

Auch in den Gefäßen der Leiche waren die roten Blutkörperchen zusammengeballt. Am Tag vor dem nach Milzentfernung erfolgten Tode war eine Bluttransfusion von einem Spender der Blutgruppe O vorgenommen worden, nachdem an gewaschenen Blutkörperchen des Kranken dessen Zugehörigkeit zur Blutgruppe O festgestellt war. Die Transfusion wurde gut ertragen. *Mayser* (Stuttgart).

Margulies, H.: Über Zwischenfälle nach Bluttransfusionen und deren Behandlung. (Über Zwischenfälle nach Bluttransfusionen und deren Behandlung.) (*Knappschafts-krankenh., Eisleben.*) Zbl. Chir. 1934, 1757—1761.

Bei 600 Bluttransfusionen trat zweimal Hämolyse auf. Im 1. Falle wurde Blut eines Universalspenders für die Gruppe B genommen. Es handelte sich um eine Transfusion bei essentieller Thrombopenie des Empfängers. Im 2. Falle wurde ein Patient, der der Gruppe A angehörte, irrtümlicherweise als Universalempfänger der Gruppe AB geführt. Derselbe Patient hatte bereits einmal 300 ccm Blut eines AB-Spenders völlig reaktionslos vertragen. Verf. führt das darauf zurück, daß das eingeführte Blut nur eine geringe agglutinierende Kraft besaß. In beiden Fällen standen die Nierensymptome durch die Hämolyse im Vordergrund. Eine drohende Anurie konnte mit Diathermie beseitigt werden. Beide Fälle kamen zur Heilung. Seitdem werden keine Universalspender für die Bluttransfusion mehr verwandt. Vom Verf. werden vor den Bluttransfusionen die Hämotestbestimmungen nach Moss gemeinsam mit den Hämotestbestimmungen nach Oehlecker angewandt. Die gekreuzte Agglutinationsprobe wurde nicht vorgenommen. Bei Eintreten einer Hämolyse wird dringend zur abermaligen sofortigen Übertragung eines verträglichen Blutes geraten. *A. F. Jung.*

Kunstfehler. Ärzterecht.

Bahls, Günther: Untersuchungen zur Häufigkeit der klinischen Fehldiagnose beim Krebs. (*Chir. Abt., Städt. Krankenh. I, Hannover.*) Mschr. Krebsbekpfg 2, 197—205 (1934).

Die bisher umfassendste Statistik in dieser Frage ist die von Lubarsch aus dem Jahre 1914. In dieser war von 7164 seziierten Krebsfällen der Krebs 1243 mal (17,35%) überhaupt nicht und 1084 (15,09%) in bezug auf seinen Sitz falsch diagnostiziert worden, d. h. im ganzen also 32,44% Fehldiagnosen. Die neue Statistik des Verf. von 1923—1932 umfaßt 729 bösartige Geschwülste bei den Sektionen. Verf. faßt die Ergebnisse seiner Untersuchungen etwa zusammen: 1. Von den 729 bösartigen Geschwülsten betrafen 528 Tumoren der inneren Organe, die Zahl der Fehldiagnosen betrug hier nur 4,7%. 2. Ein Teil der Fehldiagnosen konnte mangels klinischer Symptome auch rückblickend nicht als diagnostizierbar betrachtet werden. 3. Vorwiegend waren es Magen- und Bronchialkrebs, die übersehen wurden, meist sog. latente Krebs. Die Sicherung der Magenkrebsdiagnose sichert Röntgenverfahren und Nachweis von okkultem Blut. Die Gastroskopie kann die Frühdiagnose nicht verbessern. 4. Bei den Bronchialcarcinomen wurden oft Metastasen für Primärtumoren gehalten. Die Lungendurchleuchtung ist zur Feststellung oder Ausschluß des Primärtumors im Bronchialgebiet stets vorzunehmen, wo Tumoren im Gehirn, Nieren und Leber festgestellt werden. 5. Die Frühdiagnostik des Colonkrebses ist zu verbessern, Kontrasteinlauf sind hier mit Kontrastmahlzeit bei der Röntgenuntersuchung zu kombinieren. Bei Zweifelsfällen ist auch die Probelaparotomie nötig. *E. Glass.*

Saamer, Elli: Über Fehldeutungen encephalographischer Aufnahmen. (*Univ. Kinderklin., Freiburg i. Br.*) Mschr. Kinderheilk. 59, 401—410 (1934).

Wie Encephalographien von 8 kindlichen Leichen und bei 6 Kindern im Alter von 16 Monaten bis zu 4½ Jahren zeigen, kann es gelegentlich zu einseitiger Luftansammlung an der Konvexität kommen, ohne daß irgendwelche krankhaften Vorgänge vorliegen würden. Durch Zwangshaltung des Kopfes besonders in maximaler Seitwärtsbeugung wird die einseitige Luftansammlung begünstigt, aber nicht regelmäßig beobachtet. *Otto Dyes* (Würzburg).

Henschen, C.: Vortäuschung eines Hämoperikards durch eine akute traumatische Herzdilatation. (*Chir. Univ.-Klin., Basel.*) Schweiz. med. Wschr. 1934 II, 626—629.

Bei einem 41jährigen Manne mit Schußverletzung an der oberen Thoraxapparatur fand sich eine zunehmende Verbreiterung der Herzdämpfung, die als Hämoperikard gedeutet

wurde. Da die Sektion keine Verletzung des Herzens und des Herzbeutels aufwies und keinen Erguß im Herzbeutel ergab, wird die Zunahme der Herzdämpfung durch eine akute traumatische Herzdilatation erklärt, infolge Schädigung der extrakardialen Nervenleitung im Sinne einer „Commotio cordis“.

Schönberg (Basel).

Voltz, Friedrich: Gutachten in Sachen eines Ersatzanspruchsprozesses gegen eine chirurgische Klinik wegen Röntgenschädigung. (*Strahlen-Inst., Univ.-Frauenklin., München.*) Radiol. Rdsch. 2, 308—311 (1934).

Voltz, Friedrich: Sachverständigengutachten in einer Klagesache gegen Professor Dr. Horn wegen Röntgenschädigung. (*Strahleninst., Univ.-Frauenklin., München.*) Radiol. Rdsch. 2, 312—317 (1934).

Die beiden Arbeiten werden gemeinsam referiert. Für den Nichtröntgenologen, sondern allgemeineren Gutachter ist die Stellungnahme des Verf., die sich mit der Stellungnahme der Röntgenologie der letzten Jahre überhaupt deckt, wichtig. Danach können Schädigungen nach Röntgenbestrahlung nach den heutigen wissenschaftlichen Erfahrungen direkt und indirekt entstehen. Direkte, auch Frühschädigungen, Röntgenverbrennungen verschiedenen Grades genannt, entstehen dann, wenn die Belastungsgrenze der Haut überschritten wird, wenn also die Haut eine zu große Strahlenmenge erhält oder wenn das Intervall zwischen den einzelnen Bestrahlungen zu kurz ist, d. h. wenn eine zweite Bestrahlung der ersten Bestrahlung in einem so kurzen Zeitraum folgt, daß die durch die vorausgegangene Bestrahlung geschädigte Haut sich noch nicht regeneriert hat. Indirekte Schädigungen, die sich meist in Form von Indurationen äußern, können dann entstehen, wenn zu der Strahlennoxe sekundäre Reize irgendwelcher Art hinzukommen. Als solche sekundäre Reize können angesehen werden: Zu heiße Bäder, Wärmeapplikationen, Kratzen, Reiben, Druck und Reiben eines Korsetts, Waschen der Haut mit scharfen Seifen, Bürsten der Haut, enggeschnürte Kleider u. a. Diese sekundären Reize können bei einer mit Röntgenstrahlen bestrahlten Haut, besonders dann, wenn die Haut mehrmals eine größere Dosis erhalten hat, unter Umständen zu schweren Schädigungen, vor allem zu schweren Indurationen führen. Man sucht der Möglichkeit dieser Schädigungen durch entsprechende Belehrung der Patienten zu begegnen. Verf., Leiter des Strahleninstituts der Universitäts-Frauenklinik München, teilt dann noch das Merkblatt mit, das in Form in einzelne Punkte gegliederter Verhaltensmaßregeln in eindringlichster Weise Patienten, die einer Strahlenbehandlung sich unterziehen, vor sekundären Röntgenstrahlenschädigungen zu schützen geeignet ist. Im übrigen sind die beiden mitgeteilten Fälle insofern bemerkenswert, als Verf. den Standpunkt einnimmt, dem der Ref. nur beistimmen kann, daß bei dem schnellen Fortschreiten der wissenschaftlichen Erkenntnis und immer neuen diagnostischen und therapeutischen Röntgenapparaturen vor Jahren (1916, 1918, auch 1923) entstandene primäre oder sekundäre Röntgenschädigungen dem Arzt oder dessen Haftpflichtträgern nicht zur Last gelegt werden können. Allerdings muß jedesmal nachgefragt werden, ob der Arzt dem damaligen Stande wissenschaftlicher Erkenntnis entsprechend auch wirklich gehandelt hat. Nippe (Königsberg i. Pr.).

