

nach der Entlassung die öffentliche Hilfe wieder in Anspruch nehmen oder der Allgemeinheit Kosten verursachen. Besondere Schwierigkeiten bereiteten die anomalen Zöglinge, für die ein Unterkommen meist nicht zu finden war. In diesen Fällen macht sich das Fehlen eines Bewahrungsgesetzes stark bemerkbar. Hinsichtlich der Neufassung des § 73 R.J.W.G. hat sich die Befürchtung, daß die Fürsorgeerziehungsbehörden sich mit seiner Hilfe aller Schwersterziehbaren entledigen würden, in keiner Weise bewahrheitet. Der Paragraph fand in weitaus überwiegender Zahl nur für Jugendliche mit erheblichen geistigen und seelischen Regelwidrigkeiten Anwendung, die bereits Insassen von Heil- und Pflegeanstalten oder Psychopathenheimen waren. Die Annahme, daß die Anwendung von § 63 Abs. 1 Nr 1 R.J.W.G. in der nächsten Zeit kaum sehr groß sein würde, hat sich bestätigt. Die Umstellung von Spät- auf Frühüberweisungen dürfte sich vielmehr erst allmählich vollziehen. Nach dem vorliegenden Material kommt Verf. zu der Ansicht, daß die Neuregelung der Fürsorgeerziehung den Bedürfnissen weitgehend entgegengekommen ist und in ihrer praktischen Auswirkung nicht nur eine finanzielle Entlastung mit sich bringt, sondern auch zu einer Steigerung des pädagogischen Erfolges führen wird. Es muß Ziel weiterer gesetzgeberischer Maßnahmen bleiben, daß den Minderjährigen, die aus der Fürsorgeerziehung ausscheiden müssen, ohne daß deren Zweck erreicht ist, der erforderliche Schutz gewährt wird.

Gregor (Karlsruhe).<sup>o</sup>

**Löffler, Hans: Entwicklung der offenen Fürsorge in Friedrichsberg.** (*Psychiatr. Univ.-Klin., Hamburg.*) Psychiatr.-neur. Wschr. 1933, 445—447.

Bericht über die Ergebnisse der von der Anstalt Friedrichsberg 1929 eingerichteten, zuerst von Glüh, dann von Löffler besorgten psychiatrischen Fürsorgeberatung in den zentralen Räumen der Gesundheitsfürsorgebehörde Hamburg, die sich bisher durchaus bewährt hat und deshalb noch weiter ausgebaut werden soll.

Hans Roemer (Illenau).<sup>o</sup>

### **Kunstfehler. Ärzterecht. Kurpfuscherei.**

**Wihtols, T.: Pathologisch-anatomische Veränderungen im Tierorganismus nach Avertinnarkose.** (Vorl. Mitt.) (*Chir. Univ.-Klin., Riga.*) Zbl. Chir. 1933, 2424—2428.

Das wesentliche Ergebnis ist, daß sehr charakteristische pathologische Veränderungen in der Nebenniere gefunden wurden, besonders nach chronischer Darreichung des Avertins. Diese Befunde bestanden in einer mäßigen oder starken Hyperämie in der Nebennierenrinde, in Blutungen in der peripheren und zentralen Schicht der Rinde, in einer vacuolären Degeneration der Drüsenzellen, in degenerativen Veränderungen der Zellen, wo die Kerne bis zur Karyorrhesis bzw. Karyolysis umgewandelt waren, oder fortschreitend zur Zellnekrose und schließlich zu Rundzelleninfiltraten der Drüse geführt hatten. Außerdem wurde mit dem Polarisationsmikroskop völliger Lipoidschwund bzw. Zusammenfließen der kleinen Fetttropfen zu großen festgestellt. Daneben zeigten viele andere Organe ebenfalls mehr oder weniger starke Veränderungen ihrer Gewebe. Die Nebenniere hat für die Entgiftung des Avertins und wohl auch vieler anderer schädlicher Stoffe im Organismus eine große Bedeutung und auch die bekannte Blutdrucksenkung bei Avertinnarkose ist nicht allein durch die Paralyse des Vasomotorenzentrums bedingt, sondern auch Störungen in der Funktion der Nebenniere haben hierbei ihren Anteil. Auch die starke Acidose nach Avertinnarkose steht wahrscheinlich mit den Störungen in der Funktion der Nebenniere bzw. Verminderung der Lipoide in Zusammenhang. Denn nach Exstirpation der Nebennieren findet man auch eine starke Acidose, die gewöhnlich in kürzerer oder längerer Zeit zum Tode führt. Verf. kommt auf Grund seiner Versuche zu dem Rat, vor jeder Avertinnarkose möglichst genau die Funktion der Stoffwechselorgane und der endokrinen Drüsen zu prüfen.

Bode (Bad Homburg).<sup>o</sup>

**Brown, Gilbert: A death under anaesthesia.** (Ein Anästhesietodesfall.) (*Adelaide Hosp., Adelaide.*) Brit. J. Anaesth. 11, 16—19 (1933).

