stadium der Agonie (penetrierende Kopfschußwunden). Beiden Verwundeten wurde der Verband angelegt und beide zu Hause belassen. Ein anderer Chirurg ließ 2 Verwundete 2 Stunden nach der Verwundung in ein Krankenhaus bringen. Der eine Verwundete verschied nach einigen Stunden, die andere blieb am Leben (Hemiparese der rechten Körperhälfte).

Fall 2. Am 24. XII. 1926 wurde der 30jährige Arbeiter G. in besinnungslosem Zustande im Walde gefunden. Aufnahme ins Krankenhaus (Kreis Leningrad). Über der rechten Augenbraue und auf der linken Wange je eine 3—4 cm lange Wunde mit unbedeutend geschwollenen Rändern, augenscheinlich oberflächlich. Pupillen beiderseits unbedeutend erweitert, reagieren träge, oberflächliche Bißwunden der Zunge, Sensorium etwas benommen, träge psychische Prozesse. Nach einigen Stunden volles Bewußtsein. Der Kranke erzählte, daß er im Walde plötzlich das Bewußtsein verlor und hinfiel; er soll an solchen Anfällen schon früher gelitten haben. Diagnose: Epilepsie. Einige Tage ist die Temperatur unbedeutend erhöht, darauf normal. Die Wunden heilen nach 6 Tagen. Der Kranke verläßt das Krankenhaus. 7 Tage fühlt er sich vollkommen gesund, darauf Temperaturerhöhung, Kopfschmerzen, wiederum Aufnahme in ein Krankenhaus. Es wird Meningitis diagnostiziert, nach weiteren 10 Tagen Tod. Sectio: Vulnus ossis frontis dextri et gyri frontalis d. cerebri, Meningitis purulenta; ein 3 cm langes, abgebrochenes Ende der Messerklinge eines Federmessers lag frei im entsprechenden Gehirnteile. Obgleich die Diagnose Epilepsie und die Möglichkeit der Verwundungen beim Fallen sowie die Oberflächlichkeit der Wunden auch als höchst wahrscheinlich angenommen werden konnten, so hätte doch die genaue Inspektion besonders der Stirnwunde, wenn auch allein mittels Auseinanderziehen mit Haken den wirklichen Tatbestand klären können und die dringliche operative Hilfe nicht versäumen lassen.

Fall 3. Die Bäuerin S. erkrankte an Appendicitis perforativa. Der Chirurg, der 15 km von dem Wohnungsort der Kranken sich befand, hatte noch 15 Kranke zu besuchen und 36 Kranke in der Ambulanz zu empfangen, außerdem mit dem Untersuchungsrichter an einer Sektion teilzunehmen. Er konnte die Kranke erst am anderen Tage aufsuchen. In ein Krankenhaus aufgenommen, verschied sie nach 3 Tagen. Operiert wurde die Kranke nicht, da sie als hoffnungslos galt. Es wurde fälschlich Ileotyphus und Perforation des Ileum diagnostiziert. Sektion: Appendicitis perforativa.

Fall 4. 2 Motorradfahrer, der eine weniger, der andere mehr betrunken, stießen aneinander. Der Chirurg war nach 10 Minuten an Ort und Stelle. Der weniger Betrunkene kam mit einigen Excoriationen und Kontusionen davon und begab sich selbständig nach Hause. Den mehr Betrunkenen fand der Chirurg stehend mit herabgelassenen Beinkleidern, die Kleidungsstücke mit eigenen Ex-

