

Deml, Anton: Die Blutgruppenzugehörigkeit der bayerischen Strafgefangenen. (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. Erlangen.*) Erlangen: Diss. 1932. 15 S.

Verf. untersuchte 1000 bayerische Strafgefangene auf die Blutgruppenzugehörigkeit. Die Verteilung war folgende: O = 39,70%, A = 45,30%, B = 10,90%, AB = 4,10%. Eine Beziehung zwischen Blutgruppen und Verbrecher konnte er nicht feststellen. Er kommt damit zu demselben Ergebnis wie der Ref., Adam Schmidt in Agram und Gurevic in Moskau. Verf. ist der Ansicht, daß die von der Norm abweichenden Resultate reine Zufallsergebnisse sind. Foerster (Münster i. W.).

Irsigler, Franz Johannes: Intravitale Isohämolyse nach Blutüberleitung bei gleichzeitiger Speicherung des Reticuloendothels. Hämoglobinämische Nephrose. (*Chir. Univ.-Klin., Erlangen.*) Dtsch. Z. Chir. 237, 80—96 (1932).

Die Bestimmung der Blutgruppenzugehörigkeit mit Hilfe der Objektträgermethode und käuflichen Testseren ist fehlerhaft. Sie beweist nämlich nur die Gruppenzugehörigkeit der Erythrocyten; prüft aber nicht die agglutinierende und lytische Fähigkeit des betreffenden Serums. Außerdem ist noch die Wirksamkeit der Testseren abhängig von der Dauer und Art der Aufbewahrung. Ferner ist die Empfindlichkeit der Blutkörperchenreceptoren so verschieden, daß eine spät eintretende Agglutination übersehen werden kann. Deshalb erscheinen Irsigler die Forderungen Clairmonts durchaus berechtigt. „Gruppenbestimmung durch mehrere Untersucher unabhängig voneinander und Untersuchung unmittelbar vor der Blutüberleitung mit verschiedenen Testseren. Wenn es Zeit und Umstände erlauben, soll die ‚Neungläserprobe‘ nach Schiff oder wenigstens die ‚gekreuzte Agglutination‘ zwischen Spender- und Empfängerblut ausgeführt werden.

Der betreffende, tödlich endende Fall, der die Anregung zu dieser Arbeit gegeben hat, hatte 2 Tage vor der Blutüberleitung eine 2malige intravenöse Injektion von je 40 ccm Thorotrastglykose zur Hepatolienographie erhalten. Die Frage, ob dadurch etwa eine Resistenzverminderung der Erythrocyten oder ob durch die Speicherung im Reticuloendothel die Immunkörperbildung beeinträchtigt worden ist, liegt nahe. Die Möglichkeit einer Steigerung der den Reticuloendothelien zugeschriebenen chemisch-fermentativen Tätigkeit bei gleichzeitiger cellulärer Speicherung muß zugegeben werden.“ Plenz (Berlin-Zehlendorf).^{oo}

Kunstfehler. Ärzterecht. Kurpfuscherei.

Gordon, A. H., and Lawrence J. Rhea: Post-vaccinal encephalitis. (Postvaccinale Encephalitis.) (*Med. Serv. a. Dep. of Path., Montreal Gen. Hosp., Montreal.*) Amer. J. med. Sci. 184, 104—111 (1932).

Ein 11-jähriger Knabe erkrankte 12 Tage nach Erstimpfung mit den typischen Symptomen der Encephalomyelitis. Tod nach wenigen Tagen. Hirnsektion verweigert. Die Untersuchung des Rückenmarks ergab die von Perdrau und Turnbull-McIntosh beschriebenen Veränderungen. K. Eskuchen (Zwickau i. S.).^{oo}

Eckstein, A., F. Sioli, H. Herzberg-Kremmer und Kurt Herzberg: Weitere Beobachtungen und Untersuchungen über die Encephalitis post vaccinationem. (*Kinderklin. u. Hyg. Inst., Med. Akad., Düsseldorf u. Psychiatr. Klin., Med. Akad., Düsseldorf-Grafenberg.*) Klin. Wschr. 1932 II, 1053—1058.

Fall 1: 1 $\frac{1}{2}$ -jähriges Mädchen erkrankt 12 Tage nach der Impfung unter Fieber mit Krämpfen und Bewußtlosigkeit. Babinski beiderseits +. Häufig Zuckungen in den Armen. Im Liquor keine Zellvermehrung. Die Bewußtlosigkeit hielt einige Tage an. Ausgang in Heilung. — Fall 2: 1-jähriger Knabe. Am 9. Tage nach der Impfung Temperatur bis 39,6°. Krämpfe im rechten Arm und Bein, später allgemeine Konvulsionen. Augen in Konvergenzstellung, leichter Nystagmus, rechter Patellarreflex und Bauchhautreflex nicht auslösbar. Rechtes Bein vorübergehend schlaff gelähmt. Im Liquor $\frac{11}{3}$ Zellen bei negativem Eiweißgehalt. Ausgang in Heilung. Aus Blut und Liquor Vaccinevirus nachgewiesen. — Fall 3: 2 $\frac{3}{4}$ -jähriges Mädchen, das früher schon einmal einen Krampfanfall gehabt hatte, erkrankt 6 Tage nach der Impfung mit Fieber, Erbrechen, Müdigkeit und Krämpfen, vor allem auf der linken Seite, später Lähmung der linken Körperhälfte. Im Liquor $\frac{10}{3}$ Zellen bei negativem Eiweißgehalt. Später wiederholt Krämpfe. Am 10. Tage im Liquor Vaccinevirus nachgewiesen. Ausgang in Heilung bis auf eine gewisse Beeinträchtigung der Sprache. — Fall 4: 4-jähriges Mädchen, das mit 8 Monaten geimpft wurde. Anschließend Krämpfe und Lähmung der Rücken- und Schultermuskulatur. Psychische Änderung. Jetzt: bei starker körperlicher und geistiger Unterentwicklung spastisch-ataktischer Gang. „Das Kind macht im ganzen

einen stark dystrophen Eindruck.“ — Fall 5: Bei 1½-jährigem Kind 32 Tage nach der Impfung cerebrale Erscheinungen. Exitus letalis. Die Sektion ergab eine Miliartuberkulose des Gehirns. — Im 2. Teil der Arbeit wird über das Ergebnis experimenteller Untersuchungen berichtet. U. a. berichten Verff., daß sie mit Liquor des Falles 3 nach intracerebraler Impfung beim Kaninchen eine „akute Meningoencephalitis“ erzeugen konnten. Die histologische Untersuchung des Gehirns ergab: „Linke Hemisphäre: Hyperämie der weichen Häute und Zellinfiltrate. Verletzungsstelle mit Blutung und Fettkörnchenzellen sowie Nekrose. In der Umgebung perivasculäre Infiltrate. Rechte Hemisphäre: Hyperämie der weichen Häute und Zellinfiltrate. Hyperämie des Gehirns und perivasculäre Zellinfiltrate, stärker als links. Hirnstamm nihil.“ Durch vergleichende Untersuchungen mit der zur Impfung benutzten Originallymphe gelang es Verff. nachzuweisen, daß das Vaccinevirus nach der Menschenpassage veränderte Eigenschaften besaß.
Pette (Hamburg).