Eine 27jährige Frau sollte wegen Basedow nach Vorbereitung mit Lugolscher Lösung in Avertinbasinarkose und Äthylen-Sauerstoffnarkose operiert werden. Sie erhielt ferner zur Vorbereitung 0,008 Morphium und 0,00032 Hyoscin. Etwa 30 Minuten nach Zufuhr

des Avertins (7 ccm in 268 ccm Aqua dest.), als der Katheter zur intratrachealen Narkose eingeführt worden war, plötzlich Atem- und Herzstillstand. Sauerstoffzufuhr, künstliche Atmung, Coramin intramuskulär, Adrenalin intrakardial, Laparatomie und Herzmassage durch das Zwerchfell, dann Fortsetzung der Herzmassage nach Incision des Zwerchfells, Coramin intravenös, 2 weitere intrakardiale Injektionen von Adrenalin, Mastdarmspülung waren ohne Erfolg. Exitus nach 1½ Stunden. Die für den unglücklichen Ausgang in Frage kommenden Momente werden kritisch besprochen, ohne daß aber eine eindeutige Klärung gelingt.

F. O. Mayer (Zwickau).

**Fiessinger, Noël, et M. Albeaux-Fernet: Ictère grave dû à une intoxication cinchophénique.** (Ein Fall von schwerem Ikterus nach Cinchophenvergiftung.) Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, III. s. 49, 1194—1199 (1933).

Eine Zusammenstellung der einschlägigen Arbeiten zeigt das verhältnismäßig häufige Vorkommen von Lebererkrankungen nach Cinchophengebrauch. Einzelbefunde an der erkrankten Leber werden von den Berichterstattem geschildert. Die Höhe der schädlichen bzw. tödlichen Cinchophendosis scheint sehr schwankend. — Die vorliegende Beobachtung zeichnet sich durch Klarheit des klinischen Verlaufs und der pathologisch-anatomischen Veränderungen aus.

64jährige Frau. Wochenlang tägliche Einnahme von Atophan. Seit 6 Wochen fieberloser Ikterus, zunehmende Müdigkeit, starke Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Somnolenz. Geringe Harnabsonderung, Albuminurie. Leber und Milz sind tastbar, druckschmerzhaft. Es besteht ein papulöses, juckendes Exanthem. — Koma. Exitus.

Insgesamt wurden innerhalb von 3 Monaten 50 g Atophan zugeführt. Die Sektion ergab ausgedehnte Lebernekrosen von ähnlicher Beschaffenheit, wie sie auch nach Einwirkung anderer leberschädigender Gifte bekannt geworden sind. E. Petri.

**Lehman, A. J., and P. J. Hanzlik: Cinchophen poisoning and liver injury.** (Atophanvergiftung und Leberschädigung.) (24. ann. meet. of the Americ. Soc. f. Pharmacol. a. Exp. Therapeut., Cincinnati, 10.—12. IV. 1933.) J. of Pharmacol. 48, 281—282 (1933).

Verfütterung von Atophan oder Neocinchophen an Ratten oder Injektion von Atophan bei Kaninchen, sowohl normalen als durch Phosphor oder Chloroform lebergeschädigten Tieren, gab negative Resultate hinsichtlich morphologischer oder funktioneller Änderungen der Leber. Wie bei anderen, fortgesetzt verabreichten Drogen kam es zu Wachstumshemmung und Gewichtsabnahme. Die Atophandosen waren dabei größer als die klinisch üblichen oder die bei Vergiftungen beobachteten. Experimentell konnte somit die klinisch vorkommende Atophan-Leberschädigung nicht erzeugt werden. H. Staub (Zürich).

**Bernard, Étienne, et A. Rossier: Sur la néphrite par les sels d'or.** (Über die Nephritis durch Goldsalze.) Paris méd. 1934, 28—32.

In dieser Arbeit geben die Verff. eine Übersicht über dieses Gebiet namentlich unter Berücksichtigung der Veröffentlichungen der letzten Zeit. Sie besprechen den Abbau der Goldsalze, das experimentelle Studium, den Mechanismus der beobachteten Störungen und die klinische Charakteristik. Wichtig ist die bereits 1926 von Léon Bernard aufgestellte Regel, keine neue Einspritzung von Goldnatriumthiosulfat zu verabreichen, bevor nicht alle Erscheinungen der vorhergehenden verschwunden sind. Sie beginnen dementsprechend mit 0,05 g und steigern die Menge jede Woche bis 0,20 g. Außerdem wird der Harn nach jedem Stich überwacht.

Wilke (Göttingen).

**Vuletić, Ante: Einige Erfahrungen über die toxischen Wirkungen des Neosalvarsans.** Med. Pregl. 8, 171—174 u. dtsh. Zusammenfassung 174 (1933) [Serbo-kroatisch].