krementen und Brechmassen beschmutzt. Außer unbedeutenden Excoriationen und Kontusionen wurden keine weiteren Verletzungen bemerkt. Der Verletzte bewegte sich selbständig, beantwortete die an ihn gestellten Fragen in einer Form, wie es ein Betrunkener tut, der das Bewußtsein noch nicht vollkommen verloren hat, keinerlei Klagen oder Schmerzäußerungen. Vom Arzt wird die Verordnung getroffen, den Verletzten bis zur Ernüchterung in die Milizabteilung zu befördern. Dort angelangt, bewegt sich der Verletzte ohne jegliche Hilfe, sucht selbständig das Klosett auf, geht umher, raucht, aber nach einigen Stunden wird ihm schlecht. Überführung ins Krankenhaus. Bewußtlosigkeit. Tod noch an demselben Tage. Sektion: Fissura ossium temporalium et parietalis. Fractura baseos cranii (Os temporale et occipitale). Ruptura lienis. Fractura claviculae. Intrakranielle Blutung: etwa 50—60 ccm. In der Bauchhöhle etwa 300 ccm Blut. Bruch der Clavicula im äußeren Drittel, ohne Dislokation, ohne Zerreißen des Periosts.

Eine ganze Reihe von schweren Verletzungen und keine von ihnen bei Lebzeiten erkannt. Es klingt fast unglaublich, und doch ist es so. Wiederum war es die Alkoholintoxikation, die die subjektiven Merkmale der Verletzungen und den objektiven Befund verschleierte. Fissur der Schädelknochen ist bei Fehlen von äußeren Verletzungen wohl kaum festzustellen. Für die Diagnose Fractura baseos cranii fehlten jegliche charakteristischen Merkmale: keine Blutung aus den Ohren und der Nase, keine Bewußtlosigkeit (geringe intrakranielle Blutung nicht über 50,0—60,0), nichts Besonderes seitens der Pupillen, des Pulses usw. Für die Milzzerreißen und intraabdominelle Blutung bestanden keine Anzeichen. Schließlich wurde auch die Claviculafraktur übersehen; ungewöhnliche Lokalisation, Periost unversehrt, keine Dislokation der Bruchstücke.

Wir kommen nun zur Besprechung der *achten Gruppe*. Hierher gehören 2 Fälle.

Fall 1. 22jährige Kranke. Appendicitis chronica recidiva. Hysteria. Äther nicht vorhanden. Lokalanästhesie wegen Hysterie nicht anzuwenden. Daher Chloroform. Tod nach Einatmung von 3,0 Chloroform auf dem Operationstische. Bei der Sektion konnte nichts gefunden werden, was den Narkosetod befriedigend hätte erklären können.

Fall 2. 15jähriger Knabe. Hernia inguino-scrotalis congen. dextra. Operation. Chloroformnarkose. Nach Beendigung der Operation (nach *Bassini*), 30 Minuten nach Beginn der Narkose plötzlicher Atem- und Herzstillstand. Künstliche Atmung 3 Stunden. Tod. Verbraucht wurden 8,0 Chloroform. Sektion: Status thymico-lymphaticus (Thymus persistens, Vergrößerung der Darmfollikel, außerdem Vergrößerung der Schilddrüse).

In der neunten Gruppe haben wir gleichfalls 2 Fälle zu verzeichnen.

Fall 1. Der 21jährige Eisenbahnarbeiter bemerkte nach dem Schlafe das Fehlen der 4 künstlichen oberen Vorderzähne. Sofort starke Schmerzen zwischen Schulterblättern. In der Meinung, das Gebiß verschluckt zu haben, suchte er das Krankenhaus auf. Die Röntgenaufnahme (2mal am Abend desselben Tages und am folgenden Morgen, nach Abführmittel) zeigt einen Schatten, der an eine künstliche Zahnprothese erinnert. 27. XI. 1924 Laparotomie. Die Zahnprothese war nirgends zu finden. Prima intentio. Den 10. XII. verließ der Kranke das Krankenhaus. Später vollkommen gesund. Keine Eventeration. Der Schatten war wohl

durch Kotmassen bedingt. Bei der veralteten Röntgenapparatur und bei dem Fehlen eines Diaphragma war die Deutung des Schattens erschwert.

Fall 2. Epinephrektomie bei Gangraena spontanea nach Oppel. Tod bald nach der Operation. Sektion: Allgemeine Toxämie infolge von Tonsillitis purulenta. Die Operation war tadellos ausgeführt, von seiten der Operationswunde nichts Besonderes. Die Zulässigkeit der Operation bei Vorhandensein einer purulenten Tonsillitis sowie die Nützlichkeit einer Epinephrektomie bei der spontanen Gangrän wurde von den Verwandten des Verstorbenen in einer Weise angezweifelt, die durchaus auf ein sehr aktives Eingreifen der „Kollegen“ hinwies.