Kudelka, Oskar: Ein Fall von Impfencephalitis nach intracutaner Impfung. (Städt. Gesundheitsamt, Wien.) Med. Klin. 1932 II, 1001—1002.

Am 15. Tage nach intracutaner Impfung, welche eine mittelstarke Lokalreaktion hervorrief, traten bei einem 5½-jährigen Mädchen hohes Fieber, Schlafsucht und Lähmung beider Beine ein, so daß vom behandelnden Arzte die Vermutungsdiagnose Poliomyelitis gestellt wurde. Fieber und Somnolenz dauerten 4 Tage; eine Untersuchung nach 15 Tagen (Zappert) ergab nur noch eine geringe Unsicherheit beim Gehen und beim Sitzen. Bei einer Nachuntersuchung nach 4 Monaten bestand ein vollkommen normaler Befund. Die in der Literatur bisher angeführten 2 Fälle von Impfencephalitis nach intracutaner Impfung werden nicht als solche anerkannt.
Karl Kundratitz (Wien).

Bertolani del Rio, Maria: Paralisi periferiche da iniezioni di etere solforico. (Periphere Lähmungen nach Injektionen von Schwefeläther.) (Istid. Psichiatri. di San Lazzaro, Reggio Emilia.) Scritti med. dedicati a Riccardo Simonini 453—461 (1932).

Verf. berichtet über einen Fall von teilweiser Lähmung des Nervus ischiadicus bei einem 3-jährigen Buben, der an Keuchhusten litt und Injektionen von Schwefeläther in die linke Gesäßgegend erhielt. Die erste Injektion verursachte heftige Schmerzen an der Injektionsstelle und eine vorübergehende Lähmung des rechten Fußes. Bei der fünften Injektion von Äther in die obere seitliche Gegend des rechten Gesäßes trat unmittelbar nachher eine Lähmung des rechten Fußes auf. Es bestand eine deutliche Atrophie des rechten Unterschenkels. Verf. bespricht die verschiedenen Substanzen, die, wenn sie in die Nachbarschaft eines Nerven injiziert werden, Lähmungen hervorrufen können, und erörtert ihre Pathogenese. G. Stiefler.

Hambresin: Cécité définitive après deux injections d'acétylarsan. (Dauernde Erblindung nach 2 Acetylarsaneinspritzungen.) Bull. Soc. belge Ophtalm. Nr 64, 111-114 (1932).

Ein 55 Jahre alter Patient bekam schon nach der ersten intramuskulären Einspritzung von 2,0 ccm Acetylarsan eine Verschleierung beim Sehen. Trotzdem (!) gab man ihm 4 Tage später eine zweite Injektion mit dem Ergebnis, daß er tags darauf erblindete. Die Pupillen waren weit und starr, die brechenden Medien klar, die Papillen normal, die Netzhautgefäße eng. Rechts $\frac{1}{\infty}$ unsicher, links $\frac{1}{\infty}$ und Lokalisation gut. WaR. +. Diagnose: Neuritis retrobulbäris. Die Behandlung (Einspritzungen von Acetylholin, retrobulbäre Atropin- und intravenöse Einspritzungen von Hydrarg. cyan.) blieb völlig erfolglos. Die Papillen blähten ab, der Lichtschein ging verloren. Es besteht kein Zweifel, daß die Schnervenerkrankung dem Acetylarsan und nicht der Lues zuzuschreiben ist. — Aussprache: van der Straeten sah nach der 10. Injektion von je 0,06 g Acetylarsan eine beträchtliche Einengung des Gf. bei normaler zentraler S und normalem Hintergrund. — van Duyse sah eine völlige Erblindung infolge von retrobulbärer Neuritis bei einem 40 Jahre alten Manne nach Acetylarsan-Einspritzungen. — van Lint mahnt zur Vorsicht bei der Einspritzung der As-Verbindungen.
Kurt Steindorff (Berlin).

Hellich, Ilse: Über Agranulocytose nach Neosalvarsanbehandlung. (Med. Univ.-Klin., Rostock.) Med. Klin. 1932 II, 1133—1135.

Fall I betrifft eine 29-jährige Polin mit Lues II, die seit etwa $\frac{1}{4}$ Jahr Neosalvarsan und Bismogenol erhalten hatte und zwar 8,0 Bismogenol und 3,45 Neosalvarsan. Sie erkrankte 4 Tage nach der letzten Injektion mit hohem Fieber, nekrotisierenden Prozessen der Mund-Rachenschleimhaut und Icterus und starb am 8. Krankheitstag an Agranulocytose, welche durch Obduktion bestätigt wurde. — Im 2. Falle eines luisch infizierten jungen Mannes trat nach der genau gleichen Medikation wie in Fall I Agranulocytose auf, die jedoch in Heilung auslief. — Im 3. Fall einer 30-jährigen luischen Hausangestellten entwickelte sich die Agranulocytose nach Applikation von 3,45 Neosalvarsan und 15,0 Salyrgan. Auch dieser Fall lief in Heilung aus, nachdem die antiluische Kur unterbrochen war und 7 Röntgenreizbestrahlungen stattgefunden hatten.

Bei jeder Neosalvarsankur ist auf die Reaktion des leukopoetischen Systems zu achten.
Werner Schultz (Charlottenburg-Westend).

Cleaves, Montague: Poisoning by „Exlax“ tablets. (Vergiftung durch „Exlax“-Tabletten.) *J. amer. med. Assoc.* **99**, 654—655 (1932).

Ein bis dahin gesunder amerikanischer Knabe von 10 Jahren aß — in der Annahme, daß es sich um Zuckerzeug handele — den Gesamtinhalt einer Schachtel „Exlax“-Tabletten, als deren wirksamer Bestandteil das Phenolphthalein anzusprechen ist. In der Folge stellten sich schwere Durchfälle, Temperaturerhöhung und beträchtliche Pulsbeschleunigung ein. Nach 4 Tagen Auftreten eines großbläsigen Ausschlages an Leib und Gliedmaßen, am folgenden Tag Delirium und Halbseitenlähmung. Gleichzeitig wurden massenhafte Haut- und Unterhautblutungen an Stamm und Füßen bemerkbar. Das Kind starb 9 Tage nach Einnahme der Tabletten im Koma. — Die Sektion ergab zahlreiche kleine und größere Blutungen in dem gesamten Verdauungsschlauch, kleine Blutaustritte im Gehirn, Leber und Nieren. Die dunkelrote, weiche Milz war auf das Vierfache der Norm vergrößert. Im Herzen zeigten sich zahlreiche kleinste Blutungen und Infarkte an den Aortenklappen, ein Befund, welcher vielleicht die kurz vor dem Tode aufgetretenen Herzgeräusche erklären konnte.

Else Petri (Berlin).

Baumecker, Heinz: Pantokaintod bei Harnröhrenstriktur. (*Chir. Univ.-Klin., Greifswald.*) *Zbl. Chir.* **1932**, 1431—1432.