In einer Reihe von über 100000 bei der Massenbehandlung endemischer Luiker verabreichter Neosalvarsaninjektionen mit mittlerer Dosis wurde die Lösung für 30 Patienten in einem Zylinder mit geringer Oxydationsfläche bereitet und innerhalb 15—20 Minuten appliziert, wobei niemals Zeichen einer erhöhten Toxicität der Lösung bemerkt wurden. Im ganzen wurden bloß 15 universelle Dermatitiden, häufiger fixe Exantheme beobachtet. Außerdem kam ein Fall von Purpura cerebri mit tödlichem Ausgang nach 0,45 Neosalvarsan bei 35jähriger Frau, ein Fall transitorischer beiderseitiger totaler Amaurose, ein Fall von Asthma bronchiale, das sich nach jeder, auch der geringsten, Dosis wiederholte, nachdem der erste Anfall nach der 5. Injektion auf-

trat; bei der ersten Injektion wurde etwas Salvarsan paravenös appliziert. Weiters kam zur Beobachtung ein Fall von Thrombose der Vena mediana cubiti nach regelrechter intravenöser Einspritzung von 0,45 Neosalvarsan. Ikterusfälle traten vereinzelt, 2mal in größeren Serien nach Wiederaufnahme einer infolge Schneesverwehungen durch 2½ Monate unterbrochenen Kur, welche Verf. als Hepatomonorezidiv auffaßt, da die Bevölkerung der fraglichen Gegend hauptsächlich von Maisbrot ohne Fettzusatz lebt. Paravenöse Infiltrate sensibilisieren, daher ist die Injektionstechnik von größter Wichtigkeit.

*Kornfeld (Zagreb).*

**Chavigny, Ch.: Une expertise médico-légale concernant un accident mortel imputé à la sérothérapie anti-diphthérique.** (Gerichtlich-medizinisches Gutachten über einen Todesfall nach antidiphtherischer Serumbehandlung.) (*Soc. de Méd.-Lég. de France, Paris, 10. VII. 1933.*) Ann. Méd. lég. etc. **13**, 504—506 (1933).

Verf. hatte ein Gutachten über die ärztliche Verantwortlichkeit in folgendem von Vonderraiht (Mülhausen) mitgeteilten Fall zu erstatten.

Ein 7½-jähriges Mädchen war an leichter Angina lacun. erkrankt. Da der Abstrich Diphtheriebacillen enthielt, wurden ihm trotz inzwischen eingetretener voller Genesung 5000 E. gereinigtes Diphtherieserum injiziert. 4 Stunden später setzte eine Serumkrankheit mit Erbrechen, Ödemen, Urticaria usw. ein, die nach 2 Tagen abklang. Aber 7 Tage danach zeigte sich schwere fortschreitende Diphtherie, die zu neuen Seruminjektionen zwang. Es wurden in Abständen von 1—2 Stunden 0,5 ccm, 2 ccm und 60 ccm gespritzt. Nach der letzten Spritze starke Herdreaktion an der Stichstelle, rascher Verfall unter Blutbrechen, Herzschwäche, die allen Mitteln trotzte. Tod etwa 20 Stunden nach der letzten Injektion. Von einer Obduktion wird nichts gesagt.

Die Sensibilisierung mußte erklärt werden durch das pferdeserumhaltige „Hämoplastyl“, von dem das Kind 4—6 Wochen vor seiner Erkrankung zur Kräftigung 12 Ampullen per os erhalten hatte. Die Injektionen fielen gerade in die Zeit der stärksten anaphylaktischen Reaktionsbereitschaft, die vom 20. Tage ab nach Richet beginnt. Die Gefahr, die die zunehmend zur Stärkung und zur Blutstillung gegebenen Pferdeserumpräparate mit sich bringen, muß mehr beachtet werden. Die Ärzte müssen von vornherein fraktioniert in ganz kleinen, langsam gesteigerten Dosen injizieren (Besredka). Auf das Gutachten hin wurde das Verfahren eingestellt. Im Mai 1933 hat auch Roux in der Pariser medizinischen Akademie bei anderer Gelegenheit die Überzeugung geäußert, daß die vermehrten Serumzwischenfälle auf die geradezu mißbräuchliche Verwendung des Pferdeserum zurückzuführen sind. *Fraenckel.*

**Nenci, Nerino: Sull'encefalite consecutiva alla vaccinazione antivaiolosa.** (Über die der Schutzpockenimpfung folgende Encephalitis.) Atti Accad. Sci. med. e natur. Ferrara, II. s. **9**, 25—30 (1933).

Zusammenfassende Darstellung dieser Impffolge. Zur Vermeidung der postvaccinalem E. empfiehlt Verf. tunlichst im 1. Lebensjahr zu impfen, ferner geschwächte oder neuropathisch belastete Individuen von der Impfung auszuschließen. Auch zu Zeiten von Influenza-, Encephalitis-, Poliomyelitisepidemien sollen Impfungen unterbleiben. Zur Behandlung empfiehlt Verf. Serum bereits geimpfter Menschen (z. B. der Eltern des Kindes). Im Hinblick auf die große Zahl der Schutzpockenimpfungen, welche alljährlich durchgeführt werden, ist die Zahl der postvaccinalem, zentralen Erkrankungen eine recht geringe.

*Jahnel (München).*

**Wernick, F.: Ein Todesfall nach Pockenimpfung.** Dtsch. med. Wschr. **1933 II**, 1434.

2½ Jahre altes, bisher nie krankes Kind, erkrankt 6 Tage nach der Impfung mit Stöhnen und Krämpfen. Am rechten Oberarm 4 linsengroße Impfpusteln mit kleinem roten Hof; entsprechende Drüsen nicht vergrößert. Temperatur 38,1° C. Pupillen reagieren nicht auf Licht. Kernig. Patellarreflexe nicht vorhanden. Auf starke Hautreize keine Reaktion. Konvulsionen bei der Untersuchung, die sich bald zu schwersten klonisch-tonischen Zuckungen steigern in der linken Hals-, der linken und rechten Oberarmmuskulatur, Bewußtlosigkeit; unter Andauern der Krämpfe nach 2 Stunden Exitus. Die Schädelsektion ergab ein starkes Ödem der Hirnhäute und beginnende Meningitis; letztere wird als Todesursache angesprochen.

