

handelte sich weder bei der Kindsmutter noch beim Ehemann um Schwachsinn oder Minderwertigkeit in anderem Sinne. Die Justiz fand keinen Grund einzugreifen. *Lamers.*

**Revoltella, Giovanni: Omicidio colposo o rottura spontanea dell'utero?** (Fahrlässige Tötung oder spontane Uterusruptur.) (*Clin. Ostetr.-Ginecol., Univ., Bari.*) *Clin. ostetr.* 32, 750—761 (1930).

Bericht über einen Fall, in dem Hebamme und Arzt wegen fahrlässiger Tötung angeklagt waren. Bei einer 22jährigen Erstgraviden, bei welcher der Blasensprung 2 Tage zurücklag und bei der wegen des plötzlichen Sistierens der Wehen von der Hebamme Chinin und Pituitrin ohne Erfolg gegeben worden war, wurde vom herbeigerufenen Arzt vorerst ein vergeblicher Zangenversuch gemacht, dann ein Wendungsversuch, während welches die Gebärende starb. Bei der Autopsie fanden sich neben Zeichen genitaler Hypoplasie Ödeme der Beine und der Vulva, subkapsuläre Nierenblutungen, eine beträchtlich vergrößerte Milz, dagegen kein freies Blut in der Bauchhöhle, eine inkomplette, subperitoneale Ruptur im Bereiche des sehr stark verdünnten unteren Uterinsegmentes. Histologisch zeigt der Uterusmuskel im Bereiche des Risses reichlich Bakterien- und kleinzellige Infiltration, sowie vielfache Zeichen regressiver Metamorphose.

Die gerichtlichen Mediziner entschieden sich für die Annahme einer spontanen inkompletten Uterusruptur, die den Eingriffen der Hebamme und des Arztes vorangegangen war. Zur Erklärung des plötzlichen Todes während des Wendungsversuches wird, abgesehen von der Ruptur, die Möglichkeit einer echten Shockwirkung bei einer durch eine Graviditätstoxikose geschädigten Patientin in Erwägung gezogen.

*Bianca Steinhardt (Wien).<sup>oo</sup>*

**Hellmuth, Karl: Über den Wert der Frankenschen „Luftprobe“ zur Prüfung der Placenta auf ihre Vollständigkeit. Bemerkungen zur Erwiderung von H. Franken (s. ds. Wschr. 1930, Nr. 32).** (*Univ.-Frauenklin., Würzburg.*) *Münch. med. Wschr.* 1930 II, 2115—2116.

(Vgl. dies. Z. 17, 42.) Verf. bestreitet die Ansicht und Behauptung Frankens, daß bei negativem Ausfall der Luftprobe die Vollständigkeit der Placenta zuverlässig bewiesen sei. Nach den Erfahrungen von Hellmuth kommt dieser Probe nur eine gewisse Wahrscheinlichkeit zu.

*Raab (Berlin).<sup>o</sup>*

### Kunstfehler. Ärzterecht.

**Hahn, O.: Zwei Todesfälle in Lachgasnarkose.** (*Chir. Univ.-Klin., Breslau.*) *Zbl. Chir.* 1931, 16—17.

Auf Grund zahlreicher Berichte über die Vorteile der Lachgasnarkose wurde mit der Apparatur der Firma C. Stiefenhofer bei einem 62jährigen Patienten mit einem Magencarcinom eine derartige Narkose durchgeführt. Ein erfahrener Lachgasnarkotiseur, der bisher mehrere hundert Lachgasnarkosen ohne Zwischenfälle gemacht hatte, führte sie aus. Bei dem Bauchschnitt fiel auf, daß das Blut sehr dunkel war. In der Pylorusgegend fand sich ein Tumor, der nach Reichel reseziert wurde. Beim Anlegen der letzten Nahtreihe an der Anastomosenstelle, etwa  $1\frac{1}{4}$  Stunde nach Beginn der Operation, setzte bei dem Patienten plötzlich die Atmung aus. Auf ein kurzes Inspirium folgte ein längeres Exspirium. Dies wiederholte sich noch einmal, dann stand die Atmung still. Der Patient war trotz aller angewandten Mittel nicht mehr zum Leben zurückzubringen. Die Sektion ergab einen anämischen, kachektischen Mann mit Arteriosklerose der Aorta, Lungenemphysem und Lungenödem. Eine sichere Todesursache ließ sich nicht feststellen. Trotzdem wurde die Lachgasnarkose nicht mehr angewandt, bis ein Vertreter der I. G. Farbenindustrie A.-G. kam, der auf Grund seiner Erfahrungen einen Zusammenhang des unglücklichen Ausganges mit der Narkose ablehnte und bei einer neuen Operation die Narkose leitete. Es handelte sich um einen 33jährigen Mann mit einem in das Pankreas perforierenden Duodenalulcus, der bereits früher wegen eines Magencarcinoms nach Billroth I reseziert worden war. Die Einleitung der Narkose verlief wie im ersten Falle anstandslos. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fanden sich zahlreiche Verwachsungen zwischen Magen und Unterfläche der Leber. Das Ulcus saß ziemlich tief am Duodenum, so daß zunächst die Resektion am Magen vorgenommen werden sollte, um dann besser an das Duodenum herankommen zu können. Die Absicht war, nach Billroth II zu operieren. Deshalb wurde der aborale Magenstumpf quer vernäht. Nachdem dies geschehen war, wiederum etwa  $1\frac{1}{4}$  Stunde nach Beginn der Operation, setzte in entsprechender Weise wie im ersten Falle plötzlich die Atmung aus. Der Patient konnte nicht mehr gerettet werden. Die Sektion ergab auch in diesem Falle keinen sicheren Anhalt für die Todesursache, wenn auch die histologische Untersuchung noch aussteht. Der Ausgang auch des zweiten Falles kann nur zu dem Schlusse führen, daß beide Todesfälle ihre Ursache in der Lachgas-

narkose haben. Das ganze Gerät mit den verwandten Lachgas- und Sauerstoffbomben ist den I. G.-Farbwerken zur Untersuchung eingesandt worden. (Warum nicht an eine neutrale Untersuchungsstelle? Der Ref.) Vielleicht ist auch durch das Ziehen am Magen ein Vagusreiz ausgelöst worden, der dann eine gewisse Rolle gespielt hat. *Wilcke* (Göttingen).

**Neufeld, F.:** Die Todesfälle in Lübeck und der augenblickliche Stand der Calmette-Frage. (*Inst. Robert Koch, Berlin.*) Dtsch. med. Wschr. 1930 II, 2056—2059.