Bei einem 73jährigen Mann, der seit 18 Stunden an Harnverhaltung litt (mit der Anamnese einer gonorrhöischen Harnröhrenstriktur) entleerte sich nach erfolglosem Versuche, zu kathetern etwas Blut. 3 Stunden später Anästhesierung der Harnröhre mit 1proz. Pantocainlösung zum Zwecke eines erneuten Katheterversuches. Bereits 2 Minuten später Cyanose und Exitus. Bei der Sektion fand sich eine Striktur und daneben eine *Via falsa* mit frischen Blutungen, zum Teil mit Thrombosen. Verf. nimmt an, daß die Pantocainlösung auf diese Wege direkt in die Blutbahn gelangt sei und wie eine intravenöse Injektion gewirkt habe. Verf. warnt deshalb vor der Anwendung von Lösungen irgendwelcher Art nach vorausgegangenem vergeblichen Katheterismus. (Warum wurde nach dem ersten vergeblichen Versuch die Blase nicht suprapubisch entleert? Ref.)

Colmers (München).

Wintz, H.: Gutachten über eine Röntgenschädigung. *Radiol. Rdsch.* **1**, 3—15 (1932).

Ausführliches Sachverständigengutachten bei einem Kombinations-Röntgenspät-schaden, der durch eine unbekannte Einwirkung auf eine Gewebspartie mit herabgesetzter Widerstandskraft verursacht wurde. Der Gewebszerfall stand in ursächlichem Zusammenhang mit der vorausgegangenen Röntgenbestrahlung. Sie stellte aber kein schuldhaftes Verhalten des Arztes dar, weil die Überdosierung seinerzeit wegen der Diagnose (schuppige tuberkulöse Flechte) absichtlich herbeigeführt worden war.

Heinz Lossen (Frankfurt a. M.).

Stern, Carl: Dauerhaarausfall nach Röntgenbestrahlung. *Dtsch. med. Wschr.* **1932 II**, 1137—1138.

Über die Ursachen des Dauerhaarausfalles nach Röntgenbestrahlung kommt Stern zu folgenden Erwägungen. 1. Daß die Epilation mit 10 X zu hoch ist, da diese Dosierung mit harten Strahlen, aber nicht mit weichen rechnet. Auch die Änderung der Röhren während des Betriebes ist von Belang, weswegen es zweckmäßig ist, bei der verschiedenen Felderbestrahlung wenigstens 2 Röhren zu benutzen. (Jetzt werden ja meistens auch nur 8 X benutzt. Ref.) Auch die Möglichkeit, daß bei der Bestrahlung die gegenüberliegende Hautstelle getroffen wird, muß in Betracht gezogen werden. 2. Kommen Veränderungen der Reaktion des Hautgewebes, besonders Säuerung, in Betracht. Auch die Veränderungen der physiologischen Reaktion bei der Bestrahlung müssen mit in Betracht gezogen werden. Auch endokrine Störungen, die ja schwer zu beurteilen sind, dürften von Bedeutung sein. Dann die Summierung von Reizen in der Röntgeninkubationszeit, wie Quarzlampebestrahlung, Jodpinselung, Chrysarobinsalben können für den Dauerhaarausfall ursächlich in Betracht kommen, wobei in einem angezogenen Falle die endokrine Veränderung des Organismus in den Wechseljahren mit hinzugetreten sein könnte. Jedenfalls ist es wichtig, sowohl bei Röntgenbestrahlung als bei Nachbehandlung alle stärkeren Reize zu vermeiden. Ob der von anderer Seite angeführte Fall einer fast totalen Alopecie bei einem 3jährigen Kinde, dessen Mutter im 6. Monat der Schwangerschaft in der Nierengegend bestrahlt worden war, diese Bestrahlung die Ursache der Alopecie war, hält der Autor für zweifelhaft.

A. Buschke (Berlin).

Trostler, I. S.: Roentgenotherapist not held liable for telangiectasis due to Roentgen rays applied for tuberculous lymphadenitis. (Röntgentherapeut nicht für verantwortlich gehalten für Teleangiektasien nach Röntgenbestrahlung von tuberkulösen Lymphdrüsen.) *Radiology* 18, 1134—1135 (1932).

Vom obersten Gerichtshof von Columbia wurde ein Arzt zu 15000 Dollar verurteilt, weil bei einer von ihm wegen Halsdrüsentuberkulose mit großem Erfolg bestrahlten Patientin Teleangiektasien aufgetreten waren. Der Appellationsgerichtshof hob das Urteil wieder auf, weil durch Sachverständige erklärt wurde, daß selbst bei größter Sorgfalt, wie z. B. in diesem Falle, das Auftreten von Teleangiektasien nicht vermieden werden könnte.

Cordua (Hamburg).

Rohrshneider, W.: Untersuchungen über die Morphologie und Entstehung der Röntgenstrahlenkatarakt beim Menschen. (*Röntgen- u. Radiumabt., Augenklin. u. Chir. Klin., Univ. Berlin.*) *Arch. Augenheilk.* 106, 221—254 (1932).

Es ist möglich, die Röntgenstrahlenkatarakt nach morphologischen Gesichtspunkten (scheibenförmige Trübung am hinteren Linsenpole in scharfer Schicht von der hinteren Rinde getrennt, feines subcapsuläres bis in die Peripherie reichendes Trübungsnetz, keine Lamellierung der vorderen Linsenkapsel) von ähnlichen Linsentrübungen anderer Entstehung abzugrenzen, wenn auch nur in einem bestimmten Stadium der Erkrankung. Nicht alle Menschen, deren Augen intensiver Röntgenbestrahlung unterworfen waren, erkrankten an dieser Starbildung. Daß gerade Patienten mit entzündlicher Erkrankung der Gesichtshaut leicht Linsenschädigungen nach Röntgenbestrahlung davontragen, hält Rohrshneider nicht für erwiesen. Da der Röntgenstar durch direkte Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Linsenzellen entsteht, ist die Absorption genügend großer Strahlenmengen Voraussetzung für die Entstehung des Röntgenstars. Nicht nur einmalige Anwendung der HED., sondern auch mehrfache Bestrahlung mit Einzeldosen, die weit unter der HED. liegen, können Röntgenstars verursachen, wenn nur die Gesamtdosis die HED. übersteigt. Der Röntgenstar hat entgegen der Ansicht von Holzknecht erhebliche praktische Bedeutung, weil er wegen der Lage der Linsentrübungen Sehstörungen verursacht und Staroperation notwendig macht.

Jendralski (Gleiwitz).

Adamantiades, B., et Uranie Rangabi: Double cataracte par application des rayons X sur le visage. (Doppelseitige Katarakt durch Röntgenbestrahlung des Gesichts.) *Annales d'Ocul.* 169, 627—632 (1932).