Ganz besondere „kollegiale Verhältnisse“ erblicken wir in den 3 Fällen der zehnten Gruppe.

Fall 1. Die Ärzte der chirurgischen Abteilung eines Krankenhauses wollten ihren Chef, Dr. T. loswerden, weshalb sie freundschaftlich ihm vorschlugen, sich als Kandidat für den Direktorposten des Krankenhauses zu melden, in der Meinung, daß er keine Aussichten hatte und wenn er durchfallen sollte, es leichter wäre, ihn überhaupt loszuwerden. Ganz unerwartet ging die Kandidatur durch. Das entsprach keineswegs den Wünschen der „Kollegen“ und sie beschlossen darauf, ihn direkt anzugreifen. Es wurde eine Anklageschrift verfaßt, in der es hieß: 1. Dr. T. unterhält Liebesbeziehungen zu den Wärterinnen P., M. und Ph., und kann somit keine Autorität als Direktor besitzen. 2. Dr. T. ist von gegenrevolutionärer Gesinnung, was aus seinen Worten und Taten hervorgeht. 3. Dr. T. ist narkoman, er beginnt Operationen, ohne sie zu beendigen. Diese Anklageschrift wurde gleichzeitig an das Gesundheitsamt, an die Staatsanwaltschaft und an die politische Verwaltung abgesandt. Dr. T. wurde daraufhin von der politischen Verwaltung verhaftet, doch bald freigelassen, da jegliche Anhaltspunkte für seine gegenrevolutionäre Gesinnung und Taten fehlten. Nicht bestätigt wurden die Liebesverhältnisse mit den Wärterinnen. Was nun die Nichtbeendigung der Operationen betrifft, so waren es Hirngeschwülste, die Dr. T. zweizeitig operierte.

Fall 2. Dr. G., der im Nachbarbezirk mit Dr. S. arbeitete, ließ sich von der Tüchtigkeit des Dr. S. als Chirurgen überzeugen. Da er entsprechende Beziehungen hatte, so schlug er Dr. S. vor, die Stellung eines leitenden Chirurgen im Kreiskrankenhaus zu übernehmen, die bald frei werden würde, da der jetzige Leiter nicht am Platze sei. Dieser wurde in der Tat sehr bald abgesetzt und Dr. S. zum Leiter des Krankenhauses und zugleich der chirurgischen Abteilung ernannt. Dr. G. behält die bescheidene Stellung eines Assistenten von Dr. S. (um unter dessen Leitung praktische Erfahrung in der Chirurgie zu erlangen). Da es nun keinen Propheten in seinem Vaterlande gibt, so gelangt Dr. G. im Verlauf der gemeinsamen Arbeit zu der Überzeugung, daß Dr. S. in der Chirurgie wenig Erfahrung besitze, daß er sogar in einigen Fällen Schaden angerichtet habe, was er für seine Pflicht hielt, dem Staatsanwalt zu melden. Die Anklageschrift lautete: In einem Falle sei Dr. S. schuld an dem tödlichen Ausgange der Operation (Volvulus) und zwar habe er folgende Fehler begangen: a) die Därme wurden mit Darmklemmen gefaßt, b) die Nähte wurden zweireihig angelegt, c) die Bauchhöhle wurde durch den Darminhalt verunreinigt, d) nach Anlegung der Darmnähte waren noch Verstärkungsnähte erforderlich; in weiteren 3 Fällen habe Dr. S. bei der Operation Schaden angerichtet, und zwar in einem Falle von vermutlicher Uterusneubildung, de facto 4monatige Gravidität. Der Uterus wurde während der Operation verletzt. Uterusexstirpation (die Kranke wollte keine Kinder mehr haben.) Genesung. Im 2. Falle Uterusperforation während der Abortoperation. Dr. S. entfernte den Uterus anstatt ihn zu vernähen. In einem 3. Falle nach einer Abortoperation Beschwerden, wegen einer Erkrankung der Adnexe, die

vor der Operation wenig Beschwerden verursachte. Die Anklageschrift, die kein Beweismaterial für die schädliche Tätigkeit von Dr. S. erbringen konnte, blieb insofern erfolglos, als die gegen ihn erhobenen Anklagen als unbegründet von der gerichtlich-medizinischen Untersuchungsstelle abgewiesen wurden.