Bei den Untersuchungen standen die Lübecker BCG-Originalkultur zur Verfügung, welche die typische Avirulenz für Meerschweinchen zeigte, ferner eine von Deycke aus einem BCG-Meerschweinchen gezüchtete, die für Meerschweinchen vollvirulent war, eine dritte aus der Mesenterialdrüse eines interkurrent gestorbenen BCG-Säuglings gezüchtete, die für Meerschweinchen nicht virulent war, und weiters die Organe von 3 BCG-Säuglingen, die im Anschluß an die Schutzimpfung an einer vom Darm ausgehenden Tuberkulose gestorben waren. Sowohl Organe wie daraus gezüchtete Kulturen riefen bei Meerschweinchen typische Tuberkulose hervor. Verf. schließt daraus, daß zur Herstellung der Impfstoffe in Lübeck teils pathogene, teils apathogene Kulturen verwendet wurden. Damit stimmt überein, daß in mancher Impfperiode auffallend viele, in anderen verhältnismäßig wenig Tuberkuloseerkrankungen vorkamen. Eine von den aus BCG-Todesfällen gezüchteten Kulturen zeigte sich merkwürdig variabel in ihrer Virulenz, und endlich zeigte auch der einzige normale Tuberkulosestamm, der in Lübeck während der ganzen Zeit weitergezüchtet worden war und ursprünglich aus dem Institut Koch stammte, eine deutlich abgeschwächte Virulenz, so daß die Identität dieser beiden letzteren Stämme wahrscheinlich ist, bzw. dieser normale Stamm wahrscheinlich versehentlich bei der Impfstoffbereitung mitverwendet worden ist. Ausführlich wird sodann die Möglichkeit eines Rückschlages des BCG zur Virulenz besprochen. Theoretisch ist ein solcher nach Verf. durchaus möglich, wie insbesondere aus den Erfahrungen mit ursprünglich hochvirulenten, dann künstlich avirulent gemachten Pneumokokkenstämmen hervorgeht. Praktisch ist es im Lübecker Fall unwahrscheinlich, da solche Rückschläge nur möglich sind, wenn wenigstens ein geringer Rest der Virulenz erhalten blieb und nicht allzu lange Zeit bzw. nicht viele Generationen seit der Virulenzabnahme verflossen sind. Beides trifft aber beim BCG nicht zu, und ebenso konnten Petroffs Versuche über Dissoziation des BCG in einen virulenten und avirulenten Stamm vom Verf. nicht bestätigt werden. Die für einen Rückschlag zur Virulenz sprechenden Versuche von Watson sollen ebenfalls erst genau nachgeprüft werden. Verf. verweist auch darauf, daß bisher stets Angaben über Umwandlung von Mikroorganismen (z. B. des Typus humanus in den bovinus im Körper des Kalbes) sich bei Nachprüfungen als Irrtümer erwiesen haben, die fast immer durch banale Versuchsfehler zustande kamen. Much gegenüber betont Verf., daß die Steigerung der BCG-Virulenz durch Milchsäurezusatz nicht beweisend sei. Gegen die ihm gelungene Trennung des BCG in einen R- und S-Stamm wird angeführt, daß weder die Virulenz des R-Stammes noch die der Ausgangskultur geprüft worden war. Gegen Muchs Vorwurf der Parteilichkeit zugunsten des BCG und zuungunsten der Partigene weist Verf. darauf hin, daß Much jetzt selbst nicht nur seine eigenen Partigene, sondern die gesamte spezifische Immunisierung und Therapie der Tuberkulose als Irrtum bezeichnet, und die Anschauung, daß bei der Tuberkulose die natürlichen Abwehrkräfte eine entscheidende Rolle spielen, gerade vom Verf. und von B. Lange schon seit einer Reihe von Jahren vertreten wird. Ebenso wendet sich Verf. gegen Muchs Anschauung, daß man aus Tierversuchen keine Rückschlüsse auf den Menschen ziehen dürfe. Er betont mit Recht, daß auch bei der Tuberkulose je nach der genügenden oder ungenügenden Kritik auch aus Beobachtungen beim Menschen ebenso wie beim Tier sowohl richtige wie falsche Schlüsse gezogen werden können. Zum Schluß empfiehlt er an Stelle der ungenügend beobachteten Massenimpfungen, deren Statistik er wie alle Autoren ablehnt, sorgfältige, auf längere Zeit ausgedehnte Beobachtung, Beschränkung der BCG-Impfung nur auf wirklich gefährdete Säuglinge und Herstellung des Impfstoffes in eigenen Laboratorien unter strenger Kontrolle. *Weleminsky* (Prag).

**Naegeli, Th.: Tödliche Lungenblutung 3 Tage nach einer Phrenicusexairese.** (*Chir. Univ.-Klin., Bonn.*) Zbl. Chir. 1930, 2962—2963.

Phrenicusexairese bei 23jährigem Patienten wegen rechtsseitiger Unterlappen „tuberkulose“. In der Nacht nach Operation Hämoptoe, ebenso am nächsten Tage sowie am übernächsten Nachmittag. Dieser letzten profusen Blutung erliegt Patient. Sektionsbefund: Keine Tuberkulose (auch histologisch nicht), chronische karnefizierende Pneumonie des rechten Mittelrippens; Arrodierung eines Pulmonalarterienastes durch spitzen Fremdkörper (Bronchialstein?). Ätiologie des Fremdkörpers nicht einwandfrei zu klären. Zusammenhang zwischen Operation und tödlicher Blutung ist abzulehnen. *O. Wiese (Landeshut, Schles.).*

**Barral, Etienne: L'affaire Bougras. Accident thérapeutique.** (Der Fall Bougras, eine therapeutische Vergiftung.) *Rev. internat. Criminalist.* 3, 130—135 (1931).

Die Leiche eines mit 8500 Franks verschwundenen Kassierers wurde 3 Monate später in einem großen Medikamentenschrank eines ihm befreundeten Arztes hochgradig faul aufgefunden. Dieser behauptete, daß der Mann von ihm eine Spritze erhalten hatte, 6 Stunden später völlig verwirrt wieder erschienen und nach kurzer Zeit in schwerem Koma gestorben war. Die Art der Spritze gab der Arzt unter Hinweis auf sein Berufsgeheimnis nicht an. Er habe den Kopf verloren und die Leiche in den Schrank gesteckt. Die chemische Untersuchung ergab in allen Leichteilen, besonders im Blut (Injektionen!), erhebliche Mengen Arsen und zwar in organischer Bindung. Auf die ganze Leiche kam etwa 55—60 mg Arsen, also eine Menge, die nicht ausreichte, um den Tod zu erklären. Sie entsprach einer ebenfalls nicht letalen Dosis von Salvarsan. Der Tod durch Arsenik konnte hier also nur durch eine besondere Überempfindlichkeit gegen organische Arsenverbindungen erklärt werden. Quecksilber wurde in der Leiche nur in sehr geringen Mengen gefunden und in den einzelnen Organen in einer Verteilung, die auf eine schon seit längerer Zeit fortgesetzte Quecksilberbehandlung schließen ließ. *Weimann (Beuthen).*

**Wiethe, Camillo: Über Oesophagusperforationen, hervorgerufen durch Oesophagoskopie.** (*Univ.-Klin. f. Kehlkopf-, Nasen- u. Ohrenkrankh., Wien.*) Z. Hals- usw. Heilk. 28, 58—67 (1930).