Die Verf. berichten über einen Lupuskranken, der 3 Monate nach Röntgenbestrahlung des Gesichtes (10 Bestrahlungen zu je 2 H. unter 2 mm Al und 2 mm Asbest, Augenschutz mit Bleiplatte) Sehstörungen bekam. Als Ursache für die Sehstörung wurde an beiden Augen eine umschriebene linsengroße corticale Trübung am hinteren Linsenpole gefunden. Wimpern und Augenbrauen waren intakt. Etwa $\frac{1}{2}$ Jahr später waren auch in der vorderen Rinde einzelne weißliche Trübungen vorhanden, im Bereich der hinteren Poltrübung schillernde Cholesterinkristalle zu erkennen. Der Augenhintergrund war gesund. Unter Hinweis auch auf die deutsche Literatur betonen die Verf. die Gefährlichkeit von Röntgenbestrahlungen im Bereich des Kopfes für das Auge.

Jendralski (Gleiwitz).

Faust, Herbert: Nachgewiesene schwere Schädigung des Perikards nach Röntgentiefenbestrahlung der Präkordialgegend. (*Zentr.-Röntgen- u. Radium u. Chir. Abt., Städt. Krankenanst., Mannheim.*) *Strahlenther.* 43, 749—756 (1932).

Über Herzscheidigungen nach Röntgentiefenbestrahlung der Präkordialgegend ist wenig bekannt, über Schädigungen des Perikards bisher nichts berichtet.

Verf. teilt einen Fall von vorderem Mediastinaltumor (Tridermon) mit, bei dem mehrere Serien von Röntgentiefenbestrahlung durchgeführt waren. Etwa 1 Jahr später erfolgte der Tod 2 Stunden nach einer Operation, und zwar nicht an den Folgen dieser Operation, sondern an einer Herzinsuffizienz. Es fand sich eine braune Herzatrophie und mikroskopisch festgestellte starke Blutüberfüllung der Capillaren im Herzmuskel, die Verf. auf die intensive Röntgenbestrahlung zurückführt. Das Perikard zeigte die typischen Veränderungen des Zottenherzens, histologisch unter dem Bilde einer fibrinösen Perikarditis. Da sich keine Bakterien fanden, nimmt Verf. an, daß es sich hier um bindegewebige Umwandlungen auf rein thermisch-entzündlicher Grundlage infolge der Röntgentiefenbestrahlung handelt, obwohl derartige Beob-

achtungen bisher nicht bekannt geworden sind. Nur an der Pleura und am Peritoneum hat man nach derartigen Bestrahlungen bisher „Schwielen“, jedoch ohne jegliche Ausschwitzung gefunden.

Verf. mahnt daher zur Vorsicht bei der Röntgentiefenbestrahlung der Tumoren.
Weimann (Beuthen).

Trostler, I. S.: Menopause following a single application of Roentgen rays to the head. A ridiculously assumed conclusion. (Menopause auf eine einzige Röntgenverabfolgung auf den Kopf folgend.) *Radiology* 18, 1133—1134 (1932).

Gelegentlich der Aufstellung eines second-hand-Röntgenapparates bei einem Arzt wurde von dem Agenten eine Kopfröntgenaufnahme an der Röntgenassistentin gemacht (3 Filme nacheinander, Focuspunkt: Occipitallappen, nach Aussage des Angeklagten schätzungsweise 580 mA/sec, nach Aussage eines Zeugen war die Entfernung geringer, die Dauer länger). Die Assistentin bekam einige Tage später chronische Kopfschmerzen, Akkommodationsstörungen des rechten Auges, eine Affektion des Augenlides sowie Menopause (Alter 36 Jahre). Das Urteil fiel zu ihren Gunsten aus und wurde vom höchsten Gerichtshof in Iowa bestätigt. Der Gerichtshof hielt den kausalen Zusammenhang für erwiesen. Außerdem hatte die Klägerin in einer Ausdehnung von 4 Zollquadrat ihr Haar verloren. Das Gerichtsurteil stützte sich auf den Sachverständigen Heagy, der eine durch Zirkulationsveränderungen bedingte Schädigung des 3. Hirnnerven annahm, der gerade im Bereich der Focusstrahlen entspringe, sowie auf das Urteil des Internisten W. Heagy, der bei der eingenommenen Stellung ein Eindringen der Strahlen für gegeben erachtete.
Cordua (Hamburg).^o

Grosse-Oetringhaus: Ein Beitrag zum „elektrischen Unfall“ bei der Elektrotherapie. *Dtsch. med. Wschr.* 1932 II, 1248.

Verf. beschreibt einen Fall von Stromschädigung am schlafenden Patienten, die durch Loslösung eines falsch konstruierten Steckkontaktes am Kopflichtbad verursacht wurde. An dem Apparat, der in seiner Bauart den üblichen Typ vorstellte, befindet sich eine Steckdose zur Aufnahme der Stromzuleitung. Das Zuführungskabel ist dementsprechend mit einem Stecker mit freiliegenden, stromführenden Polen versehen. Nach der unbeabsichtigten Lösung des Kontaktes rollte der stromführende Stecker an das Ohr des Schlafenden und brachte eine Verbrennung hervor. Verf. warnt vor dieser fahrlässigen Konstruktionsweise an Kopflichtbädern usw.; unlösliches Kabel bzw. umgekehrte Verwendung von Dose und Stecker sind anzuwenden.
K. Kroner (Berlin).^o

Rhenisch, H.: Die Oxydation der Elektrode als Ursache schwerer Verbrennung bei chirurgischer Diathermie. (*Chir. Klin., Univ. Freiburg i. Br.*) *Zbl. Chir.* 1932, 1860—1864.

Zur Operation eines Mamma-Carcinoms bei einer 56jährigen Patientin, die etwa eine Viertelstunde dauerte, wurde als inaktiver Pol eine Metallgitterelektrode von zweimal 10 × 14 cm Oberfläche benutzt. Nach der Operation wurde eine über die ganze Ausdehnung der Elektroden sich erstreckende, 1 cm tiefe Koagulation der Oberschenkelhaut festgestellt. Untersuchungen ergaben, daß die bis dahin bei 20 größeren Operationen einwandfrei arbeitende Elektrode an ihrer Oberfläche nunmehr von einer kaum sichtbaren Oxydationsschicht überzogen war.

Es wird vor dem Gebrauch von Metallgitterelektroden gewarnt. Ergebnisse experimenteller Untersuchungen von blanken Elektrodenflächen einerseits und oxydierten andererseits in bezug auf ihre Leitfähigkeit werden bekanntgegeben. *Wucherpfeffennig*.^o

● **Kersten, Otto: Der behandelnde Arzt als Zeuge im Spruchverfahren der Sozialversicherung und der Reichsversorgung.** München: J. F. Lehmann 1932. 119 S. RM. 3.—.