*E. Paschen (Hamburg).*

**Bentivoglio, Gian Carlo: Sindromi encefalo-mielitiche para- o post-vaccinali.** (Contributo clinico e note critiche.) (Para- oder postvaccinale encephalo-myelitische

Syndrome. [Klinischer Beitrag und kritische Bemerkungen.] (*Istit. di Clin. Pediatr., Univ., Roma ed Istit. di Clin. Pediatr., Univ., Sassari.*) Arch. ital. Pediatr. **1**, 517 bis 572 (1933).

Nach einem Überblick über die Kasuistik der para- oder postvaccinalen nervösen Syndrome (encephalitische, myelitische und andere Gruppen), die in den letzten Jahren zur Veröffentlichung gelangte, werden 3 in Rom beobachtete Fälle mitgeteilt. In einem Falle, ein 16 Monate altes, vor 8 Tagen geimpftes Kind betreffend, handelte es sich um eine diffuse Encephalitis mit Beteiligung des Facialis der einen und der Extremitäten der anderen Seite, von mehr als 1 monatiger Dauer und einem Restherd in der Brücke. In den beiden anderen Fällen handelte es sich um typische Poliomyelitis bei einem 11 Monate alten Kinde, 8 Tage nach der Impfung, bei einem 14 Monate alten Kinde, 13 Tage post vaccinationem auftretend. Es wird der Annahme einer Neuroparallergie (Keller) Gefolgschaft geleistet, wenn auch ihre rein theoretische Begründung betont wird. Neurath (Wien).<sup>o</sup>

**Bock, Harald: Ein Fall von wahrscheinlicher Impflähmung nach Tollwutschutzbehandlung und kritische Bemerkungen zur Frage der Impfschädigungen.** (*Wutschutzabt., Hyg. Inst., Univ. Breslau.*) Zbl. Bakter. I Orig. **129**, 43—50 (1933).

Es wird ein Fall von Lähmungen mitgeteilt, die im Anschluß an die Wutschutzimpfung mit durch Phenol abgetötetem Virus aufgetreten sind. Als Ursache der Komplikationen wird ein Endotoxin des Lyssa-Erregers oder ein Bestandteil des Kaninchengehirns angeschuldigt. Dazu scheint eine besondere Disposition des Gehirns der Impflinge zu kommen (Überanstrengung, nervöse Erschöpfung, Lues, Alkoholismus). Die Notwendigkeit sorgfältigster Indikationsstellung und guter klinischer Überwachung wird betont und die Zentralisierung der Impfung in bestimmten Impfinstituten gefordert. Beller (Berlin).<sup>oo</sup>

**Guthrie, Donald, and Raymond L. Evans: The dangers of air embolism in thyroidectomy.** (Die Gefahren der Luftembolie bei Entfernung der Schilddrüse.) (*Guthrie Clin., Sayre, Penn.*) West. J. Surg. etc. **41**, 497—506 (1933).

Die Gefahr der Luftembolie ist besonders bei Operationen am Halse (Strumen) gegeben. Die Luftembolie erklärt einen plötzlichen Tod während oder nach solchen Operationen, wobei die angesaugte Luftmenge bei geschädigtem Herzen nicht groß sein muß, um den Tod zu bewirken. So geringe Mengen erzeugen dann auch kein hörbares Geräusch. Bei Atemstillstand muß sofort künstliche Atmung einsetzen und fortgesetzt werden, solange das Herz weiterschlägt. Eine intrakardiale Adrenalininjektion kann sehr wertvoll sein. Die beste Behandlung ist die Verhütung. Breitenecker (Wien).

**Frei, Jos.: Luftembolie bei Extrauterin gravidität.** (*Geburtsh.-Gynäkol. Abt., Kant. Krankenanst., Aarau.*) Zbl. Gynäk. **1933**, 2201—2203.

26jährige Frau wird wegen Verdacht auf Extrauterin gravidität laparotomiert. Doppel- faustgroßer, von der rechten Seite ausgehender Tumor, der mit Netz, Dünndarm, Coecum, Uterus und Peritoneum stark verklebt ist. Tumor wird ausgeschält, dabei treten Blutungen aus den verschiedensten Adhäsionsstellen auf; ein 18 cm langer Fet findet sich im Tumor, Peritonealisierung. Bei der Wundrevision wird Patientin plötzlich blaß, Puls schlecht und schnell, Atmung erst beschleunigt, dann langsamer, zuletzt Luft hunger. 30 Minuten post. op. Exitus trotz Cardiaca und üblicher Therapie. — Sektion 30 Minuten später: protrahierte Luftembolie des Herzens, der Lunge und des Gehirns. Das rechte Herz ist besonders im Vorhofabschnitt aufgetrieben, es entweichen beim Aufschneiden unter Wasser Luftblasen. Im Hirnlängssinus und in den Piavenenstämmen hellrotes, schaumiges Blut. Epikrise: Tod an protrahierter Luftembolie bei Operation wegen Extrauterin gravidität mens 4—5 bei lebender Frucht. H. Kirchhoff (Kiel).<sup>oo</sup>

**Krauss, Fritz: Zur Kasuistik der tödlichen Lungenembolien nach Krampfaderverödung durch Zuckerlösung.** (*Chir. Abt., Städt. Krankenh., Amberg [Oberpfalz].*) Zbl. Chir. **1933**, 2126—2127.