In einer sehr interessanten Arbeit weist Wiethe auf die Gefahren der Oesophagoskopie hin. Wenn auch die Mehrzahl aller Unfälle auf ungeübte Untersucher entfallen, so können doch unter der Hand des Geübtesten gelegentlich unangenehme Zwischenfälle eintreten mit schweren, ja tödlichen Folgen. Selbst kleine Schleimhautläsionen können den Tod herbeiführen. Die verschiedenen Möglichkeiten werden an Hand einiger Fälle der Wiener Klinik diskutiert: penetrierende Oesophagusverletzungen mit tödlichem Ausgang, nicht penetrierende Schleimhautläsionen mit tödlichem Ausgang und solche, die zur Heilung kommen. Die Verletzung erfolgt gewöhnlich in der Höhe des Ringknorpels. Daß bei penetrierenden Verletzungen eine eitrige Mediastinitis sich entwickelt, ist nicht verwunderlich, merkwürdiger hingegen, daß nach Verletzungen der Schleimhaut bei intakter Muscularis eine rapid verlaufende Mediastinitis mit tödlichem Ausgang entsteht. Das wichtigste Zeichen für einen Schleimhautriß besteht im Sichtbarwerden von gespannten Bindegewebsfäden im Grunde eines im Oesophagoskop sichtbaren Lumens. Die Perforationsöffnung kann schon am 2. Tage so gut geschlossen sein, daß sie nicht mehr auffindbar ist und man bei entwickelter Mediastinitis vergeblich nach der Eingangspforte sucht. Der Oesophagus zerreißt immer in der Längsachse. Ohne die Gegenaktion des zu Untersuchenden mit Würgebewegungen oder spastischen Kontraktionen kommt keine Verletzung zustande. Wird diese Gegenaktion durch Narkose ausgeschaltet, so war im Tierversuch selbst bei Anwendung starker Gewalt eine Verletzung nicht möglich. *Mayer (Basel).<sup>oo</sup>*

**Bénard, René, et M. Tassin: Un cas de mort par icète grave après injection de dérivé acridinique. Les accidents graves et mortels consécutifs à l'emploi de la trypaflavine.** (Ein Todesfall durch schweren Icterus nach Trypaflavininjektionen.) *Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, III.* s. 46, 1804—1814 (1930).

Bei einem 33jährigen Mann mit Endocarditis lenta kommt es 3 Tage nach i. v. Einspritzung von 20 ccm 1proz. Trypaflavinlösung zu schweren Vergiftungserscheinungen, die binnen 3 Tagen zum Tode führten. Trotz Verfinsterung des Zimmers kam es zu Conjunctivitis und Gelbfärbung des ganzen Körpers, zu Purpuraflecken an Thorax und Armen, ferner zu Erbrechen und Durchfällen.

Im Gegensatz zur Ansicht vieler Autoren kann die intravenöse Trypaflavin-einspritzung nicht als harmlos angesehen werden. *F. Rosenthal* (Berlin).<sup>o</sup>

**Goldhahn, Richard:** Über schwere Schädigungen nach Bruch-Behandlung mittels Alkohol-Injektionen. (*Chir. Abt., Stadtkrankenb. St. Georg, Leipzig.*) *Klin. Wschr.* 1930 II, 1447—1449.

Verf. berichtet über 3 Fälle von schweren Komplikationen nach sog. „operationsloser Bruchbehandlung“ durch Alkoholinjektionen. (Kotphlegmone und Kotfistel mit schließlicher Heilung und eine Gasphegmone mit Sepsis, Exitus.) Für diese Schädigungen sei nicht etwa eine falsche Technik, sondern die Methode verantwortlich zu machen. Außerdem seien die therapeutischen Erfolge mangelhaft. Verf. wendet sich in Übereinstimmung mit anderen Autoren entschieden gegen die sog. operationslose Bruchbehandlung, auch aus dem Grunde, weil die Hernienoperation bedeutend weniger schmerzhaft sei. *Heinz Kockel* (Bonn a. Rh.).

**Wille, F. C.:** Radiumschädigungen an Blase und Mastdarm bei Behandlung des Collumcarcinoms. (*Univ.-Frauenklin., Charité, Berlin.*) *Mschr. Geburtsh.* 85, 383—390 (1930).

Der Autor unterscheidet: 1. Frühschädigungen; sie sind cystoskopisch schwer zu erfassen, weil auch das Carcinom schwere Veränderungen setzt. Klinisch ist bisweilen der akut auftretende Schmerz charakteristisch. 2. Spätschädigungen. Wichtig ist der Hinweis, daß sie auch heute noch nicht absolut vermeidbar sind. Typisch sind die häufig scharf abgegrenzten, weißlich-grauen Felder. Auch Ulcera kommen vor; Endstadium die Fistel. Die Arbeit bringt eine Kasuistik der an der Charité-Frauenklinik beobachteten Fisteln. Als Gesamtbild ergibt sich folgendes: 10 Fisteln auf 386 bestrahlte Frauen (= 2,6%); sie traten 5 Monate bis 3 $\frac{1}{4}$  Jahre nach dem Behandlungsbeginn auf. Bei der Applikation von 3000—3600 mgh, in 2 Sitzungen, bei einer Pause von 8 Tagen verabreicht, werden wesentliche Nebenschädigungen vermieden. *Lahm* (Berlin).<sup>oo</sup>

**Hoffmann, Rudolf Stephan:** Zur Frage der Schädigung durch Salpingographie. (*Gynäk. Abt., Mariahilfer Ambulat., Wien.*) *Zbl. Gynäk.* 1930, 2776—2780.

Übersichtliche Besprechung der deutschen und französischen Literatur über Komplikationen, Schädigungen und Verletzungen nach Salpingographie, weiter über Fehldiagnosen und die Frage des Zurückbleibens eines Jodödepots. *v. Weinzierl* (Prag).<sup>oo</sup>

● **Hundt v. Hafften, Brn.:** Der Arzt im Rahmen des Rechts. Gemeinverständliche Behandlung der für den deutschen Arzt wichtigen Gesetzesbestimmungen nebst Entscheidungen. Dresden: Hammermüller & Co. 1930. IV, 92 S. RM. 3.85.

Das Heft hält durchaus das, was es im Titel verspricht, und kann jedem Arzt zur schnellen Orientierung über die Rechtsverhältnisse seines Berufes und Standes dringend empfohlen werden. *Giese* (Jena).

**Schläger:** Das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes. *Med. Klin.* 1931 I, 229 bis 230.

Ob und inwieweit ein als Arzt vorgeladener Zeuge von seinem Verweigerungsrecht Gebrauch macht, liegt in seinem Ermessen. Er selbst hat, soweit er nicht von der Verschwiegenheitspflicht entbunden ist, darüber zu entscheiden. Nach dem geltenden Recht sind weder sonstige Medizinalpersonen, insbesondere Hebammen und Apotheker, noch auch die Hilfspersonen der Ärzte in den Kreis der zeugnisverweigerungsberechtigten Personen einbezogen. An diesem Zustand wird voraussichtlich das kommende Recht eine weitgehende Änderung vornehmen. Nach § 53 der StPO. in der Fassung des Entwurfes des Einführungsgesetzes sollen zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt sein „Personen, die berufsmäßig die Heilkunde, die Krankenpflege, die Geburtshilfe oder das Apothekergewerbe ausüben . . . , und die Gehilfen dieser Personen, sowie Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an ihrer berufsmäßigen Tätigkeit teilnehmen, über das, was ihnen in dieser Eigenschaft anvertraut oder zugänglich geworden ist“. Bemerkenswert hieran ist, daß das Recht der Zeugnisverweigerung, der

Auslegung des Begriffes „anvertrauen“ entsprechend, auf alles, was dem Arzt auf irgendeine Weise, z. B. auch durch Aktenstudium bei Ausübung seines Berufes zugänglich geworden ist, ausgedehnt wird und daß neben den berufsmäßigen Gehilfen der Ärzte, Apotheker usw. auch die Studierenden, welche in Universitätskrankenhäusern und Kliniken Kenntnis von Tatumständen erhalten, an deren Geheimhaltung die Kranken ein berechtigtes Interesse haben, das Recht der Zeugnisverweigerung erhalten. Ob die Ausübung des Rechts zur Aussage oder des Rechts zur Verschwiegenheit und Zeugnisverweigerung den Vorrang genießen muß, ist im einzelnen Fall unter Abwägung der widerstreitenden Interessen zu entscheiden. Jedenfalls kann die Ablegung eines Zeugnisses vor Gericht nicht als unbefugte Offenbarung eines anvertrauten Geheimnisses angesehen werden.