Ein in der Sozialversicherung offenbar sehr erfahrener, für medizinische und insbesondere Gutachterfragen außergewöhnlich verständnisvoller Jurist versucht in der höchst lesenswerten Schrift, Mittel und Wege zu finden, um das Attestunwesen im Spruchverfahren der Versicherungsämter, Berufsgenossenschaften und der Reichsversorgungsämter zu beseitigen. Unter voller Würdigung der individuellen Situation des Rentenbewerbers und seines behandelnden Arztes legt er die Wurzeln dieses Übels bloß. Dabei berührt es äußerst angenehm, daß der Verf. als Jurist niemals einseitig den attestierenden Ärzten allein die Schuld gibt, sondern für deren Nöte tiefes Verstehen aufbringt, wenn er auch mit allem Freimut die unleugbaren Mißstände kennzeichnet und mit Tatsachenmaterial belegt. Dieses hat der Verf. nicht nur aus den Akten gesammelt, sondern im wesentlichen durch Rundfragen unter der Ärzteschaft selbst gewonnen. Darunter finden sich treffende Äußerungen und Beispiele dafür, wie sehr die meisten Ärzte selbst den gegenwärtigen Zustand als unwürdig und unhaltbar ansehen. Daß der Verf. zu dem Schluß kommt, daß das Gefälligkeitsattest, welches sich der Patient zur Verfechtung irgendeines Rentenanspruchs von seinem Arzt geben läßt, für die Urteilsfindung der Spruchkammern so gut wie immer wertlos ist, wird keinen als Gutachter

tätigen Arzt in Erstaunen versetzen. Kersten versucht nun durchaus nicht, den behandelnden Arzt als Gewährsmann völlig auszuschalten, sondern ihn so in den Rahmen der ganzen Beweiserhebung des Spruchverfahrens einzugliedern, daß er mit seinen tatsächlichen Wahrnehmungen und Feststellungen der Wahrheitsfindung dient und dabei gleichzeitig von der Konfliktsituation, ein privates Gefälligkeitsattest auszustellen oder einen Patienten zu verlieren, befreit wird. Der behandelnde Arzt, und zwar nicht nur derjenige, der von dem Patienten um ein Attest angegangen wird, sondern möglichst jeder, der den Versicherten untersucht und behandelt hat, soll frei von irgendeiner Rücksicht auf seine Praxis, d. h. also in vertraulicher Vernehmung bzw. schriftlicher Schilderung, unter seinem Eide als Zeuge gehört werden. Im allgemeinen hält K. folgenden Weg für den gegebenen:

Der behandelnde Arzt wird formell als sachverständiger Zeuge geladen, wobei es ihm freigestellt wird, entsprechend der Zivilprozeßordnung seine Aussagen dem Gericht schriftlich einzureichen unter eidesstattlicher Versicherung ihrer Richtigkeit. Ein persönliches Erscheinen des Arztes ist also im allgemeinen überflüssig. Über das Thema der Aussage wird der Arzt eingehend schriftlich informiert. Damit er sich nicht mit allgemeinen Wendungen begnügt und Urteile statt Beobachtungen und Befunden bringt, wird dem Arzt ein Fragebogen zur Ausfüllung eingesandt, der dem jeweiligen Fall angepaßt ist. Die schriftliche oder mündliche Aussage des Arztes kann nötigenfalls durch Strafen erzwungen werden. Die Gebühren für solche ärztlichen Berichte werden nach dem mutmaßlichen Zeitaufwand, den sie erfordern, festgesetzt. Verf. beleuchtet diesen Vorschlag von allen Seiten und illustriert ihn durch gut ausgearbeitete Formulare. Bemerkenswert ist es, daß nach seinen Erfahrungen diese Art der Ermittlungstätigkeit sich in Freiburg i. Br. im Laufe von 15000 schriftlichen ärztlichen Zeugenaussagen recht gut bewährt hat.

Wiethold (Berlin).

Das Ärztegesetz. III u. IV. Ugeskr. Laeg. 1932, 667—671 u. 694—700 [Dänisch].

Vorschlag eines neuen Ärztegesetzes, das einstweilen von der zweiten Kammer des dänischen Reichstags angenommen worden ist. Das Gesetz enthält ausführliche Vorschriften bezüglich des Rechts auf *Venia practicandi*, der Obliegenheiten des Arztes den Patienten und Behörden gegenüber, der Gebühr, der Oberaufsicht des Staates und der Verantwortlichkeit ebenso wie bezüglich Verhinderung von Kurfuscherei.

Einar Sjövall (Lund).

Ebermayer: Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Dtsch. med. Wschr. 1932 I, 897—899, 1018—1019 u. 1100—1101.

Im Falle einer Bluttransfusion, die bei einem Versicherten im Krankenhaus vorgenommen wird, muß die Krankenkasse das dem Spender zugesagte Entgelt zahlen, es sei denn, daß die Krankenkasse dem Krankenhaus gegenüber ihre Krankenpflegepflicht durch eine Pauschalsumme abgegolten hat. Nach § 367 Nr. 3 StGB. wird bestraft, wer ohne polizeiliche Erlaubnis Gift oder Arzneien, soweit der Handel mit diesen nicht freigegeben ist, zubereitet, feilhält oder sonst an andere überläßt. Ähnlich § 405 des amtlichen Entwurfes. Hiernach wird gefragt, ob pharmazeutische Firmen berechtigt sind, Ärztemuster unverlangt abzugeben, und ob die Ärzte berechtigt sind, solche Proben an ihre Kranken abzugeben. Ebermayer ist geneigt, beide Fragen zu bejahen. Die Interessen der Apotheker dürften kaum geschädigt werden, da der Absatz der Mittel durch die Erprobung an Kranken gefördert werde. Gewünscht wird wenigstens ein entsprechender Hinweis in der Begründung zu § 405.

Giése (Jena).

Schumacher, Willy: Ärztevereinsbeschlüsse, nach welchen das ärztliche Vereinsmitglied bestraft werden soll, wenn es weit über das Durchschnittsmaß hinaus Kassenkranke für arbeitsunfähig erklärt, sind nicht sittenwidrig. Münch. med. Wschr. 1932 I, 1059—1060.

Nach dem Urteil des R.G. ist ein solcher Beschluß nicht sittenwidrig, wenn er von seinen Mitgliedern verlangt, die etwa bestehende Neigung, Kassenkranke für arbeitsunfähig zu erklären, zurückzudrängen, sobald die Anerkennung der Arbeitsunfähigkeit nicht auf wissenschaftlicher Überzeugung, sondern auf allzugroßer Nachsicht gegenüber dem Kranken beruht. Ob letztere Ursache vorlag, war Tatfrage, die das R.G. nicht nachzuprüfen hatte.

Giése (Jena).

Thies, Günther: Verkauf der ärztlichen Praxis. Jena: Diss. 1932. 73 S.

Es wird zwischen reinem Praxisverkauf und gemischtem Praxisverkauf unterschieden. Letzterer ist ein solcher, bei dem noch die Überlassung des Hauses bzw. der Praxisräume, des Instrumentariums usw. vereinbart ist. Die endgültige entgeltliche Übertragung an sich ist keine sittenwidrige Handlung, dagegen macht jede ausdrückliche oder stillschweigende Kon-

kurrenzklausele den Vertrag nach § 138 Abs. 1 BGB. nichtig. Ein Vertrag kann auch dann sittenwidrig sein, wenn der Kaufpreis so hoch bemessen ist, daß der Käufer unter Außerachtlassung der Interessen seiner Patienten sein Augenmerk vor allem auf die Erzielung möglichst hoher Einnahmen richten muß. Die Dissertation stützt sich auf eine große Reihe von obergerichtlichen Urteilen und orientiert ausgezeichnet über den fraglichen Stoff. *Giese.*

Rose-Erkrankte sind von Operierten und Patienten mit offenen Wunden wegen Ansteckungsgefahr zu isolieren. Urteil des Reichsgerichts v. 22. III. 1932 — III 283/31. Rechtsprechg u. Med. Gesetzgeb (Sonderbeil. d. Z. Med.beamte 45) 45, 25—26 (1932).