Es wird über einen Fall berichtet, bei dem nach Krampfaderverödung durch Varikosomen, eine konzentrierte Zuckerlösung, 21 Tage post injectionem eine tödliche Lungenembolie beobachtet wurde. Auch pathologisch-anatomisch wurde diese Todesursache gesichert. Der Verf. betont mit Recht, daß Kochsalzlösung wegen des festeren Haftens der Thromben solche Fehlschläge nicht erwarten läßt. Vohwinkel (Tübingen).<sup>oo</sup>

**Többen, H.: Die Stellung des Arztes im Standesrecht.** (*Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Münster i. W.*) *Med. Welt* 1933, 1293—1295, 1333—1335, 1365—1366 u. 1435—1437.

Verf. sieht bei seiner Arbeit von einer Diskussion der geplanten Gesetzesmaßnahmen ab, legt vielmehr aus der historischen Entwicklung der bisherigen Rechtslage und aus einem Vergleich besonders wichtiger Entscheidungen des Preußischen Ehrengerichtshofes für Ärzte mit den Grundsätzen, wie sie in dem sog. Ehrenkodex, der Standesordnung für die deutschen Ärzte von 1926, festgelegt sind, die Notwendigkeit der bevorstehenden Kodifizierung dar. Die Arbeit ist nach folgenden Gesichtspunkten aufgebaut: 1. Die bisherige Stellung des Arztes zum Recht. 2. Vergleich der aus der Standesordnung für die deutschen Ärzte sich ergebenden Richtlinien mit den vorwiegend materiell bedeutungsvollen Entscheidungen des Preußischen Ehrengerichtshofes für Ärzte. 3. Erwägungen über die Frage der Notwendigkeit der Kodifizierung der Standespflichten. Da sich nun aus der Arbeit ergibt, daß die aus den Bestimmungen der ärztlichen Standesordnung hervorgehenden ethischen Grundsätze durch die Urteile der Ehrengerichte und des Ehrengerichtshofes, von kleinen Abweichungen abgesehen, im wesentlichen bestätigt worden sind, so wird man ihnen eine an Gesetzeskraft grenzende Bedeutung nicht absprechen können. Verf. behandelt zum Schluß die entscheidende Frage, ob das Fehlen einer Kodifizierung der durch die Urteile der Landesgerichte bestätigten, in der Standesordnung für die deutschen Ärzte von 1926 zusammengestellten Standespflichten ein Mangel war. Gegen eine Kodifizierung wurde von juristischen Praktikern der Gesichtspunkt geltend gemacht, daß der Arzt sich in seinem Handeln nicht durch starre Paragraphen einengen lassen dürfe, zumal da sein Beruf Menschenhilfe sei. Ein anderer Gesichtspunkt war der, daß manche Auffassungen über ärztliche Ethik je nach den Zeitverhältnissen wandelbar seien. Demgegenüber ist geltend zu machen, daß die bisherige Rechtsprechung der Ehrengerichte dem Arzt unbeabsichtigt Fußangeln legen konnte, die ihm sicher in manchen Fällen erst dann bekannt wurden, wenn es schon zu spät war; denn nach den Erfahrungen des Verf. kannte der Arzt häufig diese Entscheidungen, die bereits den Weg für ein geschriebenes Recht vorbereiteten, nicht genügend. Jedenfalls konnte er infolge unzureichender Kenntnis der Rechtsverhältnisse mit dem einzigen bisher positiven Recht darstellenden § 3 des Ehrengerichtsgesetzes leicht in Konflikt kommen, weil ihm oft nicht genügend bekannt war, durch welche Handlungen er diesen sehr allgemein gefaßten Paragraphen verletzen konnte. Im Sinne der Kodifizierung ist auch der Gedanke zu verwerfen, daß der Arzt sich ohne Kenntnis der Entscheidungen der Landesgerichte bisher völlig der freien Beweiswürdigung der Landesrichter auslieferte, die nachträglich sein Verhalten auf Standeswürdigkeit untersuchten; denn einmal konnte die Standesordnung für ihn nicht bindend sein, weil sie keine Gesetzeskraft hatte, und andererseits wußte er oft nicht rechtzeitig, d. h. vor Vollführung der zur Kritik stehenden Handlung, inwiefern diese Grundsätze durch Urteile der Landesgerichte bestätigt waren. Aus den durch zahlreiche Beispiele belegten historischen Betrachtungen des Verf. ergibt sich mit voller Deutlichkeit die Unzulänglichkeit der bisherigen Rechtslage und die unbedingte Notwendigkeit einer Kodifizierung des ärztlichen Standesrechtes.

*Többen (Münster i. W.).*

**Haussener, Werner: Die Berufspflicht gemäß Artikel 31 des Entwurfes eines schweizerischen Strafgesetzbuches von 1918, mit besonderer Berücksichtigung der ärztlichen Tätigkeit.** Bern: Diss. 1932. 115 S.