*Lochte* (Göttingen).

**Schumacher, Willy:** Das preußische Oberverwaltungsgericht zur Frage, ob ein privatärztliches Attest genügt, um die Dienstunfähigkeit eines Beamten nachzuweisen. *Ärztl. Sachverst.ztg* 37, 80 (1931).

Zur Entscheidung stand die Frage, ob das längere Fernbleiben eines Beamten vom Dienste durch ein privatärztliches Zeugnis als genügend entschuldigt anzusehen sei. Das OVG. hat sich auf den Standpunkt gestellt, daß der Beamte seiner Beweispflicht durch Einreichung eines Zeugnisses des behandelten Arztes genügen könne, daß aber die Behörde berechtigt sei, auch von einem Vertrauensarzt oder beamteten Arzt ein Zeugnis zu fordern. Sei das privatärztliche Zeugnis geeignet, die Feststellung des Vertrauensarztes in Frage zu stellen, so sei die Behörde verpflichtet, den Zweifel zu beheben und weitere Beweise zu erheben.

*Giese* (Jena).

**Bogdan, Geo:** *Déontologie médicale. Le médecin a-t-il le droit d'imposer la vie?* (Ärztlicher Rechtsfall. Hat der Arzt das Recht, jemandem das Leben aufzuzwingen?) (*15. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 26.—28. V. 1929.*) *Ann. Méd. lég. etc.* 11, 68—72 (1931).

Im Anschluß an den Fall der Mme. Haneau, die im Gefängnis die Nahrung verweigerte und von dem Arzt mit der Schlundsonde künstlich ernährt wurde, erörtert Verf. die Frage, ob man als Arzt das Recht hat, einen Menschen, der bei vollem Verstand die Nahrung verweigert, um nicht im Gefängnis zu bleiben, künstlich zu ernähren. Die Akademie hatte den Standpunkt vertreten, daß man ebenso wie man einen Selbstmörder an seinem Vorhaben hindern kann, auch einem Menschen, der nicht ißt, gegebenenfalls gewaltsam Nahrung einflößen dürfe. Verf. widerspricht dem. Man dürfe auch einen Verbrecher nicht hypnotisieren, um ihn zum Geständnis zu bringen, und einen zum Tode Verurteilten nicht mit Gewalt füttern, wenn er sich vor der Exekution selbst durch Hungern töten wolle. Außerdem könne die künstliche Fütterung unter Umständen durch Aspiration usw. zum Tode führen. Der Selbstmörder setze seiner Rettung gewöhnlich keinen Widerstand entgegen, wünsche sie sogar oft. Der im Hungerstreik Befindliche wehre sich aber gegen die Zwangsfütterung. Man könne daher diese nicht mit der Rettung des Selbstmörders auf eine Stufe stellen. Nur wenn es sich um Geisteskranke handle, habe der Arzt das Recht, die künstliche Ernährung vorzunehmen.

*Weimann* (Beuthen).

**Philipsborn, Alexander:** *Kranker und Krankenhaus im Recht.* *Nosokomeion* Nr 1/4, 325—431 (1930).

Die vorliegende Arbeit bringt insofern etwas Neues, als es eine systematische Darstellung des Krankenhausrechtes gibt, d. h. derjenigen Rechtsverhältnisse, die durch die Aufnahme des Kranken im Krankenhaus, durch seinen Aufenthalt und seine Entlassung geschaffen werden. Wenn man berücksichtigt, welchen Aufschwung das Krankenhauswesen in Deutschland genommen hat, daß nach der offiziellen Statistik die Zahl der Betten von rund 177 500 im Jahre 1913 auf 314 000 im Jahre 1927 gestiegen ist, so kann man eine solche systematische Darstellung, die als ein Ratgeber für alle beteiligten Kreise dient, wohl als ein Bedürfnis bezeichnen. Im 1. Teil sind die verschiedenen Arten der Krankenhäuser (öffentliche, freie, gemeinnützige, gewerbliche) und die verschiedenen Arten der Kranken (Selbstzahler, Wohlfahrts-, Versicherungs- und Zwangspatienten) besprochen, wobei das Bestreben des Verf. anzuerkennen ist, klare

begriffliche Gliederungen und brauchbare Benennungen zu geben, um immer wiederkehrende Verwechslungen, z. B. bei den Begriffen öffentlich, privat, gemeinnützig, zu verhüten. Auch das Recht der im Krankenhaus tätigen Personen wird kurz erläutert. Für den Arzt sind von besonderem Interesse die Ausführungen über die ärztliche Behandlung, die Haftung des Arztes für Kunstfehler und Verschulden des Personals, für operative Eingriffe, die Darlegungen über die Gehorsampflicht des Kranken, über die Entlassung, über Krankengeschichten, Röntgenbilder und durch Operation entfernte Teile und über das Recht auf Leichensektionen. Überall spricht die große praktische Erfahrung des Verf. auf diesem Gebiet aus seinen Darlegungen. Für alle Personen, die mit der Tätigkeit im Krankenhaus näher in Beziehung stehen, wird das Buch ein willkommener Führer und Ratgeber sein.

*Ziemke* (Kiel).

**Richter, Lutz: Öffentliches Recht in der Zahnheilkunde.** Fortschr. Zahnheilk. 6, 995—1023 (1930).

Die Arbeit gibt einen planmäßigen Überblick über die Stellung des Zahnarztes im öffentlichen Recht, wobei Einzelfragen in den Hintergrund treten. Nach rechtswissenschaftlicher Auseinandersetzung der Unterscheidung des öffentlichen vom bürgerlichen Recht nimmt Verf. Stellung zur ärztlichen und zahnärztlichen Approbation und den damit zusammenhängenden Rechtsfolgen, wie Titelführung, Betrauung mit amtlichen Funktionen. Im Anschluß an einen konkreten Fall wird die Frage behandelt, ob zur Schulzahnpflege neben den approbierten Zahnärzten auch Dentisten zuzulassen seien; rechtlich ist das noch nicht eindeutig geklärt. Keinesfalls dürfen aber mit Dentisten die Stellen von beamteten Schulzahnärzten besetzt werden. Es folgen Ausführungen über den Rechtsverkehr, in den der Zahnarzt durch seine berufliche Tätigkeit eintritt, wie Vertragsschließungen verschiedener Art, verwaltungsbehördliche Regelung des Gebührenwesens, seine rechtliche Stellung als beamteter oder durch Privatdienstvertrag angestellter Zahnarzt, als Kassenzahnarzt. Bemerkenswert ist hierbei, daß es für Kassenzahnärzte keine allgemeine Zulassungsordnung wie für Kassenzärzte gibt. Des weiteren werden Rechtsbeziehungen des Zahnarztes zu seinen Berufsgenossen besprochen, die sich durch das berufliche Organisationswesen und die Zahnärztekammern ergeben. Zahnärztekammern bestehen nur in einigen deutschen Ländern. Das Rechtsverhältnis des Zahnarztes zum Staat bildet einen weiteren Abschnitt, worin u. a. vor allem seine Stellung zur Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 11. II. 1929 beleuchtet wird. Wenn auch diese Verordnung nur vom „Arzt“ spricht, so hält Verf. den Zahnarzt gleichfalls für verpflichtet, einen begründeten Verdacht einer Berufskrankheit zu melden. Zum Schluß werden einige strafrechtliche Fragen berührt, die für den Zahnarzt von Bedeutung sind, wie erhöhte Berufspflicht zur Geheimhaltung und Sorgfalt, Verbot der Führung zahnarztähnlicher Bezeichnungen durch nicht approbierte Personen.