Ein an Knochentuberkulose Leidender, der am rechten Kniegelenk eine offene Wunde hatte, war auf Veranlassung des RVG. zur Begutachtung auf eine Ohrenstation aufgenommen worden, auf der wenige Betten von ihm entfernt ein an Gesichtrose Erkrankter lag. Am Abend des 12. XI. hat die diensttuende Schwester sich zunächst mit dem Rosekranken befaßt und danach den Tbc.-Kranken verbunden. Dieser wurde am 13. XI. entlassen, erkrankte aber am 16. XI. an Rose, die von der Kniewunde ausgegangen war. Er klagte gegen den Staat auf Haftung. Die Krankenschwester schied aus, weil sie sich nach der Betreuung des Rosekranken ordnungsgemäß desinfiziert hatte. LG. und OLG. verneinten die Haftung des Staates, das RG. verwies auf Revision zurück an das OLG. Dieses war einem Gutachten von Anschütz gefolgt, nach welchem die Frage, ob an Rose Erkrankte zum Schutze anderer zu isolieren seien, wissenschaftlich noch umstritten sei. Das RG. hält jedoch bei Zweifel über das Maß der anzuwendenden Vorsicht für notwendig, den strengeren Maßstab anzulegen. Ferner war das OLG. dem Gutachter darin gefolgt, daß es nur die Möglichkeit oder eine gewisse Wahrscheinlichkeit der Ansteckung annahm, nicht aber eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit. Für die Annahme einer solchen hätte der Kläger besondere Umstände nachweisen müssen. Auch hierin folgte das RG. dem OLG. nicht; nicht der Kläger habe die Abwesenheit besonderer Umstände darzutun, welche einen vom regelmäßigen Gang der Dinge abweichenden Verlauf des Geschehens ergeben, sondern der Beklagte. Der Kläger wollte schon bei der Entlassung körperliches Unbehagen gespürt haben, nach 3 Tagen war die Rose im vollen Gange. *Giese (Jena).*

Perreau, E.-H.: Exercice illégal de la médecine par appareils automatiques. (Un-gesetzliche Ausübung der Medizin mit automatischen Apparaten.) Paris méd. 1932 II, Nr 27, I—II.

Als ungesetzliche Ausübung wird unter anderem sogar der Versand von Broschüren, die Heilmittel und ihre Anwendung anzeigen, betrachtet. Ungesetzlich ist auch die Abgabe von Brillen zum Ausprobieren, selbstverständlich die Empfehlung und der Verkauf von bestimmten Brillen, ohne ärztliches Rezept, wie überhaupt aller Artikel, die nicht ausschließlich der einfachen Körperpflege dienen. — Es werden zahlreiche Gerichtsentscheidungen angeführt. *Kappus (Göttingen).*

Steinmeister, v.: Ein Beitrag zur Bekämpfung des Kurpfuschertums. Z. Med.beamte 45, 334—337 (1932).

Der Vorsitzende im Verbands Deutscher Fabrikanten von Hochfrequenzapparaten hat sich in einer an den Volkswirtschaftlichen Ausschuß des Reichstages gerichteten Schrift für den Verkauf solcher Apparate im Umherziehen eingesetzt. Diesem Verlangen gegenüber hat das Pr. OVG. in seinem Urteil vom 12. V. 1932 entschieden, daß mit dem Vertrieb solcher Apparate unweigerlich eine Ausübung der Heilkunde im Umherziehen verknüpft sein müsse, denn der Käufer wolle nicht bloß über die Technik der Anwendung unterrichtet sein, sondern auch wissen, bei welchen Krankheiten eine solche Anwendung von Erfolg sei. Es sei deshalb unausbleiblich, daß Fragen der Gesundheit erörtert werden. Solche Tätigkeit stellt sich als Ausübung der Heilkunde dar. *Giese (Jena).*

Die Führung eines ordnungsgemäß erworbenen nicht medizinischen Professor-titels ohne nähere Angabe seiner Sonderart auf den Schildern und in der Propaganda eines künstlerisch-chirurgischen Instituts ist als unzulässige Beilegung eines arzttähnlichen Titels anzusehen. (Entscheidung des Kammergerichts vom 1. II. 1932. Aktenzeichen III S. 127. 31.) Pharmaz. Z. 1932 I, 635.

Ein Heilkundiger, dem von einem mitteldeutschen Fürsten der Professortitel für Kunst verliehen war, betrieb in Berlin ein „künstlerisch-chirurgisches Institut“, in dem er von angestellten Ärzten kosmetische Operationen ausführen ließ. An seinen Schildern hatte er den Professorentitel ohne Hinweis auf dessen Sonderart angebracht. Er wurde vom LG. sowohl wegen Verstoßes gegen § 4 Ges. unl. Wettb. wie gegen § 147 Z. 3 RGO. (Beilegung arzttähnlichen Titels) bestraft, das KG. bestätigte das Urteil: Bedenkenfrei sei die Feststellung des LG., daß der Professorentitel den Glauben erwecke, er sei Prof. der Chirurgie, der besonders befähigt sei, kosmetische Operationen vorzunehmen. *Giese (Jena).*

● **Schumacher-Weber, Pia: Die Strafbarkeit bei der Behandlung von Geschlechtskrankheiten.** (Nach § 7 Geschl.-Krankh.-Ges.) (Veröff. Med.verw. Bd. 37, H. 5.) Berlin: Richard Schoetz 1932. 114 S. RM. 4.80.

In § 7 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, sind verschiedene Verbote enthalten; Zuwiderhandlungen gegen dieselben sind mit Strafe belegt. Am wichtigsten ist das Verbot der Behandlung von Geschlechtskrankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane durch Personen, die nicht für das Deutsche Reich approbierte Ärzte sind, d. h. die teilweise Aufhebung der seit 1869 in Deutschland bestehenden Kurierfreiheit, ferner die Fernbehandlung, sowie die Raterteilung zur Selbstbehandlung durch Vorträge, Schriften usw. Schließlich ist dem Arzt verboten, sich in unlauterer Weise zur Behandlung der erwähnten Krankheiten zu erbieten. — Unter sorgfältigster Heranziehung der wissenschaftlichen Literatur sowie der Rechtsprechung erläutert Verf. die für die Anwendung des Gesetzes wichtigen Begriffsbestimmungen. Hervorzuheben ist dabei, daß nach der herrschenden Ansicht auch das ganze Gebiet der Frauenkrankheiten unter das Verbot der Behandlung durch andere als deutsche Ärzte fällt, jedoch nicht die Schwangerschaft und der Geburtsvorgang. Unter „behandeln“ ist nach der überwiegenden Lehrmeinung und auch nach der Stellungnahme des Reichsgerichts jede Art der ärztlichen Betätigung von der Untersuchung an zu verstehen. Daraus ergibt sich u. a., daß selbst ausländische Autoritäten, die die Untersuchung wegen eines Frauenleidens selbständig, d. h. nicht unter Leitung eines in Deutschland approbierten Arztes, vornehmen, sich strafbar machen. Für Grenzländer (Österreich, Schweiz, Belgien, Luxemburg) bestehen vertragliche Ausnahmeregelungen mit dem Reich. Die Fernbehandlung, d. h. Behandlung ohne persönliche Untersuchung des Erkrankten ist auch den Ärzten verboten. Was „sich in unlauterer Weise zur Behandlung erbieten“ bedeutet, bestimmt sich nicht nur nach ärztlichen Standesbegriffen, sondern auch nach allgemeinerrechtlichen Gesichtspunkten.