Sorel, E.: Maladie de Volkmann et responsabilité médicale. (Volkmannsche Krankheit und ärztliche Verantwortlichkeit.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 14. V. 1934.*) Ann. Méd. lég. etc. 14, 428—435 (1934).

Für die Pathogenese des als Volkmannsche Krankheit bezeichneten Syndroms (fibröse Verkürzung der Beugemuskeln der Finger und Pronationsmuskeln der Hand, mit Schwäche und starrer Flexionsstellung der Hand und der 4 letzten Finger, meistens nach Vorderarm- oder Ellbogenfraktur sich entwickelnd) werden 2 Theorien angeführt: Die vaskuläre und nervöse Theorie. Volkmann selbst betrachtete als einzige Ursache des nach ihm benannten Syndroms eine Ischämie infolge von starker Kompression des Vorderarms durch irgendeinen zwecks Heilung einer Fraktur angelegten Apparat. Als weitere Ursache werden betrachtet andere traumatische Schädigungen ohne Fraktur, Infektionen, ferner die verschiedenen Anlässe, die eine Ischämie herbeiführen können (Ligaturen, Esmarchsche Binde, Embolien). Es wird vermutet, daß

Frakturen der oberen Extremität, auch ohne daß jemals Apparate angelegt wurden, die Volkmannsche Muskelretraktion hervorrufen können. Auch im Gefolge von Luxationen und Hämatomen ist ihre Entstehung beobachtet.

Verf. bespricht an der Hand eines von ihm begutachteten Falles die gerichtsärztliche Bedeutung dieser Erkrankungsformen: Eine Fraktur am unteren Ende des Radius wurde vom behandelnden Arzt sofort eingerichtet und ein zirkulärer Gipsverband gemacht. Starke entzündliche Erscheinungen mit Ödem und Schmerzen. Auftrennung des Gipsverbandes. Radiologische Untersuchung ergibt korrekte Lagerung der Bruchenden. Anschließend wird der Arm in eine Gipsrinne gelegt an Stelle des ersten Verbandes. Nach etwa 6 Wochen Abklingen der entzündlichen Erscheinungen. Hand in Krallenstellung, vollkommene Atrophie des ganzen Vorderarmes und der Hand, Handgelenk in Flexionsstellung, die Finger in Hakenstellung, die 1. Phalange der Finger steht in Hyperextension. Die Flexionsstellung der Finger ist unveränderlich. Außerdem finden sich trophische Hautstörungen, allgemeine Muskelatrophie des Gliedes. Nervus medianus, radialis und ulnaris sind intakt.

Nach Ansicht des Verf. trifft den zur Verantwortung und zur Leistung von Schadenersatz vorgeladenen behandelnden Arzt keinerlei Schuld, da bei der Behandlung im vorliegenden Falle keine Fahrlässigkeit, Ungeschicklichkeit oder schwerer Fehler gemacht sei. Der zirkulär angelegte Gipsverband sei einwandfrei gewesen. Im übrigen teilt Verf. nicht die Ansicht, daß die Entstehung der Volkmannschen Muskelretraktion mit der Anlage eines zirkulären Gipsverbandes zusammenhänge. Das Gericht schloß sich dieser gutachtlichen Stellungnahme an.

C. Neuhaus (Münster i. W.).

König, Fritz: Über „Scheinheilung“ als Ursache von Spätschädigungen bei Knochenbrüchen. (*Chir. Univ.-Klin., Luitpoldkrankeuh., Würzburg.*) Zbl. Chir. 1934, 1547—1551.

Ein klinisch fester Callus bewahrt nicht immer vor der Überraschung einer späteren Verkrümmung, Verbiegung, Verkürzung oder einer Rezidivfraktur. Die Grenzen für eine feste Heilung werden immer weiter gestreckt. Die Angabe Mattis von 22 Wochen ist noch nicht weit genug. Koenig führt einen Fall von 7 Monaten, einen von 1½ Jahren Dauer an; in einem zeigte sich sogar nach 5 Jahren noch eine unvollkommene Heilung auf dem Röntgenbilde und erklärt die Beschwerden. Nur systematische Röntgenuntersuchungen können darüber aufklären, ob eine „Scheinheilung“ vorliegt oder nicht. In solchen Fällen findet man einen Spalt im Callus oder eine strahlendurchlässige Partie. Ihre Ursache mögen interponierte Weichteile, fibröses oder osteoides Gewebe sein. Dieser Teil ist jedenfalls minderwertig und soll Schonung und dauernde Kontrolle veranlassen. Bei jeder Fraktur findet immer ein kolossaler Knochenumbau statt, dem eine Zeit des Knochenabbaues vorangeht. Aber dieser letztere kann z. B. auch wieder eintreten, wenn die Markhöhle wieder hergestellt wird, nachdem der periostale Callus bereits gebildet ist. Ja die dem Aufbau dienende Knochenatrophie kann bei einzelnen Individuen, ohne daß eine Allgemeinkrankheit vorliegt, übermäßig lange dauern. Koenigs Ansicht stützt sich auf seine Erfahrungen bei 120 Operationen an frischen und verschleppten, auf bis 25jährige Röntgenuntersuchung heilender Knochenfrakturen, und die der diffusen verheilten Brüche namentlich bei Kindern, die von mehreren Autoren, namentlich von Gangler und Häbler bestätigt wurden.

Franz (Berlin).

Lavergne, V. de, P. Kissel et Simonin: Épidémie hospitalière d'infection herpétique, s'étant révélée à l'occasion de ponctions lombaires. (Eine Krankensepidemie einer Herpesinfektion, die gelegentlich von Lumbalpunktionen ausgebrochen war.) Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, III. s. 50, 200—204 (1934).