Nach Erläuterung der Lehre vom Berufsrecht gibt der Verf. einen Überblick über die verschiedenen durchwegs unbefriedigenden Theorien zur Begründung der Rechtmäßigkeit ärztlicher Eingriffe. Im allgemeinen ergeben sich de *lex lata* keine Anhaltspunkte für die Annahme einer solchen. Auch der schweizerische Entwurf zum Strafgesetz enthält lediglich einen Hinweis darauf, daß durch Rechtssätze begründete Ausnahmen Strafflosigkeit für Berufshandlungen zur Folge haben. Es sollten de *lege*

ferenda solche ausdrückliche Bestimmungen über die Rechtmäßigkeit ärztlicher Eingriffe postuliert werden. Die gesetzliche Regelung sollte so erfolgen, daß der Arzt durch bezügliche Bestimmungen gehalten ist, seine Tätigkeit in einer solchen Art und Weise zu entfalten, daß er mit der Möglichkeit zu rechnen hat, vom Strafgesetz erfaßt zu werden, wenn seine Tätigkeit nicht den festgelegten Bedingungen entspricht. Eingriffe und Behandlungen von Kranken dürfen nur den Zweck des Heilens verfolgen mit Einbezug der diagnostischen Vorbereitungs-handlungen. Eingriffe und Behandlungen Gesunder sollten zu prophylaktischen Zwecken (Impfen), zu Heilzwecken zu gunsten Dritter (Transplantation und Transfusion), sowie zur Korrektur körperlicher Mängel (Kosmetik) berechtigt sein, während Eingriffe zu wissenschaftlichen Zwecken (Experiment) im Strafgesetz nicht aufzunehmen sind. Erfordernis ist die Einwilligung des Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreters. Wegen des Prinzips der Freizügigkeit dürfen die Sonderbestimmungen nicht auf approbierte Ärzte beschränkt sein. Auch die Eingriffe in die Fortpflanzungsfähigkeit sowie auch diejenigen an schwangeren Frauen (Perforationen, Kaiserschnitt) sollten gesetzlich geregelt sein. *Schönberg.*

**Schläger: Ärztliche Rechtsfragen.** Med. Klin. 1933 II, 1501.

Das Lohnbeschlagnahme-gesetz gewährt beschränkten Pfändungsschutz, wenn ein Arbeits- oder Dienstverhältnis vorliegt, auf Grund dessen fortlaufende Dienste in eigener Person zu leisten sind. Danach ist ein Betrag von 165 RM. monatlich unpfändbar. Das LG. Hanau hat in einem Urteil vom 18. I. 1933 entschieden, daß entgegen der bisherigen Rechtsprechung auch beim Kassenarzt, der vorwiegend für eine Krankenkasse tätig sei, ein Dienst- oder Arbeitsverhältnis im Sinne des Lohnbeschlagnahme-gesetzes vorliege. Es sei unsozial, wenn man den Lohn- und Gehaltsempfängern, nicht aber den Vertretern der freien Berufe die Wohltat dieses Gesetzes zubilligen würde. *Giese (Jena).*

**Aufsess, Hans Werner Frhr. von: Die strafrechtliche Bedeutung der Einwilligung für die Fahrlässigkeit des Arztes.** Erlangen: Diss. 1933. 83 S.

Die Ausführungen bringen zunächst einen Überblick über den Gesamtkomplex des ärztlichen Operationsrechtes, doch sind die hier erörterten Probleme durch eine Bestimmung des Gesetzes zur Abänderung strafrechtlicher Vorschriften vom 26. 5. 1933 (RGBl. I, S. 295) zum Teil überholt; der neu eingefügte § 226a StGB. besagt bekanntlich: „Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung des Verletzten vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.“ Im zweiten Teil der Arbeit äußert sich Verf. speziell über den Umfang der Aufklärungspflicht des Arztes vor Vornahme der Operation. Handelt der Arzt innerhalb der allgemein anerkannten Regeln der Wissenschaft bei Indikationsstellung und beim Eingriff selbst, so ist die Aufklärungspflicht keine so eingehende, daß der Patient über jede mögliche Folge des Eingriffes und die Möglichkeiten des Mißlingens unbedingt unterrichtet werden muß, zumal dann nicht, wenn der Allgemeinzustand des Patienten durch allzu eingehende Ausführungen über die Operation beeinträchtigt werden könnte. Wenn aber der Arzt bei der Indikationsstellung oder bei der Durchführung des Eingriffes von den allgemein anerkannten wissenschaftlichen Regeln abweicht, weil er persönlich eine andere Ansicht hat, so ist er verpflichtet, den Patienten auf das genaueste über seine von der allgemeinen Meinung abweichende Absicht aufzuklären. Willigt der Patient trotzdem ein, so handelt der Arzt bei der Durchführung der Operation nicht rechtswidrig. Hat er jedoch die Aufklärung in vollem Umfang unterlassen, so war die Einwilligung des Patienten ungültig, und der Arzt macht sich einer vorsätzlichen, u. U. schweren Körperverletzung und bei tödlichem Ausgang einer vorsätzlichen Körperverletzung mit Todesfolge schuldig. *B. Mueller (München).*

**Duvoir, M., et Henri Desoille: Évolution de la jurisprudence en matière de secret professionnel. Distinction entre le secret du malade et celui du coupable.** (Unterschied zwischen dem Geheimnis des Kranken und demjenigen des Angeschuldigten.) Paris méd. 1933 II, 409—410.