Die Ausführungen der Verf. über Strafbarkeit, die strafbaren Handlungen, die Teilnahmeformen und das Verhältnis der einzelnen Straftatbestände des § 7 untereinander sowie zu anderen Straftatbeständen des Strafgesetzbuches und anderer Strafgesetze sind mehr von juristischem Interesse.

Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß das Gesetz Lücken lasse, welche die beabsichtigte Aufhebung der Kurierfreiheit für die in Frage stehenden Erkrankungen gefährden. Sie tritt daher für ein allgemeines Kurpfuschereiverbot ein, wie es im österreichischen Strafgesetzbuch enthalten ist, leider in dem Entwurf für das neue deutsche Strafgesetzbuch fehlt.

Alfred Eliassow (Frankfurt/M.).

Schumacher, Willy: Durch einen geschlossenen Vergleich sind nicht immer sämtliche Ansprüche des durch ärztlichen Kunstfehler Verletzten ausgeschlossen! Münch. med. Wschr. 1932 II, 1303.

Ein Kranker, der in einem Krankenkassenambulatorium eine die Harnröhre stark verätzende Einspritzung erhalten hatte und deswegen längere Zeit in klinischer Behandlung war, hatte nach deren Abschluß einen Vergleich geschlossen, daß gegen Zahlung von 1700 RM. alle Ansprüche auch für die Zukunft abgefunden sein sollten. Später trat erhebliche Verschlimmerung auf, wegen der erneut Ansprüche auf Rente, Schmerzensgeld usw. gestellt wurden. Das ablehnende Urteil des OLG. wurde auf Revision vom RG. aufgehoben und die Klage zu erneuter Verhandlung zurückverwiesen. Das RG. geht davon aus, daß sich beide Parteien bei dem Abschluß der Vergleichsverhandlungen ein gewisses Bild der möglichen Unfallfolgen gemacht haben. Was aber völlig außerhalb dieser Vorstellung lag und liegen mußte, war trotz seines umfassenden Wortlautes nicht ohne weiteres Gegenstand des Vergleichs. Das Berufungsgericht ist insoweit nicht gehindert, auf einen nur begrenzten Vergleichswillen zu schließen.

Grese (Jena).

Schumacher, Willy: Strafbarkeit des Arztes wegen fahrlässiger Tötung bei nicht richtiger Bewertung erkennbarer Krankheitszeichen. Münch. med. Wschr. 1932 II, 1302—1303.

Ein Arzt hatte abends einen durch Hufschlag gegen den Leib Verletzten in Behandlung genommen. Am folgenden Morgen findet er Erbrechen, Stuhlverhaltung und Schmerzen, unterläßt aber, den Kranken sofortiger Operation zuzuführen; Tod an Bauchfellentzündung.

Das LG. hielt den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unterlassung und Tod für gegeben, da der Kranke, wenn innerhalb der ersten 24 Stunden operiert, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gerettet worden wäre. Nach dem RG., das das Urteil bestätigte, bedurfte es nicht einer Feststellung, daß die Rettung oder wenigstens Verlängerung des Lebens unbedingt eingetreten wäre. *Giese (Jena).*

Schumacher, Willy: Haftet der Arzt auch dann für einen begangenen Kunstfehler, wenn er bei einem Unglücksfall die Behandlung unentgeltlich übernommen hat? Münch. med. Wschr. 1932 II, 1463.

Diese Frage hat das RG. bejaht. Der beklagte Arzt hatte eingewendet, daß er um dessen willen nicht hafte, weil die unentgeltliche Behandlung eine Schenkung im Sinne der §§ 516 ff. BGB. darstelle, so daß er nach § 521 BGB. nur Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit zu vertreten habe, die aber hier nicht gegeben seien. Mit der Übernahme der Behandlung hat der Arzt in den ursächlichen Zusammenhang eingegriffen und war deshalb zur Ausübung positiver Tätigkeit verbunden. Eine Schenkung lag deshalb nicht vor, weil es an einer Vermögensminderung fehlt. *Giese (Jena).*

Lorenz: Haftet der Arzt für das Abhandenkommen der Garderobe seiner Patienten? Dtsch. med. Wschr. 1932 II, 1451.

Um Fahrlässigkeit zu vermeiden, muß der Arzt dafür sorgen, die Flurtür verschlossen zu halten und wie sonst dürfen auch während der Sprechstunden die Patienten nur auf vorheriges Läuten Einlaß finden; dann haftet der Arzt nie, falls aus dem Vorraum Kleidungsstücke abhanden kommen. — Der Arzt haftet also nur dann, wenn er fahrlässigerweise die Eingangstür während der Sprechstunde, etwa durch ein angebrachtes Lederkissen offenhält und nicht die deutliche Anordnung trifft, die Kleidungsstücke bis in das Behandlungszimmer mitzunehmen. Andernfalls würde die Haftpflicht des Arztes auch nicht durch einen Aushang abgewendet werden, in dem er die Haftung für abgegebene Garderobe ablehnt. Falls Kleidungsstücke abhanden kommen, lasse sich der Arzt auch aus Bedauern nicht dazu verleiten, den betroffenen Patienten damit zu trösten, daß er ja gegen Haftpflicht versichert sei, denn die Gesellschaft haftet nur dann, wenn der Arzt selber haften müßte. *Lochte (Göttingen).*

Schumacher, Willy: Wichtiges Urteil des Landgerichts I Berlin zur Frage der Garderobehaftung. Münch. med. Wschr. 1932 II, 1261.

Während das RG. früher entschieden hat, daß der Arzt für die von einem Kranken in den Räumen des Arztes abgelegten Kleidungsstücke nicht hafte, hat das LG. einen anderen Standpunkt eingenommen. Im Vorraum des Büros eines Rechtsanwaltes war einem Klienten ein Mantel abhanden gekommen. Da die Praxis in einem Bürohaus ausgeübt wurde, konnte der Klient durch die unverschlossene Tür in den Vorraum gelangen, wo die Kleiderablage war. Das Verschulden des Anwaltes wurde darin gesehen, daß er den Besucher auf diesen Umstand nicht aufmerksam gemacht hat. Das LG. stellte aber ein Mitverschulden des Klägers fest, dem Bedenken hätten aufsteigen müssen über den Umstand, daß die Tür unverschlossen war. *Giese (Jena).*

Schumacher, Willy: Der einer notwendigen Schwangerschaftsunterbrechung widersprechende Ehemann haftet in jedem Falle für die Operationskosten. Münch. med. Wschr. 1932 I, 1059.