*Schrader* (Bonn).

**Eisser, Georg: Bürgerliches Recht in der Zahnheilkunde.** Fortschr. Zahnheilk. 6, 1024—1038 (1930).

Verschiedene Fragen aus dem Gebiete des bürgerlichen Rechts werden unter Hervorhebung besonderer Fälle besprochen. Dabei werden vielfach Prozeßbeispiele, die Ärzte betrafen, in ihrer Auswirkung für die zahnärztliche Praxis angeführt. Den 1. Abschnitt bilden vertragliche Rechtsbeziehungen zwischen Zahnarzt und seinen Patienten. Bemerkenswert ist, daß von den Gerichten der Vertrag mit dem Zahnarzt als Werkvertrag und nicht als Dienstvertrag angesehen wird. Die Frage des Kunstfehlers bei Unterlassung einer Röntgenaufnahme ist auch für Zahnärzte durch eine Gerichtsentcheidung bejaht worden, weshalb Verf. in zweifelhaften Fällen zur rechtzeitigen Heranziehung des Röntgenbildes rät. Weiter werden die Rechtsbeziehungen des Zahnarztes zu seinen Angestellten in tariflicher Hinsicht behandelt. Es folgen Ausführungen über eine Reihe von Fragen, die sich für den Zahnarzt aus der Elektrizitätsbelieferung seiner Sprechstundenräume ergeben. Von einschneidender Bedeutung ist hierbei für ihn (und auch für den Arzt), daß in großen Teilen Deutschlands zur Zeit die Stromver-

sorgung von Gleichstrom auf Wechselstrom umgestellt wird und deshalb sämtliche elektrisch betriebenen Geräte umgeändert oder in neue umgetauscht werden müssen. Die Elektrizitätswerke zeigen hierbei eine unterschiedliche Behandlung in der Übernahme der entstehenden Unkosten, indem sie den Besitzern medizinischer Apparate wegen des geringeren Stromverbrauchs derselben einen höheren Prozentsatz der Umstellungskosten aufbürden als den Besitzern anderer elektrischer Anlagen. In weiteren Abschnitten werden die Haftung beamteter Ärzte und Zahnärzte für Kunstfehler, die Frage der Titelführung durch die nicht approbierte, aber als Dentistin tätige Ehefrau des Zahnarztes, sowie vereinsrechtliche Fragen (Ausscheiden aus Vereinen, Verhängung von Strafen gegen unbotmäßige Mitglieder) behandelt. *Schrader* (Bonn).

**Misch, Julius: Forensische Zahnheilkunde.** Fortschr. Zahnheilk. 6, 1039 bis 1066 (1930).

Verf. behandelt eine ganze Reihe von Fragen, die den Zahnarzt bei seiner Tätigkeit in Berührung mit dem Rechtswesen (Zivilrecht, Strafrecht, Versicherungsrecht) bringen können, wobei wichtige Gerichtsentscheidungen aus letzter Zeit angeführt werden. Zunächst gibt er Richtlinien über Erstattung von Gutachten. Dann wird auf die Frage der Schweigepflichtwahrung bei Geltendmachen von Honorarforderungen sowie gegenüber den Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern eingegangen, worin noch keine Übereinstimmung herrscht. Es empfiehlt sich deshalb für den Zahnarzt (wie auch für den Arzt) Zurückhaltung zu üben. Einen Verstoß gegen die Schweigepflicht bedeutet es aber, wenn an private Versicherungen, z. B. Mittelstandskassen, Auskünfte ohne Genehmigung des Kranken gegeben werden, da die Vorschriften der Sozialversicherung nicht auf die private Versicherung übernommen werden dürfen. In einem größeren Abschnitt bespricht Verf. Fehlgriffe, die dem Zahnarzt bei seiner Tätigkeit unterlaufen und ihn in Konflikt mit dem Gesetz bringen können. Die Stellung des operativen Eingriffs im geltenden Recht findet darin ihre Würdigung, wobei besonders betont wird, daß der Zahnarzt sich in seinem Handeln nicht von Wünschen seiner Patienten beeinflussen lassen darf; denn eine Behandlung wider die Kunstregeln wird auch nicht durch die Einwilligung des Verletzten straflos. Die unangenehmen Folgen unsachgemäßer Buchführung des Zahnarztes werden an Hand eines Prozeßfalles geschildert. Der Autor geht weiterhin ausführlich ein auf die rechtliche Auswirkung der Unterlassung einer Röntgenaufnahme vor und nach einem operativen Eingriff, die neuerdings auch für Anfertigung von Zahnbrücken gefordert wird. Es empfiehlt sich für den Zahnarzt ein Selbstschutz vor Regreßansprüchen durch rechtzeitige Röntgenaufnahme und Aufbewahrung derselben, sobald Komplikationen eintreten. Die Röntgenpflicht betrifft in gleicher Weise den nicht approbierten Zahnheilkundigen. Hierbei ist es bedeutsam, daß in Österreich den Zahntechnikern die Anwendung von Röntgenstrahlen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken verboten ist. Fragen der Arzneiverordnung, insbesondere die Bedeutung irrtümlicher oder undeutlicher Ausstellung eines Rezeptes, werden weiterhin behandelt. Rechtsfolgen, die sich im Anschluß an örtliche Betäubung ergeben können (bei plötzlichem Tod, Gewebeschädigung, Explosion von Chloräthyl, vernachlässigter Beaufsichtigung des Betäubten), werden vom Verf. durch entsprechende Fälle gekennzeichnet. Die aus dem Zurücklassen von Fremdkörpern in einer Operationswunde, aus Zwischenfällen bei der Strahlenbehandlung, aus dem Abbrechen von Instrumenten im Wurzelkanal sowie aus Gesundheitsstörungen bei unsachgemäßer Wahl des Zahnersatzmaterials entstehenden rechtlichen Verwicklungen sind in weiteren Abschnitten gewürdigt. Zum Schluß geht Verf. noch auf einige Fragen aus dem Gebiete der Kriminalistik ein und betont die Bedeutung zahnärztlicher Mitarbeit im Erkennungsdienst sowie bei der Überführung von Verbrechen. *Schrader* (Bonn).

**Bergen, Hannes: Verweigerung der väterlichen Zustimmung zur Operation an einem minderjährigen Kinde.** Dtsch. med. Wschr. 1930 II, 1962—1963.