In einem Krankensaale mit 20 Betten wurden 4 Kranke zwischen dem 3. und 11. XI. lumbalpunktiert. Es handelte sich um eine Radialislähmung, um eine traumatische Epilepsie, um eine Lähmung des Abducens und um einen manischen Zustand. Bei allen Fällen war der Liquor normal. Nach der Punktion trat heftiges Erbrechen, Temperatursteigerung, Nackenstarre auf, Kernigsches Zeichen, Lichtscheu und Überempfindlichkeit. Nach 2—3 Tagen verschwanden die meningealen Erscheinungen und 3 Tage später brach ein starker peribuccaler Herpes aus. Bei anderen Kranken, bei

denen mit den gleichen Instrumenten und unter Assistenz desselben Personals in anderen Sälen Lumbalpunktionen in der nämlichen Zeit vorgenommen worden waren, wurden derartige Erscheinungen nicht beobachtet. Verff. erklären sich diese Fälle folgendermaßen: kurz vorher war ein Patient mit Pneumonie und peribuccalem Herpes in denselben Saal aufgenommen worden. Dadurch wurde ein Herpesvirus mit gesteigerter Virulenz verbreitet und offenbar waren die Patienten zur Zeit der Lumbalpunktion Träger des Herpesvirus, das nach der Liquorentnahme in die Cerebrospinalflüssigkeit eindrang. Da von den Verff. im Augenblick der Meningitis keine Lumbalpunktion vorgenommen wurde und auch das Herpesvirus in Liquor durch Verimpfung auf Kaninchen nicht nachgewiesen werden konnte, ist diese Erklärung nicht ganz sicher. Wenn auch Herpeseruptionen bei Cerebrospinalmeningitis oder den die Weilsche Krankheit begleitenden Hirnhautentzündungen beobachtet werden, scheint den Verff. in vorliegenden Fällen die herpetische Natur der Meningitis recht wahrscheinlich.

Jahnel (München).^{oo}

Ellinger, Erika: Paraffinölschädigung der Lunge. (*I. Med. Klin., Univ. Wien.*) Fortschr. Röntgenstr. 49, 397—403 (1934).

In 3 Fällen von Tracheotomien (2mal Totalexstirpation des Kehlkopfs wegen Larynxcarcinoms) bildet sich infolge täglicher Einfüllungen von Paraffinöl in die Kanüle (zur Vermeidung der Borkenbildung ärztlicherseits empfohlen) eine Paraffinölschädigung der Lungen heraus. Im Röntgenbild sind dabei in den basalen Abschnitten beider Lungen wolkige, sehr dichte Verschattungen sichtbar, die von den Lungenwurzeln auszugehen scheinen und im Verlauf der Erkrankung die Unterfelder völlig verschatten können. Das Bild ist uncharakteristisch und läßt an Lues, Pneumokoniose oder unspezifische, chronische Pneumonien denken. Erst die Kenntnis des Falles von Fischer-Wasels führte auf die Ursache. Das Paraffin ist demnach bei der Behandlung von Nasen- und Kehlkopfleidern besser ganz zu vermeiden und durch pflanzliche, verseifbare Öle zu ersetzen.

Wierig (Hamburg).^o

Knapp, Erieh: Ein Fremdkörperkuriosum. *Univ.-Klin. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh., Münster i. W.*) Mschr. Ohrenheilk. 68, 683—685 (1934).

Mulltuch, 45 × 52 cm groß als Magenfremdkörper, zeitweise als mißfarbenes, wurstförmiges Gebilde hochgewürgt, aber wegen eintretender Atemnot jedesmal wieder heruntergeschluckt. Künstliche Brechreizerzeugung ließ den Fremdkörper wieder zum Vorschein kommen, wobei er schnell gefaßt und extrahiert wurde. Es handelt sich um ein großes Mullstück, wie es in der Chirurgie zu Bauchtamponade benutzt wird. Eine 5 Monate früher erfolgte Cholecystektomie ließ daran denken, daß damals anläßlich der Laparotomie der Fremdkörper zurückgeblieben. Jedoch lehnte der behandelnde Chirurg eine solche Möglichkeit entschieden ab, da weder Duodenum noch Magen eröffnet worden seien. Er bezeichnete den Patienten als Taschenspieler und Schwindler, so daß mit der Selbsteinbringung des Fremdkörpers durch den Patienten zu rechnen ist.

Frenzel (Köln).^{oo}

Guleke: Der versehentlich zurückgelassene Fremdkörper. (*Chir. Univ.-Klin., Jena.*) Chirurg 6, 505—515 (1934).

Für den ärztlichen Gutachter ist es oft schon schwer zu entscheiden, ob schuldhaftes Vergehen oder ein unglücklicher Zufall vorliegt. Noch weit schwieriger ist diese Aufgabe für den Laien, der die Fülle der Zwischenfälle, die eintreten können, nicht aus eigener Anschauung kennt, und der auch die seelischen und körperlichen Leistungen des Operateurs und seiner Mitarbeiter nicht nachempfinden kann. Nur allzu oft wird so auf schuldhaftes Verhalten des Arztes erkannt, zumal auch Juristen, wie Schiedermaier, die Ansicht vertreten: „Der Arzt, der einen Fremdkörper in der Bauchhöhle zurückläßt, wird, wenn nicht ganz außerordentliche Umstände vorliegen, stets fahrlässig handeln.“ Allerdings lehnen namhafte Juristen, wie Ebermayer und Warneier seine Behauptung in dieser Form ab. Aber die Gefahr für den Arzt bleibt bestehen, und sie ist um so größer, als beim Arzt im Falle einer fahrlässigen Körperverletzung „stets der erschwerte Fall derselben, nämlich Körperverletzung unter Verletzung einer Berufspflicht, gegeben ist.“ (Schiedermaier). Verurteilungen aber ziehen in der Regel Gefängnisstrafen, bei fahrlässiger Tötung bis zu 5 Jahren nach sich. Das

Gericht wird naturgemäß von dem oder den ärztlichen Gutachtern beeinflusst. Diese sind über bezüglich der zu fordernden Vorsichtsmaßnahmen nicht immer eines Sinnes. So hält Guleke ein Reichsgerichtsurteil, das den Chirurgen zum Schadenersatz verurteilte, für falsch, weil als Begründung hierfür das Gutachten des Sachverständigen maßgebend war, der das Nichtzählen der gebrauchten Mulltücher bemängelt hatte. G. sagt dazu: „Das Zählen der gebrauchten Mulltücher ist unzuverlässig und birgt für den Kranken auch große Gefahren in sich, so daß die überwiegende Mehrzahl der angesehensten deutschen Chirurgen sich dieses Verfahrens nicht bedient.“ Liegt nämlich im Zählen ein Irrtum, dann wird vergeblich im Bauche des Kranken gesucht, und kostbare Zeit geht verloren. Eine Umfrage bei 90 der bekanntesten deutschen Chirurgen wurde von 60 zum Teil sehr eingehend beantwortet. Bauchoperationen, und zwar in der Reihenfolge: gynäkologische Bauchoperationen, Gallen-, Magen-, Blinddarm-, Darmverschlußoperationen machen fast die Hälfte der Gesamtzahl in der Statistik der zurückgelassenen Fremdkörper aus. Unter Fremdkörpern aber sind nicht nur Tupfer und Mullkompressen, sondern auch Kocher-Klemmen und Bergmann-Schieber zu verstehen, und diese wiederum sind nicht nur in großen Körperhöhlen, sondern auch nach Bruch- und Brustdrüsenkrebsoperationen im Wundgebiet zurückgelassen worden. Drains, Tampons, Gaze- und Mullstreifen bedürfen besonderer Beachtung nicht nur an sich, sondern auch wegen möglicher Materialfehler, die beim Entfernen durch Bruch oder Riß zur Gefahr für den Kranken werden können. Im großen verlangt G. chirurgische Schulung und Disziplin des gesamten an der Operation beteiligten Personals und im einzelnen ganz bestimmte Vorsichtsmaßregeln. „Ein Tupfen von seiten des Assistenten ist verpönt; der Operateur besorgt das allein“, und zwar mittels Pinzette. Der benutzte Tupfer wird fortgeworfen. Hierbei wenden von 60 Chirurgen nur 2 das Zählverfahren an. Kompressen müssen mit einem genügend großen Anteil aus der Wunde herausragen. Gegen das Zurücklassen von Instrumenten hilft am besten Aufmerksamkeit. Nadel und Kanülen müssen vor der Benutzung auf Rostschäden geprüft sein. Gummidrain durchsticht G. mit einer die Größe der Wunde übertreffenden Nadel oder er befestigt sie durch Naht an die Haut. Beim Gebrauch der L. Fortschen Katheter sind die männlichen, besser haltenden Ansatzstücke zu verwenden. Beim Fehlen oder Abbruch von Gummidrain benutzte man Kornzange, Cystoskop und falls noch nötig, Röntgenbild. Dünne Gaze- oder Mulldochte sind ganz zu vermeiden. Absolute Sicherheiten gibt es nicht, aber: „Besitzt der Operateur das nötige Maß von Selbstzucht, die überlegene Ruhe, Sicherheit und Entschlußkraft, die ihn auch in Augenblicken der Überraschungen und Gefahr nicht verlassen, und sind seine Mitarbeiter in gleichem Sinne geschult, verläuft auch bei Zwischenfällen alles besonnen und bewußt, so ist damit der größte Teil der Fehlerquellen schon ausgeschaltet.“ Andererseits sagt G.: „Stets sollte die Gesamtlage und das Zusammenwirken aller den Gang der betreffenden Operation beeinflussenden Momente berücksichtigt werden, um zu einer gerechten Würdigung zu kommen.“

Plenz (Berlin-Zehlendorf).