Die besonders strenge französische Auffassung vom ärztlichen Berufsgeheimnis, wonach der Arzt fast nie ein Aussagerecht in Straffällen hat über das, was er bei Ausübung des ärztlichen Berufes erfahren hat, bedingt eine kritische Besprechung eines

Beschlusses eines Schwurgerichtes durch die Verf. Sie bezeichnen diesen Beschluß als ganz neu in der französischen Rechtsprechung, ohne ihn aber zu verwerfen. In einem Prozeß wegen Kindesmords behauptete der Verteidiger der angeklagten Kindesmutter, daß die von dieser zugezogene Hebamme nicht vernommen werden dürfe, weil sie an das Berufsgeheimnis gebunden wäre. Das Gericht schloß sich dieser Ansicht nur soweit an, als es sich um Dinge handelte, die die Behandlung der Kindesmutter selbst betrafen. Dagegen bestände kein Berufsgeheimnis für Feststellungen, die die Hebamme an der Person des Neugeborenen gemacht habe. Wenn dieses Opfer eines Verbrechens geworden sei, so handle es sich nicht um das Geheimnis des Kranken, sondern das des Angeschuldigten. In diesem Falle aber müsse die Hebamme aussagen. Der Fall wird verglichen mit demjenigen eines Apothekers, bei dem sich ein Mörder eine Wunde verbinden ließ, die der Apotheker als Bißwunde erkannte. Bald nach Bekanntwerden der Tat zeigte der Apotheker den Besuch des Verdächtigen an. Auf Grund des Gebißabdrucks der Leiche gelingt die Überführung des Täters. Die Anzeige des Apothekers ist, trotzdem er an sich an das Berufsgeheimnis gebunden wäre, gerechtfertigt.

*G. Strassmann* (Breslau).

**Dickens, Henry C.: Negligence in hospitals and its legal consequences.** (Nachlässigkeit in Krankenhäusern und ihre rechtlichen Folgen.) *Med.-leg. a. criminol. Rev.* 1, 191—214 (1933).

Vortrag in der Londoner gerichtlich-medizinischen Gesellschaft April 1933. Unter Heranziehung von Obergerichtsentscheidungen des englischen Sprachkreises werden die verschiedenen Umstände erörtert, unter denen in Krankenhäusern Ärzte und Verwaltung für Nachlässigkeiten anderer Personen haftpflichtig werden können. So gilt der Chirurg im Operationssaal als verantwortlich für alle Handlungen seiner Mitarbeiter. Wenn durch die Unachtsamkeit der Operationsschwester, der das genaue Zählen von Instrumenten und Tupfern zu Beginn wie am Ende der Operation zufällt, ein Instrument im Körper zurückgelassen wurde, so bleibt der Arzt, auch wenn ihn keinerlei Verschulden trifft, schadenersatzpflichtig. Es scheint sich aber in diesem Punkte eine Wandlung der Rechtsauffassung anzubahnen; denn eine südafrikanische Obergerichtsentscheidung betont ausdrücklich, daß der Operateur bei sorgfältiger Auswahl seiner Assistenz für Folgen aus deren Irrtümern nicht verantwortlich gemacht werden kann, sich vielmehr im Interesse der Asepsis und technischen Operationsdurchführung konzentrieren und auf Sorgfalt der Assistenz verlassen muß. Vortr. erörtert in diesem Zusammenhang verschiedene Vorkommnisse in und außerhalb des Operationssaales, wo er sich für eine Einschränkung der Verantwortlichkeit des Arztes bei Mißgriffen des Personals einsetzt. Die Haftpflicht der Verwaltungsbehörde eines Krankenhauses für Fehlhandlungen ihres gesamten Stabes ist anders gelagert. Aufgabe dieser Verwaltung ist es, für sorgfältige Auswahl der Ärzte und des Pflegepersonals und für Bereitstellung der nötigen apparativen Hilfsmittel zu sorgen. Fehler, die diesen Personen aus berufstechnischen Handlungen unterlaufen, haben sie selbst zu verantworten. Bei Nachlässigkeit in der Ausübung einfacher und regelmäßig wiederkehrender Dienstpflichten jedoch wird die Krankenhausverwaltung haftpflichtig gemacht, auch wenn es sich um die Ausführung ärztlicher Anordnungen handelt. (So ist z. B. für Fehler der im Krankenhause arbeitenden Studenten die Krankenhausverwaltung verantwortlich.) Diese Abgrenzung ist in vielen Fällen schwer oder kaum durchführbar. Vortr. empfiehlt für die Krankenhäuser eine generelle Haftpflichtversicherung. — In der anschließenden Aussprache wurden gleichfalls die Schwierigkeiten aus dieser Rechtslage betont.

*Schrader* (Bonn).

**Verhängnisvolles Versehen einer Lernschwester. Die verwechsellte Glycerinflasche.** — **Haftung des Krankenhauses.** *Med. Klin.* 1933 II, 1501.