Die rechtliche Grundlage für die Beurteilung einer solchen Verweigerung bietet der

§ 1666 RGB., der die teilweise oder gänzliche Entziehung der väterlichen Fürsorge und Anordnung von vormundschaftsgerichtlichen Maßregeln für den Fall vorsieht, daß sich der Gewalthaber eines Mißbrauchs oder einer Vernachlässigung seines Sorgerechtes schuldig macht und dadurch eine Gefahr für das geistige oder leibliche Wohl des Kindes hervorruft. Der Vormundschaftsrichter kann die Entscheidung über die Vornahme der Operation einem nach § 1909 GBB. zu bestellenden Pfleger übertragen. Durch Sachverständige ist die Zumutbarkeit der Operation, ihre relative Gefährlosigkeit hinsichtlich des zu erwartenden Erfolges, ihre Notwendigkeit bei dringender Lebensgefahr zu begutachten. Als Beispiel wird ein Beschluß des AG. Berlin-Pankow vom 24. VI. 1930 angeführt, der die Bestimmung über die Vornahme der Schiefhals-Operation bei einem an Wirbelsäulenverbiegung leidenden 9jährigen Kinde einem Pfleger übertrug. Die Beschwerde des Vaters wurde vom LG. III zurückgewiesen.  
*Giese (Jena).*

**Meldner: Wann liegt ein Notfall im Sinne des Hebammengesetzes vor?** Z. ärztl. Fortbildg 28, 93—94 (1931).

Durch Urteil im ersten und zweiten Rechtsgang wurde eine Besitzerfrau, die in einem Notfall bei der Geburt eines Kindes Beistand geleistet hatte, freigesprochen. Revision des Staatsanwaltes vom Kammergericht verworfen: Frau K. sei zur Pflege berufen worden und nicht zur Entbindung, zur Entbindung einen Arzt oder eine Hebamme herbeizurufen, sei nicht mehr möglich gewesen.  
*Brieger (Sprottau).*

**Schläger: Cavetetafel und Verstoß gegen die guten Sitten.** Münch. med. Wschr. 1931 I, 135.

Der Hartmannbund war vom Inhaber eines Kinder- und Entbindungsheimes verklagt worden, weil er die ärztliche Stelle an diesem Heim wegen Übergriffen des Heimleiters in medizinische Angelegenheiten gesperrt hatte. Das RG. erachtet den Zweck des Vorgehens, den am Heim tätigen Arzt im Interesse des ärztlichen Standes und der im Heim untergebrachten Kranken vor Übergriffen des Heimleiters zu schützen, für sittlich erlaubt. Das gewählte Mittel verstoße nicht gegen die guten Sitten, da die Maßregel die Fürsorgetätigkeit des Heimes nicht völlig lahmlege (Hilfe in Notfällen, Heranziehung eines organisationsfreien Arztes). Endlich steht die Maßregel auch nicht in einem unbilligen Verhältnis zu dem Verhalten des Heimleiters.  
*Giese (Jena).*

**Gorriti, Fernando: Euthanasie aus Mitleid.** Rev. Criminología etc. 17, 164—168 (1930) [Spanisch].

Der Verf. tritt für die Legalisierung der Euthanasie ein. Er schlägt vor, die Entscheidung über die Tötung einem ärztlichen Komitee, das von Juristen unterstützt werden soll, zu überlassen.  
*Eduard Krapf (München).*

**Oppenheimer, L.: Sorgfaltspflicht des Arztes, wenn eine Hausangestellte sich beim Reinigen eines ärztlichen Instrumentes verletzt. Entscheidung des Reichsarbeitsgerichts vom 15. Oktober 1930 (201/30).** Dtsch. zahnärztl. Wschr. 34, 268—269 (1931).

Das Dienstmädchen eines Arztes hatte sich beim Reinigen eines Instrumentes durch einen Nadelstich verletzt, danach Hausarbeit verrichtet und eine von der Verletzung ausgehende schwere Sepsis davongetragen. Der Fürsorgeverband erhob Schadenersatzklage, weil die Ehefrau des Arztes unterlassen habe, auf ärztliche Behandlung zu dringen. Das Arbeitsgericht wies die Klage ab, das LAG. verurteilte den Arzt zur Hälfte, weil die Ehefrau des Arztes ihrem Manne keine Mitteilung gemacht habe, aber das Mädchen ebenfalls ein Verschulden treffe. Auf Revision des Arztes wurde die Klage vom RAG. abgewiesen wegen Überspannung der Sorgfaltspflicht. Da das Instrument keine septischen Keime gehabt habe, entfalle eine Belehrungspflicht des Arztes, wenn jemand sich körperlich beschädigt, ist es seine Sache, ob er zum Arzt gehen wolle oder nicht.  
*Giese (Jena).*

**Schumacher, Willy: Beitrag zur strafrechtlichen Würdigung der heimlich vorgenommenen Leichensektion.** Münch. med. Wschr. 1931 I, 468.

In der vorliegenden Zusammenstellung bringt ein Gerichtsreferendar verschiedene Rechtsurteile. Der eine Tatbestand war der, daß der stellvertretende Leiter einer Med. Univ.-Klinik die Sektion einer in der Klinik verstorbenen Kranken ohne eingeholte Genehmigung angeordnet hatte. Der Klinikleiter wurde wegen Sachbeschädigung angeklagt, das Schöffengericht und die Strafkammer hat den äußeren Tatbestand der Sachbeschädigung durch die Handlungsweise des Beschuldigten als erfüllt festgestellt, das Berufungsgericht hat aber den Angeklagten trotzdem freigesprochen, weil bei ihm das Bewußtsein der Rechtswidrigkeit ausgeschlossen gewesen wäre (Sektionsverbot angeblich nicht bekannt gewesen). Das Reichsgericht als Revisionsinstanz hat sich dann mit der Frage beschäftigt, es ist auf das Bewußtsein der Rechtswidrigkeit nicht eingegangen, hat aber die Frage nach der Eigenschaft des Leichnams



eines Menschen diskutiert. Ein gewisses Persönlichkeitsrecht des Verstorbenen in dem Leichnam wurde noch anerkannt, abgelehnt, daß es sich um eine „fremde Sache“ handle; ein Eigentumserwerb einer Leiche sei gar nicht möglich, sie sei von allen Beteiligten nur zur Bestattung bestimmt. Die stillschweigende Bekanntmachung der Klinik, daß bei jedem in der Klinik verstorbenen Kranken die Leichenöffnung zur Sicherung der Todesursache vorgenommen werden sollte, wenn nicht ein ausdrücklicher Einspruch hiergegen vorliege, begründet freilich an dem Leichnam noch kein besonderes Recht zur Sektion! Der Leichnam eines Menschen ist „keine eigentumsfähige Sache“. Die Verfügungsrechte der Hinterbliebenen z. B. über die Wahl des Begräbnisortes setzen keine Obliegenheit vermögensrechtlicher Natur voraus; sie bilden keinen Ausfluß des Eigentums an dem Leichnam, sondern stellen sich nur als eine Fortentwicklung des familienrechtlichen Fürsorgeverhältnisses dar. Da der Leichnam keine fremde Sache darstelle, sagt das Reichsgericht, sei der äußere Tatbestand des § 303 StGB. nicht erfüllt und da andere Straftatbestände nicht in Frage kämen, sei die Freisprechung des Klinikleiters zu Recht erfolgt. — In einem anderen Fall hatte sich das Oberlandesgericht Hamburg zu äußern. Ein Krankenhausoberarzt hatte trotz verbotener Sektion ein Stück Rückenmark aus der Wirbelsäule entfernt, und zwar aus wissenschaftlichem Interesse zur Untersuchung. Die Verwandten erstatteten Anzeige „wegen unbefugter Wegnahme von Leichenteilen“, die Staatsanwaltschaft stellte aber das Verfahren ein. Das Oberlandesgericht als Berufungsinstanz verneinte seinerseits ebenfalls den Tatbestand des § 367 Nr. 1 (unbefugte Wegnahme von Leichenteilen). Es ging von folgenden Gründen aus: die Leiche ist keine Sache; Sachbeschädigung kommt nicht in Frage. Es handelt sich also nur darum, ob unbefugt ein Teil einer Leiche aus dem Gewahrsam der dazu berechtigten Person weggenommen worden ist. Nun hatte aber der Krankenhausoberarzt den Gewahrsam an der Leiche; dieser Gewahrsam wird als behördlicher Gewahrsam von dem Prosektor des pathologischen Instituts ausgeübt. Der Prosektor war aber der Beschuldigte selbst, seine strafrechtliche Verfolgung also nicht möglich. Ob eine disziplinarische Ahndung in Frage käme, wäre eine andere Sache.