Weber, H. von: Der versehentlich zurückgelassene Fremdkörper. Chirurg 6, 516 bis 521 (1934).

Das Problem des versehentlich zurückgelassenen Fremdkörpers wird vom Standpunkte des Juristen betrachtet; für den operativ tätigen Arzt ergeben sich hierbei beachtliche Gesichtspunkte. Den Operateur trifft die Haftpflicht als zivilrechtliche und als strafrechtliche, und zwar erfordert die Bejahung der Haftung, daß durch den Fremdkörper ein Schaden eingetreten ist und daß ohne dieses Zurücklassen der Heilverlauf günstiger gewesen wäre. Ferner tritt die Haftung nur ein, wenn den Arzt der Vorwurf trifft, daß er fahrlässig gehandelt hat, daß er den Schaden nicht nur verursacht sondern auch verschuldet hat. Die Beurteilung des Verschuldens ist für den Juristen einigermaßen schwer, da er die Vorgänge bei einer Operation nicht so genau kennt und daher in seinem Urteil von dem Gutachten eines Sachverständigen weitgehend abhängig ist. Aber die Ansprüche an die Sorgfaltspflicht des Arztes und

Operateurs werden von seiten des Gerichts außerordentlich hochgespannt. Der Jurist prüft sehr genau die verschiedenen Möglichkeiten des Verschuldens: Zunächst ob der Operateur seiner ganzen Persönlichkeit und Fähigkeit nach der Operation gewachsen war, oder ob die Übernahme an sich schon ein Verschulden eines ungeeigneten Arztes darstellt. Ferner ist ein Verschulden möglich beim Hineinbringen des Fremdkörpers durch schlechte Organisation des Operationsbetriebes ohne Erhaltung des freien Überblicks, mangelnde Sicherung der Fremdkörper und schließlich mangelhafte Zählkontrolle. Das Verschulden kann weiterhin liegen in der fahrlässig unterlassenen Feststellung des zurückgelassenen Fremdkörpers, z. B. durch eine Röntgenaufnahme. Und endlich kann die unterlassene Entfernung des Fremdkörpers schuldhaft sein. Wichtig ist die Feststellung, daß ein Operateur nicht schon deshalb für schuldig befunden wird, weil er nicht alle bei anderen Operateuren üblichen Sicherheitsmaßnahmen angewendet hat; aber er wird seinen abweichenden Standpunkt mit guten Gründen belegen müssen, denn seine Ablehnung erprobter Maßnahmen darf nicht auf Leichtsinne oder Eigensinn beruhen, sondern nur auf begründeter wissenschaftlicher Überzeugung.

Birkenfeld (Berlin)._o

Bode, F.: Sicherungen gegen das Zurücklassen von Fremdkörpern bei Operationen im Körper des Kranken. (*Chir.-Gynäkol. Abt., Allg. Krankenh., Bad Homburg v. d. Höhe.*) *Chirurg* 6, 521—524 (1934).

Bode verlangt weiteren Ausbau der bisher geübten Maßnahmen gegen das Zurücklassen von Fremdkörpern. Er selbst hat für seinen Operationsaalbetrieb Forderungen grundsätzlicher Art durchgeführt. Erstmals ist er gegen die Verwendung von losen Tupfern und gebraucht nur Stieltupfer! Von diesen darf immer nur einer im Stiel sein. Kompressen werden zu „5“ gebündelt und von einer sicherheitsnadelähnlichen Klammer, die ein Schild mit der Zahl „5“ trägt, zusammengehalten. Die Entklammerung besorgt durch Fingerdruck die instrumentierende Schwester. Eine zweite, nicht desinfizierte Schwester zählt nach der Operation die benutzten Kompressen. Mit der angegebenen Zahl vergleicht die instrumentierende Schwester ihre leeren Klammern, und die Übereinstimmung oder das Fehlen ist schnell festgestellt. Derselbe Grundsatz ist bei kleinen und großen Péans, bei geraden und gebogenen Scheren durchgeführt. Im einzelnen wendet sich B. noch gegen die Benutzung von Gummidrains, die mit einer Sicherheitsnadel zur Verhütung gegen das Hineinrutschen in Körperhöhlen versehen sind. Er selbst zieht einen Seidenfaden durch die ganze Länge der Lichtung des Rohres, knüpft und knüpft weiter in die restlichen Endes des Seidenfadens eine größere Mullkompressen, die als erste Verbandstofflage auf dem Einschnitt Verwendung findet. B. schließt mit der Forderung, beim geringsten Verdacht auf Zurücklassen möglichst schnell alle diagnostischen Mittel anzuwenden und bei positivem Ausfall erneut operativ einzugreifen.

Plenz (Berlin-Zehlendorf)._o

Schröder, H., und Th. C. Neeff: Die Reibungselektrizität als äußere Ursache der Explosionen von Narkoseapparaten und deren Verhütung. (*Drägerwerk, Lübeck u. Laborat. f. Med. Strahlenforsch., Univ.-Frauenklin., Würzburg.*) *Schmerz usw.* 6, 103 bis 113 (1934).

Die Verf. erörtern zunächst, daß es immer noch bei der Verwendung explosiver Narkosemittel trotz aller Vorsichtsmaßnahmen zu Unglücksfällen kommt. Neben den bekannten Ursachen einer Entzündungsmöglichkeit werden die Voraussetzungen untersucht, die durch das Vorhandensein von Reibungselektrizität (statischer Elektrizität) zu einer Funkenbildung und zu einer Explosion führen können.

Durch einschlägige Experimente wird der Beweis erbracht, daß immer dann, wenn bei irgendeinem Narkoseapparat nicht geerdete isolierte Metallteile vorhanden sind, grundsätzlich die Möglichkeit besteht, daß durch Reibungselektrizität Potentialdifferenzen entstehen, die sich durch kleinste Fünklein ausgleichen und so zu Explosionen führen können. Auch die statischen Ablagerungen bei der Benützung von Gummischuhen werden genau untersucht. Angestellte Messungen ergaben, daß ohne besondere Maßnahmen Potentialdifferenzen bis zu 3000 V vorkommen können. Eine Untersuchung, ob im erheblichen Ausmaße strömende Gase die Ursache von Aufladungen scheinen, zeigte, daß auf diese Weise nur geringe Potentialdiffe-

renzen entstehen, die beim Betrieb üblicher Narkoseapparate kaum auftreten dürften. Zum Schlusse werden die Maßnahmen besprochen, welche diese elektrischen Aufladungen unterdrücken könnten. Die sicherste Maßnahme besteht in der entsprechenden Erdung aller Teile auch unter Verwendung nicht isolierenden, leitfähigen Gummis. Es hat sich nämlich gezeigt, daß eine besondere Quelle der statischen Aufladungen in den gummibereiften Rädern fahrbarer Narkoseapparate zu suchen ist. Auch die künstliche Erzeugung einer sehr hohen Luftfeuchtigkeit vermindert die Gefahr elektrischer Aufladungen.