Fall 3. Die Ärztin P. hatte gegen den Chefarzt des Kreiskrankenhauses T. folgende Anklagen erhoben und die Anklageschrift an den Staatsanwalt gesandt: a) Dr. T. diagnostizierte in einem Fall Appendicitis perforativa, während de facto eine Fischvergiftung vorlag; es wurden Vorbereitungen zur Operation getroffen und die nötige Zeit für die konservative Behandlung versäumt, der Kranke starb; b) es kamen mehrere Fälle von Asphyxie der Kranken auf dem Operationstische vor, mit nachfolgendem Tode, da Dr. T. sich weder mit ihr noch mit anderen Ärzten beraten wollte; c) in einem Falle von Appendicitis perforativa konnte Dr. T., da er betrunken war, erst am Morgen des nächsten Tages operieren; d) in einem Falle wurde ein Kranker wegen Cholecystitis operiert, bei der Operation ergab sich ein Carcinom; der Kranke starb nach der Operation; e) Dr. T. operierte in einem Falle wegen vermeintlicher Appendicitis. Der Wurmfortsatz war atrophisch, Appendektomie, gleichzeitig Sterilisation (bei einer Frau); f) Dr. T. führe Abortoperationen aus ohne entsprechende Erlaubnis des Direktors des Krankenhauses und der Abortkommission auch in Fällen von 4—7monatiger Gravidität.

Was ergab nun die Untersuchung? Im Falle a) wurde bei der Aufnahme des Kranken Appendicitis perforativa diagnostiziert, die Diagnose aber schon nach 1 Stunde fallen gelassen und die richtige Diagnose gestellt; im Falle b) ist die Anklage unbegründet, da keine Asphyxie mit nachfolgendem Tode auf dem Operationstische erfolgte; im Falle c) hatte man es nicht mit einer Appendicitis perforativa, sondern mit einem Ulcus perfor. duodeni von 3 tägiger Dauer zu tun. Peritonitis purul. diff. Operation überhaupt verspätet; im Falle d) Probelaparotomie wegen Carcinoma pancreatis et duodeni. Tod nach 1 Monat; im Falle e) wurde überhaupt nicht appendektomiert. Da ferner infolge von Beckenenge die Gravidität 6mal durch künstlichen Abort unterbrochen werden mußte, war die Sterilisation strikt indiziert; im Falle f) mußte Dr. T. infolge Abortus incompletus und Blutung einigemal eine Abrasio uteri ausführen, wozu keine spezielle Erlaubnis erforderlich ist, ferner wurde einmal von Dr. T. eine künstliche Frühgeburt ausgeführt bei entsprechenden Indikationen, was den Gesetzen nicht widerspricht.

Es bleibt nun noch in aller Kürze der Fall zu besprechen, der mit dem Selbstmorde der Kranken endigte. Anfang März 1928 erhielt die Kranke einen Stoß gegen den Unterschenkel durch eine gefallene Tabakskiste. Anfänglich unbedeutende Beschwerden. Nach 2 Wochen starke Schmerzen. Krankenhausaufnahme: Tbc. articulationis talo-cruralis, 3 Monate stationäre Behandlung, auf eigenen Wunsch mit einer Gipschiene aus dem Krankenhaus entlassen. Der Kranken wurde seitens der sie behandelnden Ärzte die größte Aufmerksamkeit zuteil. Die schlechte wirtschaftliche Lage der Kranken, die Krankheit, die keine Besserung aufwies, der nervös-depressive Zustand ließen den Selbstmordgedanken reif werden.