Ein Arzt hatte bei einer Frau, die an schwerer Tuberkulose litt, trotz Widerspruchs des Ehemannes die Schwangerschaft unterbrochen und klagte gegen den Ehemann auf Zahlung der Operationskosten. Das AG. und LG. verurteilten zur Zahlung. Aus der Begründung: Der Ehemann haftet zwar nicht aus Vertrag, weil er seine Zustimmung zur Operation verweigert hat, aber aus Geschäftsführung ohne Auftrag. Der Wille des Ehemannes ist nach § 679 BGB. unerheblich, wenn es sich um die Erfüllung einer gesetzlichen Unterhaltspflicht handelt. Eine solche lag hier vor, da es sich um einen zur Erhaltung des Lebens der Frau notwendigen Eingriff gehandelt hat. *Giese (Jena).*

Pusch: Störungen des Rundfunks durch die in der ärztlichen und zahnärztlichen Praxis verwandten elektromotorischen Anlagen. (*Ministerium f. Volkswohlfahrt, Berlin.*) Volkswohlf. 13, 796—799 (1932).

Störungen des Rundfunks kommen auf verschiedene Weise zustande (Gewitter, Betrieb von Elektromotoren, z. B. Fahrstühle, elektrische Straßenbahnen, gewerbliche Anlagen). Neuerdings findet der elektrische Strom ausgedehnte Verwendung zum Be-

triebe elektrischer ärztlicher und zahnärztlicher Apparate. Bei vielbeschäftigten Zahnärzten nehmen die Störungen für die Umgebung einen beträchtlichen Umfang an. Es wirken nicht die von Bohrmaschinen ausgehenden Geräusche lästig, sondern die von dem Motor ausgehenden Ströme. Die Rundfunkhörer setzen sich gegen diese Störungen zur Wehr. Die Zahnärzte haben sich nun vor Jahresfrist an den Herrn Minister für Volkswohlfahrt gewendet und darauf hingewiesen, daß 1. die Rechtsprechung auf diesem Gebiete nicht einheitlich ist; 2. daß die technische Beseitigung der Rundfunkstörungen noch in voller Entwicklung ist; 3. die Störungsschutzvorrichtungen besitzen für den Zahnarzt noch keine volle Brauchbarkeit und Betriebsicherheit. Die Einschaltung des Störungsschutzmittels kann durch Kurzschluß zu einer Gefahr für Zahnarzt und Patient werden. 4. Es erscheint unbillig, nur einer Seite — nämlich den Zahnärzten — die Kosten für im Effekt zweifelhafte Schutzvorrichtungen aufzuerlegen; besonders bedenklich ist die Frage der Gefährdungshaftung, die kein Zahnarzt gewillt sein wird, zu übernehmen; wenn der Rundfunkhörer die Haftung übernimmt, ist damit nicht viel gewonnen, weil zweifelhaft bleibt, ob der Betreffende im Schadensfalle in der Lage ist, für die übernommene Haftung einzustehen. Da eine befriedigende Lösung dieser Fragen im Wege des Rechtsstreites kaum herbeigeführt werden kann und an dem Fragenkomplex mehrere Ressorts beteiligt sind, wird man versuchen müssen, auf anderem Wege eine Lösung zu finden. Nach schwierigen Verhandlungen sind nun die Vereinigung der Elektrizitätswerke und die Reichsrundfunkgesellschaft dahin übereingekommen, daß das Störproblem im Rundfunk auf technisch-wirtschaftlichem Wege gelöst werden soll. Beide Teile sind sich darüber einig, daß zur gründlichen Bekämpfung der Störungen sowohl an den störenden elektrischen Anlagen wie an den Rundfunkempfangsanlagen das Möglichste geschehen muß. Welche Mittel im Einzelfalle anzuwenden sind, kann nur örtlich von Fall zu Fall entschieden werden . . . Wird ein gütlicher Ausgleich hierbei nicht erzielt, so sind die zentralen Stellen mit der Angelegenheit zu befassen, um einen unfruchtbaren Rechtsstreit nach Möglichkeit zu vermeiden.

Lochte (Göttingen).

Versicherungsrechtliche Medizin.

● **Die ärztliche Begutachtung in der Krankenversicherung.** Hrsg. v. **Helmut Lehmann und Eduard Mosbacher.** Berlin-Charlottenburg: Verl. f. Sozialmed. G. m. b. H. 1932. 376 S. geb. RM. 3.75.

Verf. beschränkt sich in seiner Schriftenreihe auf die Begutachtungsfragen der Krankenversicherung, und zwar im wesentlichen unter dem Blickfelde der *Therapia oeconomica*, und versucht darzulegen, wie unter Berücksichtigung des Notwendigen, aber unter Vermeidung des Überflüssigen das Ausreichende geschehen kann. Er bespricht zunächst die Begriffe der Krankheit, des Gebrechens, der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, Erwerbsbehinderung und dann die Leistungen der Krankenkasse. In einem weiteren Abschnitt erörtert **Lennhoff** Ärztliches zur Reichsversicherungsordnung, Unfall-, Invaliden- und Angestelltenversicherung, sowie die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei Erwerbslosen und die Einschaltung der Kriegsbeschädigten in die Krankenkasse. — **Fritz Okrass** bringt ausgewählte Kapitel aus dem Krankenversicherungsrecht. — **Wichmann** (Hamburg) gibt eine Übersicht über die gesetzlichen Bestimmungen des vertrauensärztlichen Dienstes. — Auf wirtschaftliche Verordnungsweise wird von **Martin Hirschberg** (Berlin) an Hand zahlreicher Beispiele und Einzelheiten verwiesen. — Die Richtlinien des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen für die Anwendung elektrophysikalischer Heilmethoden werden von **Mosbacher** erläutert, während **Chajes** Gewerbehygiene und Berufskunde bespricht. — Der **Chefarzt der AOKK.** Berlin erörtert die Heilfürsorge in der deutschen Arbeiter- und Angestelltenversicherung. Die einzelnen Gebiete der Inneren Medizin werden dann von verschiedenen Fachärzten, ebenso wie die der Chirurgie und Orthopädie, der Frauenheilkunde, der Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie der Krampfaderleiden behandelt. — Die genannten Abschnitte sollen keineswegs ein Nürnberger Trichter für einwandfreie Gutachten auf dem Gebiete der Krankenversicherung sein, sondern haben lediglich die Aufgabe, Kassenärzte und Vertrauensärzte mit vielen sozialrechtlich, versicherungstechnisch und volkswirtschaftlich bedeutungsvollen Gebieten vertraut zu machen und ihnen ein Wegweiser zu werden, durch zweckmäßige und durch falsche Sparsamkeit nicht beeinträchtigte therapeutische Maßnahmen die Krankheitsursachen zu beseitigen.

Spiecker (Duisburg).