Die vorliegende Arbeit erweckt das größte Interesse auch des gerichtlichen Mediziners, da gezeigt wird, welchen Dingen bei Explosionsunglücken im Operationssaal nachgegangen werden muß. Die Arbeit zeichnet sich durch eine wohltuend korrekte Darstellung der physikalischen Vorgänge aus. *Schwarzacher* (Heidelberg).

Pascalis, Georges: La syncope adrénalino-chloroformique. (Die Adrenalin-Chloroform-Ohnmacht.) (*Paris, 9.—14. X. 1933.*) Procès-verb. etc. 42. Congr. franç. Chir. 1086—1089 (1933).

Die englischen Laryngologen hatten zuerst Gelegenheit, Adrenalin und Chloroform gleichzeitig beim Menschen anzuwenden. Es erfolgten Todesfälle. Es stellte sich heraus, daß zur Tötung eines normalen Hundes 30mal so viel Adrenalin notwendig ist, als dann, wenn der Hund chloroformiert ist. Das Adrenalin wirkt auf dem Umweg über den Vagus, welchen es tonisiert. Die Schilddrüse sezerniert ein Hormon in den Kreislauf, welches die Herzganglien stark sensibilisiert und ihre Aufnahmefähigkeit für das im Blut gelöste Chloroform erhöht. Die vorhandene Kontraktion der Lungengefäße bringt zum Herzen eine große Menge chloroformgesättigten Blutes und die Dilatation der Coronargefäße läßt in der Zeiteinheit wesentlich mehr Blut zirkulieren, als ohne Adrenalinanwendung. Die dem Adrenalin entgegengesetzte Wirkung hat das Atropin. In Fällen von Chloroformüberladung des Herzens (sekundärer Herzstillstand) ist also die Anwendung von Adrenalin geeignet, den Tod herbeizuführen, während die intrakardiale Injektion von Atropin lebensrettend zu wirken vermag. Besonders gefährdet sind die Vagotoniker, die besonders empfänglich für die Adrenalinwirkung sind. Der Einfluß des Chloroforms auf das Herz wird bei ihnen durch Adrenalinwirkung vermehrt, durch Atropinwirkung vermindert. Vagotoniker und Sympathicotoniker sind jedoch leicht voneinander zu unterscheiden: Wenn Druck auf den Augapfel eine Verlangsamung des Pulses herbeiführt, hat man einen vagotonischen Kandidaten des Herzstillstandes vor sich. Eine Atropininjektion erhöht seine Resistenz. Wenn die Kompression der Augäpfel eine Beschleunigung des Pulses herbeiführt, dann hat man es mit einem resistenten Sympathicotoniker zu tun. Eine Adrenalininjektion wird ihn chloroformempfindlicher machen und mit kleineren Dosen schlafen lassen. Nach derartigen Vorichtsmaßnahmen verliert die Chloroformnarkose einen großen Teil ihres Risikos.

Ruge (Frankfurt a. d. O.).

Wahl, F. A.: Folgeerscheinungen bei im Avertin-Dämmer Schlaf geborenen Kindern. (*Univ.-Frauenklin., Marburg-Lahn.*) Arch. Gynäk. 157, 17—20 (1934).

Verf. beobachtet nach Geburten im Avertin-Dämmer Schlaf bei mehreren Fällen schwerste Asphyxien der Neugeborenen, die dieser Narkoseart eigentümlich zu sein scheinen. Es gelingt mitunter erst nach 1 Stunde die Neugeborenen zur selbsttätigen Atmung zu bringen. Das klinische Bild entspricht einer blassen Asphyxie mit schlaffem Gewebsturgor und Verlangsamung der Herztätigkeit. Lobelin und Kohlensäureinhalation haben keine befriedigende Wirkung. Am ehesten ist künstliche Atmung zu versuchen. Bei 50% der im Avertin-Dämmer Schlaf geborenen Kinder fällt noch tagelang die schlafe apathische Haltung des Neugeborenen auf, die das Stillen unmöglich machen kann. Diese Beobachtungen am Neugeborenen kontraindizieren die Geburtsleitung im Avertin-Dämmer Schlaf, solange keine wirksamen Mittel an der Hand sind, um bedrohliche Asphyxien schnell zu beheben. *A. Köhler* (Zwickau i. Sa.).

Dagulf, H.: Erfahrungen mit der Evipannarkose. Sv. Läkartidn. 1934, 553 bis 559 [Schwedisch].

Evipan gibt in der Hauptsache eine gute Basisnarkose; sie spart etwa 50% Äther. In 8 Fällen von 102 kam es zu Atmungsstillstand, der erst durch Coramin, Lobelin und

Digitalis intravenös und künstliche Atmung behoben wurde. Besonders schlecht wird das Evipan von fettleibigen Frauen und bei Bauchfellentzündung vertragen. Hier muß man wesentlich unter die gewöhnliche Dosis gehen. Aber auch bei alten, kachektischen und leberkranken Menschen muß man zurückhaltend dosieren. Das Evipan wird in der Leber abgebaut. Einen Todesfall hatte Dagulf bei einem 77jährigen hinfälligen Manne mit Arteriosklerose und Altersbrand. Ein Kranker blieb noch nach Einspritzung von 10 ccm vollkommen bei Bewußtsein und schlief erst mit weiteren 5 ccm in guter Narkose. Die meisten Kranken, die früher eine Inhalationsnarkose durchgemacht haben, finden eine Evipannarkose angenehmer. *R. Gutzeit* (Neidenburg i. Ostpr.).^{oo}

Moulouguet, A.: À propos d'une mort au cours d'une anesthésie par une injection intra-veineuse d'un produit malonylureidé (évipan). (Über einen Narkosetodesfall nach intravenöser Injektion eines Malonylharnstoffabkömmlings [Evipan = N-Methylcyclohexenyl-methyl-Malonylharnstoff].) *Ann. d'Oto-Laryng.* Nr 4, 428—431 (1934).

Bei einem 55 Jahre alten Mann mit Kehlkopfkrebs, bei dem 6 Tage vorher ein erster Eingriff in Rectanol-Basissnarkose mit Ätherzudosierung (Rectanol = Tribromäthanol [= Avertin] in Amylenhydrat gelöst) vorgenommen worden war, trat im Anschluß an eine intravenöse Injektion (Dauer: etwa 1½ Minute) von 1 g des sonst im allgemeinen gut verträglichen Evipans (in 10 ccm Aqua dest. gelöst) Atemstillstand ein, der nicht mehr zu beheben war. *Kärber.*

Schorseh, Gerhard: Zentralnervöse Störungen nach Lumbalanästhesie. (Kasuistischer Beitrag.) (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Leipzig.*) *Nervenarzt* 7, 299—302 (1934).

Nach einer Lumbalanästhesie trat bei einer psychopathischen Frau eine doppelseitige Chorea auf, die durch eine mit der Novocaininjektion ursächlich im Zusammenhang stehende Blutung in die Stammganglien erklärt wird. *Tietze* (Breslau).^{oo}

Neuschüler, Ignazio: Oftalmoplegia esterna completa e bilaterale da rachianestesia. (Considerazioni patogenetiche.) (Vollständige und beiderseitige Ophthalmoplegia externa bei Rückenmarks-[Lumbal-]Anästhesie. [Pathologische Betrachtungen.]) *Riv. otol. ecc.* 11, 255—273 (1934).