Was wäre nun nach all dem Gesagten zu resümieren? In 63 Fällen war es der Tod der Kranken, der zur Anklage der sie behandelnden Ärzte (Chirurgen) führte, 28mal die Gesundheitsschädigung (3 Fälle von Anklagen von Ärzten gegen Ärzte nicht mitgerechnet). Von den Gerichts-

behörden wurden alle diese 94 Anklagen mit allem hierzu gehörendem Material sorgfältig untersucht, alle Zeugen verhört, eine kompetente gerichtlich-medizinische Sachverständigenprüfung veranlaßt, um ein möglichst objektives klares Bild zu erhalten und doch konnten von den 94 Anklagen nur 5 vor das Gericht kommen, 89 wurden als vollkommen unbegründet noch im Stadium der Voruntersuchung abgewiesen. In 5 Fällen, die vor das Gericht kamen, wurde der Chirurg 2mal freigesprochen, 3mal für schuldig befunden, allerdings war die Strafe mehr moralischer Art, das Vergehen des Chirurgen wurde als solches öffentlich getadelt.

Wenn wir nun die erhobenen Anklagen charakterisieren wollten, so wären etwa folgende Kategorien vorhanden:

Kategorie I. Sinnlose Anklagen, 9 an Zahl, bereits oben erwähnt.

Kategorie II. Anklagen infolge Überschätzung unseres ärztlichen Könnens, 23 an Zahl; hierher gehören auch die bereits oben erwähnten Todesfälle nach schweren Operationen (Darmgangrän), schwere Operationen an den Gallengängen, Magenresektionen infolge Carcinom usw.), die auch in den besten Kliniken eine verhältnismäßig große Sterblichkeit aufweisen, Fälle von nicht vollkommener Wiederherstellung der Funktion z. B. nach schwerer Tendovaginitis purulenta u. dgl. m.

Kategorie III. Anklagen infolge von Unglücksfällen der Chirurgie, 29 an der Zahl. Dies sind Fälle, deren Endresultat vollkommen unerwartet und unabsehbar für den Chirurgen erscheint. Sie wurden gleichfalls oben erwähnt. Zu den bereits erwähnten wären noch hinzuzufügen Fälle, die näher nicht besprochen wurden: Tetanus nach Knochenfraktur, Röntgenulcera, Narkosetod (trotz aller Vorsichtsmaßregeln) u. dgl. m.

Kategorie IV. Fehler und Gefahren in der Chirurgie, 30 an der Zahl. 11 mal war der diagnostische Fehler belanglos für den Verlauf und das Endergebnis der Krankheit: Appendicitis perforativa anstatt Ulcus ventriculi perfor. oder umgekehrt. Appendicitis ac. anstatt Cholecystitis ac., Peritonitis diffusa infolge von Appendicitis perfor. anstatt Periton. diff. infolge von Ulcus duodeni perforatum. Die Indikation zu einer dringlichen Operation war in allen Fällen richtig gestellt worden. Belanglos für den weiteren Krankheitsverlauf war die falsche Diagnose. Fractura baseos cranii anstatt Intoxicatio alcoholica u. dgl. m.

Von den übrigen 19 Fällen von Fehlern und Gefahren in der Chirurgie war in 3 Fällen der von den Chirurgen begangene Fehler wohl schwer zu vermeiden auch bei großer Erfahrung, nämlich im Falle, in dem die blutende Stelle der Lungenwunde nicht entdeckt wurde, im Falle, in dem die Diagnose Darmgangrän so ziemlich unerwartet erschien (schwere miliare Tuberkulose, die Ursache der Darmgangrän war auch bei der Sektion nicht mit Sicherheit zu ermitteln), schließlich im Falle, in dem

eine ganze Reihe von schweren Verletzungen (Milzruptur, Fractura baseos cranii, Fractura claviculae) übersehen wurde. Der Fall ist gleichfalls oben erwähnt.