*H. Merkel (München).*

**Rezepteschwindelei einer Morphinistin. Reichsgerichtsentscheidung vom 24. X. 1930.** Rechtsprechg u. Med.-Gesetzgeb (Sonderbeil. d. Z. Med.beamte 44) 44, 57—58 (1931).

Ein Arzt hatte sich von der Morphinistin L. insofern beschwindeln lassen, als er ihrer Angabe glaubte, daß sie Mitglied eines Invalidenvereins sei und von anderen Mitgliedern dieses Vereins beauftragt sei, sich Rezepte für diese von dem Arzt ausstellen zu lassen. So erhielt sie von dem Arzt für 100 verschiedene nur in ihrer Einbildung existierende Personen etwa 2000 Rezepte, die nach entsprechender Umänderung größtenteils mit Morphin beliefert wurden. Es folgte gegen den Arzt ein Strafverfahren wegen Betrugs; in erster Instanz Verurteilung zu 2000 RM. Geldstrafe, in zweiter Instanz vom LG. Freispruch: es billigte dem Angeklagten weitgehend guten Glauben zu und ebenso Ausnahmen von der Regel der persönlichen Behandlung. Die Revision des Staatsanwalts hatte Erfolg, das Urteil wurde aufgehoben und die Sache zur nochmaligen Verhandlung an die Vorinstanz zurückverwiesen. Aus der Begründung: Die Zubilligung des guten Glaubens wird nicht beanstandet, dagegen hat der Arzt nicht berücksichtigt, daß Kranke gemeinhin ihre Leiden übertreiben und eine Behandlung fordern, die in Wirklichkeit nach Feststellung des tatsächlichen Krankheitsbefunds nicht erforderlich ist. Wenn der Angeklagte sich allein auf die Angaben der L. verließ, so setzte er der Krankenkasse mehr in Rechnung, als er auf Grund des Krankheitsbefundes verlangen durfte. Hat er auch nur mit dem Vorhandensein dieser Möglichkeit gerechnet, dann handelte er mit bedingtem Vorsatz, der zu einer Verurteilung aus § 263 StGB. ausreichen würde.

*Giese (Jena).*

**Straffällige Behandlung von Geschlechtskrankheiten durch einen mit Approbationsentziehung bestraften Arzt. Strafrechtliche Ahndung beim gleichzeitigen Zusammen treffen erlaubter und verbotener Untersuchungen im Sinne von § 7 Geschlechtskrankheitengesetz. Urteil des Reichsgerichts vom 17. X. 1930.** Rechtsprechg u. Med.-Gesetzgeb (Sonderbeil. d. Z. Med.beamte 44) 44, 2—3 (1931).

Einem Arzt, der wegen Abtreibung zu Zuchthaus und 5jährigem Ehrverlust bestraft worden war, war durch den ärztlichen Gerichtshof die Approbation auf die gleiche Dauer

entzogen worden. Trotzdem untersuchte er eine Frau auf Schwangerschaft und erweiterte den Gebärmuttermund wegen angeblicher krampfhafter Regelstörungen. Letztere Schutzbehauptung machte das Abtreibungsdelikt hinfällig, jedoch verurteilte das LG. wegen Vergehens gegen § 7 GBGKr. Die Revision des Angeklagten verwarf das R.G.: Wenn auch eine Untersuchung auf Schwangerschaft, die keine Krankheit ist, straflos ist, so bleibt doch die Untersuchung wegen Regelstörungen strafbar nach § 7 des GBGKr. Ferner war er strafbar, weil seine Approbation ruhte, er also nicht approbierter Arzt im Sinne des genannten Gesetzes war.

*Giese (Jena).*

**Neureiter, Ferdinand: Kritische Bemerkungen zu einigen Bestimmungen des neuen lettländischen Strafgesetzbuches.** (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. Riga.*) Rigasche Z. Rechtswiss. 4, 230—241 (1930).

Die vorliegende Kritik des lettländischen Strafgesetzentwurfes vom Jahre 1930 befaßt sich vor allem mit den im Projekte vorgesehenen Bestimmungen zur Bekämpfung der Kurpfuscherei, die folgendermaßen lauten:

Wer, ohne das Recht der ärztlichen Praxis zu besitzen oder nach Aberkennung dieses Rechtes, mit giftigen oder stark wirkenden Stoffen oder solchen Heilbehelfen oder mittels Hypnose einen Kranken behandelt hat, wird bestraft mit Arrest oder mit einer Geldstrafe, nicht höher als 500 Lat. Mit der gleichen Strafe ist ein Arzt oder eine andere Person zu belegen, die ohne entsprechende Erlaubnis des Gesundheitsdepartements jemanden in den hypnotischen Zustand versetzt hat.

Die Fehler und Mängel, die in dieser Regelung gelegen sind, werden ausführlich dargelegt und sodann für die folgende Fassung eines Kurpfuscherparagraphen geworben:

Wer sich, ohne das Recht der ärztlichen Praxis zu besitzen oder nach Aberkennung dieses Rechtes, gewerbsmäßig mit der Krankenbehandlung oder Geburtshilfe befaßt, wird bestraft . . . Der gleichen Strafe verfallen Feldscherer, Hebammen, Krankenschwestern und Masseure, welche ihre durch die Approbation erlangten Befugnisse ohne triftigen Grund überschreiten.

Der Rest der Ausführungen betrifft Details, die sich zu kurzem Berichte nicht eignen.