Verf. bespricht zunächst unter Bezugnahme auf andere Autoren die verschiedenen Störungen, welche bei Lumbalanästhesie und einfacher Lumbalpunktion auftreten können. Dann beschreibt er einen Fall, bei welchem in Anschluß an die Anästhesie eine isolierte, vollständige, beiderseitige äußere Augenlähmung auftrat, die schließlich wieder verschwand. Verf. nimmt dann nach kurzer Beschreibung eines zweiten Falles, bei welchem nach Lumbalpunktion eine doppelseitige Abducensparalyse in Erscheinung getreten war, Gelegenheit, über die mögliche Pathogenese solcher Störungen zu sprechen. Er weist verschiedene Möglichkeiten auf: reine Hypertension und Hypotension im Cerebrospinalraum, aseptische meningeale Reaktion, toxische Neuritis usw. Es werden auch die Fragen über Liquorproduktion und -resorption angeschnitten, wobei Verf. der Anschauung zuneigt, daß die Plexus chorioidei Resorptionsstätten seien. *M. H. Fischer* (Berlin-Dahlem).^o

Macias de Torres, E.: Les embolies huileuses dans Phystérosalpingographie. (Die Ölembolien in der Hysterosalpingographie.) (*Clin. de Gynéc., Hôp., Oviedo, Espagne.*) *Rev. franç. Gynéc.* 29, 218—223 (1934).

Die Einführung des französischen Lipiodols ist weithin verbreitet und erprobt von zahlreichen Gynäkologen und kann schon als klassische diagnostische Methode angesehen werden, besonders zu folgenden Zwecken: Exakte Feststellung der Sterilität infolge Störungen an den Tuben, Erkennung hochsitzender maligner Neubildungen des weiblichen Genitale, Differentialdiagnose von Beckentumoren, Erkennung gewisser pathologischer Schwangerschaften und schließlich für alle unklaren Fälle, in denen andere Methoden nicht zum Ziel geführt haben.

Die Zufälle und Gefahren bei der intrauterinen Injektion von Lipiodol sind gut bekannt, hauptsächlich durch Anwendung von zu großem Druck, besonders dann, wenn das Mittel in die Tuben eindringen soll. Meist bedient man sich dabei des Manometers. Infektion ist Kontraindikation. Am wichtigsten nach Ansicht des Verf. ist aber das Eindringen des Mittels in die Blutgefäße, welches meist unbemerkt geschieht, weil es keine sichtbaren oder gefährlichen Folgen hat und häufig in sehr geringem Maße stattfindet. Bécélère hat am Leichenpräparat

demonstriert, daß bei 40—50 cm Quecksilber das Mittel in die Blutgefäße der Gebärmutter eindringt. So hohe Drucke kommen bei der Lebenden nicht zur Anwendung, jedenfalls nicht absichtlich. Die meisten Fälle von Eindringen in die Venen (uterina oder utero-ovarica) sind bei 20—25 cm Quecksilber beobachtet. Gelegentlich kam bei solchen Fällen etwas blutiger Auswurf zur Beobachtung und bald danach völlige Wiederherstellung. Aber auch schwerere Fälle sind beobachtet mit blutigem Auswurf und Kollapszustand, aber meist mit rascher Erholung. In einem Fall von Uterus bicornis infantilis trat das Lipiodol in den Plexus uterinus der rechten Seite ein und füllte sogar die Iliaca auf eine erhebliche Strecke. Auch hier trat rasche Erholung ein. Röntgenologisch wurden von Bécélère Fälle beobachtet von Gefäßembolie ohne Krankheitserscheinungen, besonders in Fällen von Hindernissen in den Tuben, wenn man den Druck nicht mißt. Sodann in Fällen von Tubenverschluß, verbunden mit Hypoplasie des Uterus, trotz Manometerkontrolle und schließlich in Fällen von früherer Salpingektomie, wenn anormale Anastomosen bestanden. Gleichzeitig mit Blutung aus dem Uterus wurde niemals Embolie beobachtet. Zwecks Vermeidung des Ereignisses wird empfohlen, Verletzungen der Schleimhaut zu vermeiden und die Injektion zu unterbrechen, wenn der Uterus bei der Einführung der Sonde blutet. Eine frische, wenn auch sehr geringe Blutung bei der Untersuchung stellt nach Ansicht des Verf. die häufigste Ursache der Embolie dar. Kleine, in die Gefäße geratende Öltröpfchen dürften dem röntgenologischen Nachweis entgehen, wenn gleichzeitig die Tuben sich füllen und teilweise auch die freie Bauchhöhle. Bei der ganzen Manipulation dürfte der Druck im Uterus den Gefäßbinnendruck leicht übersteigen, so daß die Embolie beginnt, sofern keine Thrombosen bestehen. Nur wegen des kleinen Kalibers der meisten Gefäße dürften die Embolien so gering sein, die außerdem wegen der Raschheit des Abtransportes meist röntgenologisch nicht nachweisbar seien.

Zusammenfassend lehnt Verf. die Methode ab wegen ihrer Gefahr. Wenn sie gelegentlich unentbehrlich erscheint und der Uterus blutet, darf die Methode nur bis zum Aufhören der Blutung durchgeführt werden und die Injektion muß mit weicher Sonde geschehen, um jede Verletzung der Schleimhaut zu vermeiden.

Walcher (Halle a. d. S.).

Hirsch, Aaron: Pyometra following application of radium for carcinoma of the cervix. With the late development of adenocarcinoma of the body of the uterus. (Ein Fall von Pyometra nach Radiumapplikation beim Cervixcarcinom mit späterem Adenocarcinom des Corpus uteri.) (*Gynecol. Serv., Beth Moses Hosp., Brooklyn.*) Amer. J. Obstetr. 27, 750—752 (1934).

Pyometritiden nach Radiumeinlagen beim Cervixkrebs sind nicht sehr häufig, immerhin werden doch in der Literatur, wie von Bland 3,3%, von anderen wie Tate 10,7%, Sainclair 6,2% angegeben. Verf. berichtet dann die Krankengeschichte einer 60jährigen, verheirateten Frau, deren Anamnese ohne Befund war. 1924 wurde bei der Patientin ein Cervixcarcinom festgestellt, und sie wurde mit Radium behandelt. Der Tumor heilte glatt ab, und Patientin war nach 5 Jahren noch rezidivfrei. 1932 suchte Patientin erneut wegen Völlegefühl im Unterleib den Arzt auf; nach eingehender Untersuchung wurde die Diagnose auf Gebärmuttermyom gestellt. Die Operation ergab einen Uterus von der Größe einer 5monatigen Schwangerschaft, weich, cystisch; die Punktion ergab eine schokoladenfarbene Flüssigkeit, die sich unter Druck entleerte. Die pathologisch-anatomische Untersuchung des Präparates ergab eine Pyometra mit chronischer Metritis und Adenocarcinom des Gebärmutterkörpers. Da der Krebs nur mikroskopisch zu erkennen war, hält Verf. die Pyometra nicht für die Folge des jetzigen Krebses, sondern der vor Jahren stattgehabten Radiumeinlage. Schaefer.°°

Brétéché: Sympathicotomie aiguë mortelle après hystérectomie. (Akute tödliche Sympathicotomie nach Uterusexstirpation.) (*Paris, 9.—14. X. 1933.*) Procès-verb. etc. 42. Congr. franç. Chir. 1117—1119 (1933).

Bericht über 2 Todesfälle nach Uterusexstirpation, die auf akute Sympathicotomie zurückgeführt werden. Die Symptome waren die der postoperativen Peritonitis mit Darmverschluß. Bei einem der Fälle konnte durch Relaparotomie das Fehlen einer Peritonitis oder eines Blutergusses festgestellt werden. Beide Fälle zeigten vor der Operation die Zeichen des Hyperthyreoidismus, der bekanntlich mit Sympathicotomie vergesellschaftet ist. Als Erklärung für die Entstehung der akuten tödlichen Sympathicotomie wird der Antagonismus der innersekretorischen Drüsen angeführt, wonach nach Entfernung der Genitaldrüsen ein starkes Überwiegen der Thyreoidea und damit der sympathicotonen Erscheinungen in Erscheinung treten kann.