In den übrigen 16 Fällen hätte der Fehler von mehr erfahrenen und vorsichtigen Chirurgen vielleicht auch vermieden werden können. Hierher gehören 2 Fälle von falscher Diagnose einer oberflächlichen Kopfwunde anstatt einer penetrierenden, 2 Fälle von Zurücklassen eines Drainrohres in der Pleurahöhle, 1 Fall von falscher Diagnose einer Kniegelenktuberkulose anstatt Sarkom, ein Fall von verkannter Herzwunde, ein Fall von nicht diagnostizierter Rippenfraktur, ein Fall von nichtdiagnostizierter Verwundung der Arteria femoralis, ein Fall von nichtdiagnostizierter Fractura fibulae, ein Fall von Injektion des gelösten Schleichschen Präparates in den Duralsack, ein Fall von intravenöser Injektion einer Adrenalinlösung statt einer Chlorcalciumlösung, ein Fall von oben bereits erwähnter Blutentnahme bei der Mutter mit Injektion des entnommenen Blutes bei ihrem Kinde, ein Fall, in dem die Dauer der vorhandenen Knochenfraktur nicht richtig bestimmt wurde, ein Fall, in dem der Krankheitszustand fälschlich als Agoniestadium aufgenommen wurde, ein Fall, in dem fälschlich das Vorhandensein einer Zahnprothese im Darm diagnostiziert wurde und schließlich der bereits erwähnte Fall einer Incision und Vernähung der Wunde bei incarcerierter Hernie.

Die Zahl der Anklagen, die gegen verschiedene Fachärzte erhoben werden, läßt nach den Materialien der gerichtlich-medizinischen Untersuchung in Leningrad zu folgenden Schlußfolgerungen kommen: Am meisten belastet sind Operateure: Gynäkologen, Geburtshelfer und Chirurgen ($\frac{2}{3}$ aller Anklagen, auf die Chirurgen entfällt ungefähr $\frac{1}{4}$ aller Anklagen), die Vertreter der übrigen Fächer sind verhältnismäßig wenig belastet: Es entfallen auf die Internisten 13% aller Anklagen, auf die Kinderärzte 10%, Otolaryngologen und Zahnärzte je 2,5%, auf die Venerologen 2%, auf Ophthalmologen 1%, auf die übrigen noch weniger.

Zum Schluß wäre zu bemerken, daß Anklagen gegen Ärzte sehr leicht erhoben werden. Der Ankläger gibt sich in der Regel wenig Mühe, zu bedenken, inwieweit seine Anklage begründet sei, denn, wenn sie auch als unbegründet zurückgewiesen wird, so entstehen ihm dadurch keinerlei Unannehmlichkeiten. Eine Verminderung der Zahl der Anklagen, die fast alle als unbegründet zurückgewiesen werden, wäre wohl sehr zu wünschen. Das Erwecken des Interesses der öffentlichen Meinung für die gegen Ärzte erhobenen Anklagen, das Besprechen in der Presse all dieser Anklagen mit der Wahrung des Prinzips „Audiatur et altera pars“, die Veröffentlichung des Urteilsspruches und alles das wäre erwünscht, damit auch dem Ankläger die Sinnlosigkeit und Grundlosigkeit seiner

Anklage, und der durch dieselbe angerichtete materielle und moralische Schaden recht zum Bewußtsein käme. Von seiten der Ärzteschaft ist weitere Arbeit für die Hebung des kulturellen und sanitären Bildungsniveaus der Massen erforderlich. Von seiten des Gesundheitsamtes wäre besonders Sorge zu tragen für die Schaffung solcher Verhältnisse, daß auch wirklich tüchtige medizinische Kräfte die Peripherie nicht meiden. Schließlich muß die Ärzteschaft Grobheiten und Beleidigungen, denen sie in einzelnen Fällen ausgesetzt ist, durchaus gewachsen sein und nach Möglichkeit Ruhe und Würde wahren bei allen entstehenden Konflikten, vor allem aber muß der Arzt und vor allem der Operateur und Chirurg dem Kranken, der dem Arzt häufig das Beste was er im Leben hat, nämlich die Gesundheit, ja auch das Leben selbst, anvertraut, herzlich und wohlwollend entgegenkommen.