*v. Neureiter (Riga).*

**Wollenweber: Zur Bezeichnung der „Kurpfuscher“.** Z. Med.beamte 44, 66 bis 67 (1931).

Wollenweber empfiehlt anlässlich mehrfacher Konflikte wegen der Benutzung des Wortes „Kurpfuscher“ als zweckmäßig die Bezeichnung „Heilgewerbler“ für Personen, die ohne staatliche Anerkennung das Heilgewerbe ausüben. Worte wie „Heilpraktiker“, „Laienbehandler“ oder gar „Heilkundiger“ seien weniger geeignet, da es sachlich falsch sei, Personen, die gar nicht heilkundig seien, durch die Bezeichnung „Heilkundiger“ dem Publikum gegenüber gar noch zu bescheinigen, daß sie des Heilens kundig seien. W. berichtet dabei über einen Prozeß, in dem der Verteidiger W. als Sachverständigen ablehnte, mit der Begründung, er habe den Angeklagten in einem anderen Verfahren schriftlich als „Kurpfuscher“ bezeichnet. Der Ausdruck „Kurpfuscher“ sei eine schwere Beleidigung. Personen, die eine Kur verpfuschen, gäbe es unter Ärzten ebensogut wie unter Heilkundigen. Der Antrag wurde abgelehnt, da die Absicht der Herabsetzung bzw. der Beleidigung in der amtlichen Verwendung des Wortes nicht in Frage komme.

*Spiecker (Duisburg).*

**Johannessohn, F.: Krebsbekämpfung und Kurpfuschertum. Bemerkungen zu Schraders gleichnamigem Artikel in Nr. 38.** Dtsch. med. Wschr. 1930 II, 2181.

Verf. bringt als Ergänzung der Ausführungen Schraders (vgl. diese Z. 16, 346) zwei Beispiele, die das Zustandekommen von „Erfolgen“ der Kurpfuscherbehandlung bei Krebskranken erklären. In beiden Fällen war von einem Kurpfuscher — der das gleiche schon bei anderen Opfern getan hatte — die durch nichts gerechtfertigte Diagnose „Krebs“ gestellt worden, sicherlich um daraus eine gewinnbringende Behandlung herzuleiten. Die Beseitigung der angedichteten Krebskrankheit spricht sich herum und begründet im Laufe der Zeit den Ruf des Kurpfuschers als erfolgreicher Krebsbehandler.

*Schrader (Bonn).*

**Franke, Carl: Krebsbekämpfung, Infektionskrankheiten und Kurpfuschertum.** (*Chir. Abt., Städt. Krankenh., Achern [Baden].*) Dtsch. med. Wschr. 1930 II, 2180 bis 2181.

Zur Publikation von Schrader (vgl. diese Z. 16, 346) wird ein weiterer Fall hinzugefügt, wo gleichfalls eine Kranke mit operablem Magencarcinom von einem Kurpfuscher so lange behandelt wurde, bis es zu spät war und eine zuletzt noch versuchte Operation von der Patientin wegen Entkräftung nicht mehr überstanden wurde. Der Verf. erörtert im Anschluß hieran

die Gefahren, die bei der Behandlung von Infektionskrankheiten durch Kurpfuscher nicht allein dem Kranken sondern auch seiner Umgebung drohen. Zur Zeit des gehäufteten Auftretens spinaler Kinderlähmung veröffentlichte ein Kurpfuscher ein Zeitungsinserat des Inhalts, daß seine Diagnose unfehlbar sei und er Heilung mit 80% Sicherheit erziele, vor allem viele Fälle spinaler Kinderlähmung gänzlich geheilt hätte. Die große Gefahr, die der Allgemeinheit aus solchen Inseraten gerade bei Infektionskrankheiten droht, verlangt eine Bekämpfung durch Anzeige bei dem zuständigen Amtsarzt.

**Hansen, Søren:** Über Bestrafung wegen Kurpfuscherei. Ugeskr. Laeg. 1931 I, 45—47 [Dänisch].

Gegenüber der von Goos 1895 versuchten Auslegung des alten Kurpfuschereigesetzes von 1794 wird darauf hingewiesen, daß die alte Bestimmung ohne weiteres das Ausüben der Heilkunde auf Grund nicht genügender Befähigung für strafbar ansieht, und daß man die Goossche Auffassung vom Eintritt der Strafbarkeit erst im Falle der Gefährdung eines Behandelten nicht als die Meinung des Gesetzgebers ansehen dürfe. Auch die Juristen haben sich im allgemeinen der Goosschen Formulierung nicht angeschlossen.

H. Scholz (Königsberg i. Pr.).

### Spurennachweis. Leichenerscheinungen.

**Gaude, G.:** L'expertise des taches de sang. (Untersuchung von Blutflecken.) (*Laborat. de Police Techn., Lyon.*) Rev. internat. Criminalist. 3, 38—43 (1931).

Verf. empfiehlt zur Darstellung der Hämkristalle das Reagens von Strzyzowski in folgender Modifikation. 1 ccm 95proz. Alkohol, 1 ccm Wasser, 1 ccm Eisessig, 2 Tropfen 60proz. Salzsäure, 2 Tropfen Jodkalium 120proz. Mehrfaches Erwärmen und Zufließenlassen des Reagens ergibt schöne Krystalle. G. Strassmann (Breslau).

**Ganassini, Domenico:** Nuovo contributo alla diagnosi specifica del sangue umano per mezzo della reazione Ganassini. (Neuer Beitrag zur spezifischen Diagnose des menschlichen Blutes mittels der Reaktion von Ganassini.) Arch. Ist. biochim. ital. 2, 401—410 (1930).

Ausführliche Darstellung der Methode zur Vorbereitung der Vergleichsblutprobe (Mensch) und der zu untersuchenden Probe, sowie Schilderung der Ausführung der eigentlichen Probe, welche ein Katalaseverfahren darstellt. Es folgt die Entfärbung der beiden Proben zugesetzten alkalischen Eosinlösung in ungefähr der gleichen Zeit, so handelt es sich, unter der Voraussetzung, daß der Hämoglobingehalt beider Proben im Vorverfahren wirklich gleich gemacht wurde, in beiden Fällen um Blut von ein und derselben Art. Differieren die Entfärbungszeiten jedoch nennenswert voneinander, so ist mit Sicherheit anzunehmen, daß es sich bei der Probe unbekanntes Blutes nicht um Menschenblut handelt. Verf. empfiehlt die Methode zur Anwendung in der forensischen Praxis.

J. Plattner (Innsbruck).<sup>oo</sup>

**Haberda:** Die Diagnose des verletzenden Werkzeuges. Beitr. gerichtl. Med. 10, 1—4 (1930).

Am Kopf und Hals einer alten Frau, die in ihrem Milchladen einem Raubmord zum Opfer fiel, fanden sich eine Reihe bemerkenswerter Verletzungen. Im Grund von sternförmigen Quetschwunden der Kopfhaut fanden sich Splitterchen von dem blaugrünen Email eines blechernen Kochtopfes. Obwohl dieser nur 800 ccm faßte und 220 g wog, zeigte das Gehirn an der den Wunden gegenüberliegenden Seite Gegenstoßquetschungen. Von der Gabel eines Eßbesteckes, die neben der Leiche in blutigem Wasser lag, rührten offenkundig mehrere Reihen kleiner Stichwunden am Hals her. Mehrere, gleichfalls am Hals gelegene, schnittähnliche Wunden wurden auf den Henkel eines 1/2 l Bierkrügels bezogen, das zertrümmert neben der Toten lag.

Meixner (Innsbruck).

**Strassmann, F.:** Wie ist die exakte Diagnose „Tod“ zu stellen? Z. ärztl. Fortbildg 27, 562—563 (1930).

Der Tod wird in der Regel durch Beobachtungen negativer Art festgestellt, vor allem durch das Aufhören der Herz- und Atembewegungen. Es ist nicht zu verkennen, daß gelegentlich dadurch das Gefühl einer gewissen Unsicherheit entstehen kann.