P. Werner (Wien).°°

Mayrhofer, Heinrich: Mißerfolge der Pneumothoraxbehandlung und ihre Ursachen. (*III. Med. Abt., Wilhelminenspit., Wien.*) Beitr. Klin. Tbk. 85, 57—63 (1934).

Die Pneumothoraxbehandlung hat in etwa der Hälfte der Fälle günstige Resultate aufzuweisen (bei sozial besser gestellten Kranken 54—66,5%, sogar bis 92% Heilerfolge. Mißerfolge beruhen auf der Form der Tuberkulose (exsudative Formen bis 13,5% Erfolge, produktive 40%; weit fortgeschrittene Form der Ulcereofibrose 0), „postpleuritische“ Phthisen zeigen auch bei „Einseitigkeit“ kaum je einen dauernden Erfolg); ferner auf großer Ausdehnung des Prozesses oder dem Alter der Erkrankung, der Reaktionsfähigkeit des Organismus. Der Erfolg ist nicht immer richtig vorauszubeurteilen. Verf. bespricht die therapeutischen Überlegungen und Maßnahmen bei Mißerfolg nach 2jährigem Bestehen der Luftbrust und bei Komplikationen (Exsudat, Metastasen). Die Thorakoplastik ist um so ungefährlicher, je früher sie vorgenommen wird.

Lochte (Göttingen).

Horvat, Zlatko: Polyneuritis als Folge prophylaktischer Antitetanusseruminjektion. (*Neurol.-psihijatr. sveuč. klin., univ., Zagreb.*) Liječn. Vjesn. 55, 579—581 u. dtsc. Zusammenfassung 581 (1933) [Serbo-kroatisch].

Darstellung eines Falles von Polyneuritis, besser Polyradiculitis, die sich nach einer prophylaktischen Injektion von Antitetanusserum entwickelt hat. Kurze Übersicht der einschlägigen Literatur.

Bellheim (Zagreb).

Otto, R.: Vermeidung von Serumzufällen bei Verwendung von Tetanus-Antitoxin. (*Serol. Abt., Inst. Robert Koch, Berlin.*) Z. ärztl. Fortbildg 31, 310—312 (1934).

In der kurzen Abhandlung werden alle wesentlichen Gesichtspunkte, deren Berücksichtigung bei der Serumbehandlung des Tetanus unerlässlich sind, angeführt. Gleichzeitig wird angegeben, welche Möglichkeiten zur Vermeidung unerwünschter Nebenwirkungen zur Verfügung stehen. Einzelheiten müssen dem zusammenfassenden Aufsatz entnommen werden.

Kappus (Göttingen).

Cacciapuoti, G. B.: Trombo-arterite midollare con sindrome di Brown-Séquard da vaccinazione antirabbica. (Medulläre Thromboarteritis mit Brown-Séquardschem Syndrom nach Wutschutzimpfung.) (*9. Congr. d. Soc. Ital. di Neurol., Modena, 5.—8. X. 1932.*) Riv. Pat. nerv. 43, 154—162 (1934).

33jähriger Mann erlitt am 7. X. 1931 durch den Biß eines Wachhundes mehrere Rißquetschwunden an der rechten Wade; sofortige ärztliche Behandlung, leichte rötliche Reaktion mit Schmerzen. Vom 9. X. an Injektionen mit der gewöhnlichen Wutschutzvaccine in steigenden Dosen, die der Kranke 10 Tage hindurch ohne Beschwerden vertrug. Am 11. Tage nach 15 Injektionen Auftreten von Fieber unter heftigem Frostgefühl, Schmerzen in der linken Brusthälfte, sowie in beiden Beinen; am nächsten Tage auch Schwäche in denselben, alsbald vollkommene Lähmung des linken Beines. Das Fieber dauerte 4 Tage an. Bei der Untersuchung fand sich vollkommene Lähmung mit Streckkontraktur des linken Beines mit Patellarklonus und andauernder Dorsalflexion der Großzehe. Am rechten Bein bestand keine eigentliche Lähmung, aber Verlangsamung und Unsicherheit der Bewegungen; kein Knieklonus, Fußsohlenreflex im Beugetypus, geringer Widerstand bei passiven Bewegungen. Die Berührungsempfindung war im Bereiche des linken S. D.S. aufgehoben, es fanden sich im linken Hypochondrium (D₈₋₉) einige Hautbläschen; Zeichen von Hyperästhesie fehlten. Die Sensibilitätsprüfung ergab im rechten Bein eine taktile Anästhesie und Analgesie bis zur Leiste und weiter hinauf Hypästhesie und Hypalgesie bis in Nabelhöhe, Thermoanästhesie und Thermohypästhesie bis etwa zur Mitte des Oberschenkels, weiterhin schwere Störungen der Tiefensensibilität für Lage und Bewegung im linken Bein: alles in allem das typische Bild des Brown-Séquardschen Syndroms. Der Liquor entleerte sich unter niedrigem Druck, von ockerartiger Farbe, ähnlich dem nach einer Gehirnbilutung; spärliche neutrophile Polynucleäre. Allmählich leichte Besserung, rechtes Bein wurde frei beweglich, das linke blieb spastisch paretisch mit Streckkontraktur des Kniegelenkes und Equinusstellung des Fußes.

Verf. erörtert die Diagnose des Falles gegenüber der Annahme einer Lyssa-Schädigung, die stets diffusen Charakter hat, und gegenüber einer interkurrenten akuten infektiösen Myelitis und hebt als wichtig hervor die Inkubationszeit von 10—13 Tagen vom Beginn der Behandlung. Verf. berücksichtigt eingehend das vorliegende Schrifttum, das die Unterscheidung der klinischen Syndrome als Folgezustände der Wutschutzimpfung in 2 Gruppen lehrt: eine Gruppe der schwersten, häufig tödlichen Fälle, bei denen sich das klinische Bild einer Myelitis häufig in der Form der aufsteigenden Lähmung nach Landry findet und in eine zweite prognostisch wenig ernste Gruppe von Fällen, bei der polyneuritische Erscheinungen an Gliedmaßen und Rumpf, oft mit einseitiger Beteiligung des Facialis vorherrschen.

G. Stiefler (Linz).

Guillain, Georges, et L. Rouquès: Sur les rapports d'une vaccination antityphoïdique avec le développement d'une syringomyélie. (Beziehungen zwischen einer Antityphusimpfung und der Entwicklung einer Syringomyelie.) (*Soc. de Neurol., Paris, 3. V. 1934.*) *Revue neur.* **41, I, 745—749** (1934).

Dezember 1914 wird ein Soldat im Felde gegen Typhus geimpft, und zwar durch Injektion in die rechte Schulterblattgegend. Einige Tage Fieber und Schulterschmerzen; innerhalb 15 Tagen Ausdehnung der Schmerzen bis zu den Fingern hinab, Abnahme der Muskelkraft und anschließend eine Muskelatrophie im Bereich der Schulter und der Hand. Da keine Besserung eintritt, wird er Dezember 1915 mit der Diagnose: Neuritis im Gefolge einer Typhusschutzimpfung, aus dem Heeresdienst mit 30% Rente entlassen. Er gibt später an, daß er den Injektionsstich am Rücken damals nicht gefühlt habe. Der Zustand bleibt unverändert. 1924 stellt Patient bei sich selbst eine Thermanästhesie am rechten Arm und eine Analgesie in der rechten Schlüsselbeingegend fest. 1928 zeigt sich ein Unterschied in der Schweißabsonderung der beiden Gesichtshälften. 1929 geht der Muskelschwund auf die linke Hand und Schulter über und vermehrt sich an der rechten Seite. Die Untersuchung 1929 stellt eine ausgebildete Syringomyelie fest, die sich auch auf den V. und VII. Hirnnerv erstreckt, mit Nystagmus rotatorius und Hornhautreflexie. Trotz Röntgenbestrahlung langsame weitere Verschlechterung, Atrophie auch der Vorderarmmuskeln, Reflexerhöhung an den Beinen, Babinsky, Thermanästhesie von C₂ bis, L₂, Parese des rechten Gaumensegels und des rechten Stimmbandes. — Der Zusammenhang der ersten Symptome mit der Impfung ist unbestreitbar. Verff. sind der Ansicht, daß die erste Diagnose: „Neuritis“ irrtümlich war — bei einer solchen hätte man allmähliche Heilung erwarten müssen —, daß die ersten Störungen vielmehr auf kleine intramedulläre Hämorrhagien zurückzuführen waren, die den Ausgangspunkt der späteren Gliose und Syringomyelie gebildet haben. Sie betonen aber selbst, daß sie eine Sicherheit für diese Anschauung nicht beanspruchen können. *H. Haenel* (Dresden).