Eine Lernschwester hatte im Krankenhaus eines Vaterländischen Frauenvereins einer Operierten einen Glycerineinlauf zu machen. Sie verwechsellte die Glycerinflasche mit einer anderen, die eine ätzende Flüssigkeit enthielt, wodurch der Mastdarm derart zerstört wurde, daß ein künstlicher After angelegt werden mußte. Der Klage auf Zubilligung eines hohen

Schmerzensgeldes wurde in allen Instanzen, zuletzt vom R.G., stattgegeben. Nach dessen Ansicht hat der beklagte Verein die Aufsichts- und Überwachungspflicht fahrlässig verletzt. Das geschah schon dadurch, daß die Lernschwester den Einlauf ganz allein, ohne Gegenwart der Stationschwester, vorgenommen hatte. Ferner waren die verschiedenen Arzneien und Reagentien nicht genügend gekennzeichnet und infolge Aufbewahrung im Badeszimmer dem Zugriff der Lernschwester ohne weiteres zugänglich. *Giese (Jena).*

**Hoffman, William J.: Postmortem examinations. Method of obtaining permission.** (Über die beste Methode, im Krankenhaus Sektionserlaubnis von den Angehörigen zu erlangen.) (*Mem. Hosp., New York.*) J. amer. med. Assoc. **101**, 1199—1205 (1933).

Es wird dargelegt, mit welchen Schwierigkeiten die amerikanischen Krankenhäuser zu kämpfen haben, damit die jeweiligen Angehörigen eines im Hospital verstorbenen Patienten die Sektionserlaubnis geben. Der Chefarzt der betreffenden Abteilung soll, möglichst in der ersten halben Stunde nach Eintreffen der Verwandten am Totenbett, persönlich mit ihnen verhandeln und ihnen die Wichtigkeit einer Leichenöffnung erklären. Verf. geht auf die meist in derartigen Situationen erfolgenden Einwände gegen die Vornahme der Autopsie ein und gibt ein Schema, wie die gestellten Fragen am besten zu beantworten sind. Wenn die Verwandten nicht rechtzeitig am Orte eintreffen können, so wird auf telegraphischem Wege bei ihnen angefragt und bei Ablehnung das telegraphische Ersuchen in dringlicherer Form wiederholt. Am Memorial Hospital in New York gelang es so, in 82,3% der dort erfolgenden Todesfälle Sektionserlaubnis zu erlangen (gegen früher 46,5%).

Die Diskussionsredner wiesen daraufhin, daß man sich hüten solle, den Angehörigen etwa eine durch die p.m. Inspektion erfolgende Kontrolle der klinischen Diagnose in Aussicht zu stellen. Denn dadurch kann sehr leicht Mißtrauen gegen das Krankenhaus entstehen und zudem die einweisenden Ärzte geschädigt und dementsprechend verärgert werden. *K. Landé.*

**Schaetz, Ludwig: Die Kurierfreiheit in Bayern.** Münch. med. Wschr. **1933 II**, 1945—1947.

Nach einem Hinweis auf die historische Entwicklung der Kurierfreiheit in Bayern (vor 1872 teils völliges Kurierverbot, teils bedingte Kurierfreiheit) bringt Verf. eingehende statistische Feststellungen über die Zahl und Art der Laienbehandler. Als Mindestzahl gelten für Anfang 1933 1322 neben 5496 approbierten Ärzten. Meldepflicht besteht nicht. In München sind es 594 Heilkundige neben 1330 Ärzten. In einigen kleineren Städten sind ebenso viele Heilpraktiker wie Ärzte tätig. Sonstiger Beruf und Ausbildung werden berücksichtigt. Nur 52 haben an Kursen teilgenommen. 143 Laienbehandler sind vorbestraft. Bei den Methoden der Krankenuntersuchung kommen sämtliche ärztlichen Methoden einerseits und alle ausgesprochenen kurförmlichen Methoden andererseits in Betracht. In München gibt es ein „pathologisches“ und „pharmakologisches“ Institut für Laienbehandler, ersteres zur Untersuchung von Se- und Exkreten. Auch die Krankenbehandlung wird denkbar vielseitig gehandhabt. Am häufigsten sind Naturheilverfahren und biochemische Heilmethoden. Die Laienbehandler behandeln stets den ganzen Menschen und damit auch wahllos alle Krankheiten und Leiden desselben, doch gibt es außerdem vier Arten von Spezialisten: Knochenbruchbehandler, Beinbehandler, Kropfbehandler und Bruchbehandler. Entgegen der allgemeinen Meinung ist die Inanspruchnahme der Heilpraktiker verhältnismäßig gering. Bei 150 Praktikern ist die Krankenanzahl unter 10 im Monat, bei 111 unter 50 im Monat, doch konnten immerhin 59 Laienbehandler Filialen halten. Von einer wirtschaftlichen Konkurrenz den Ärzten gegenüber könne im allgemeinen nicht gesprochen werden. *Walcher (Halle a. S.).*

### Spurennachweis. Technik.

**Heyck: Neue Untersuchungsergebnisse und ihre praktischen Auswirkungen auf die Bestimmung der Haare nach ihrem mikroskopischen Bau.** Z. Fleisch- u. Milchhyg. **43**, 434—437 (1933).

Es ist ganz unmöglich, aus dem Verhältnis der Dicke des Markes zur Rinde des Haares bestimmte Schlüsse auf die Tierart, von der die Haare stammen, zu ziehen,