Chavany, J.-A., et A. Chaignot: Contribution à l'étude des accidents nerveux de la chrysothérapie. Syndrome douloureux, anxieux et insomniacque avec présence de secousses fibrillaires à peu près généralisées. (Beitrag zum Studium der nervösen Zufälle der Goldbehandlung. Schmerz-, Angst- und Schlaflosigkeitssyndrom mit gleichzeitigen fast generalisierten fibrillären Zuckungen.) *Presse méd.* **1934 I, 478—480.**

Nervöse Störungen als Komplikationen bei der Goldbehandlung sind ziemlich selten. Verff. berichten über 2 Fälle von Lungentuberkulose, die mit intravenösen Goldsalzinjektionen in mäßiger Dosierung behandelt wurden und nach einer Anzahl von Einspritzungen mit einer Gesamtmenge unter der mittleren toxischen Dosis in ein eigenartiges Krankheitsbild verfielen. Dasselbe war im wesentlichen ausgezeichnet durch sehr lebhaftes diffuse Schmerzen mit Hautüberempfindlichkeit, ängstliche Erregung, besonders in den Abend- und Nachtstunden, fast generalisierte fibrilläre Zuckungen, die nur die Gesichts- und Sprechmuskeln verschont lassen, Hyperidrosis. Sonstige neurologische Symptome, insbesondere Muskelatrophien, fehlen. Ob die Symptome der Schlaflosigkeit, Gewichtsabnahme und leichter Fieberzacken mit der Goldintoxikation oder dem tuberkulösen Grundleiden zusammenhängen, lassen die Verff. unentschieden. Das Krankheitsbild erwies sich als keiner Behandlung zugänglich, war mit einer vorübergehenden Verschlimmerung der Lungentuberkulose verbunden, klang aber innerhalb von 3 Monaten völlig, ohne Spuren zu hinterlassen, ab. Abschließend besprechen Verff. die verschiedenen Möglichkeiten, das Krankheitsbild zu erklären. Sie glauben, dasselbe vorwiegend in die sensiblen und motorischen Zellen des Rückenmarks lokalisieren zu sollen. *Baumm.*

Ohm, J.: Der optokinetische Nystagmus bei Septojodschädigung der Netzhaut. *Z. Augenheilk.* **83, 338—343** (1934).

Bei 30jähriger Frau traten nach Einspritzung von 150 ccm Septojod in die abgebundene V. saphena magna Erbrechen und am folgenden Tag Sehstörungen auf; Vis. rechtes Auge Handb. v. d. A., linkes Auge Lichtschein. Nach 3 Wochen kleine schwarze Netzhauterdrüchen. Nach 6 Wochen Vis. = 1,0; Gesichtsfeld normal. Optokinetische Prüfungen vom 22. Krankheitstage ab, deren Ergebnisse durch abgebildete Kurven dargelegt werden. Sie zeigte eine der Zunahme des zentralen Visus entsprechende Steigerung der optokinetischen Erregbarkeit besonders des Zentrums. *P. A. Jaensch* (Essen).

Mikulicz-Radecki, F. v.: Uterusruptur infolge intravenöser oder intramuskulärer Pituglandolinjektion während der Geburt des Kindes. (*Univ.-Frauenklin., Königsberg i. Pr.*) *Dtsch. med. Wschr.* **1934 I, 665—669.**

Bericht über 3 Fälle von Uterusruptur, die durch intravenöse und intramuskuläre Gaben von Hypophysenhinterlappenpräparaten bei noch nicht entleertem Uterus herbeigeführt wurden. Wenn auch in den beiden ersten Fällen geburtshilfliche Eingriffe vorgenommen wurden, bevor die Diagnose Ruptur gestellt war, so war doch nach Lage der Dinge in beiden Fällen anzunehmen, daß die Ruptur infolge der Hinterlappen-

injektionen erfolgte. Alle 3 Patientinnen wurden laparotomiert und der Uterus exstirpiert. 2 Patientinnen wurden geheilt, 1 kam an Peritonitis ad exitum. Weiter wird noch über 8 einschlägige Beobachtungen aus der Literatur berichtet. In fast allen Fällen erfolgte die Ruptur bei Vielgebärenden zu einem Zeitpunkt, wo der Kopf noch nicht ins Becken eingetreten war. Es wird daher eindringlich vor der kritiklosen Anwendung dieser Mittel und einer falschen Dosierung, ganz besonders aber der intravenösen Injektion in der Eröffnungsperiode gewarnt. Die intravenöse Injektion bei nichtentleertem Uterus wird geradezu als Kunstfehler bezeichnet. *Anselmino.*

Sézary, A., et A. Duruy: Troubles nerveux consécutifs à une encéphalopathie arsénobenzolique. (Nervöse Störungen infolge einer Arsenobenzol-Encephalopathie.) Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, III. s. 50, 623—625 (1934).

Eine 32jährige, syphilitisch infizierte, seit 2 Jahren mit Novarsenobenzol behandelte Frau erleidet im Verlaufe der 3. Behandlungsserie 3 Tage nach der 3. Injektion von 60 cg ein Koma von 4tägiger Dauer. Das Medikament wurde stets schlecht vertragen, aber wegen der Diagnose Meningitis syphilitica trotz negativem Lumbalbefund erhielt sie durch 5 Wochen neben Quecksilber- und Wismutpräparaten noch 4 Injektionen von je 75 cg Novarsenobenzol. Jetzt zeigt sie eine an multiple Sklerose erinnernde Dysarthrie und pyramidale Störungen, sowie eine vorübergehende Urin-Inkontinenz. Verff. nehmen eine diffuse Encephalopathie (Lissauer) infolge Arsenobenzol-Vergiftung an. *Laehr* (Naumburg a. d. S.).

Rink, E. H.: Peripheral neuritis occurring during antisyphilitic treatment. (Periphere Neuritis im Verlaufe einer antiluischen Behandlung.) (*Vener. Dis. Dep., Guy's Hosp., London.*) Lancet 1934 I, 570—571.

Es handelt sich um eine typische akute Polyneuritis bei einem 48jährigen Mann mit früherem Primäraffekt, die sich im Laufe der zweiten spezifischen Behandlung (Neosalvarsan-Wismut) einstellte. Ursächlich kamen nach genauer Prüfung Blei, Alkohol, Diabetes mellitus nicht in Frage; gegen die Syphilis als Ursache sprechen der negative Wassermann im Blut und Liquor sowie die Tatsache, daß die Neuritis spontan ausheilte. Auf Grund dieser Erwägungen ist die Ursache der Neuritis in einem bei der antiluischen Therapie verwendeten Medikament zu suchen, zumal noch andere Erscheinungen, wie sie bei der Arsenobenzol-Wismut-Vergiftung auftreten, vorhanden waren (Ikterus, Gingivitis). Eine Polyneuritis durch Wismut ist noch seltener als eine solche durch Arsenobenzol; es ist nur ein derartiger Fall bekannt (M. Critchley), bei dem aber die Nierenfunktion schwer beeinträchtigt war.

Verf. berücksichtigt das Schrifttum über Arsenpolyneuritis und weist darauf hin, daß in allen von Beeson gesammelten Fällen eine Überempfindlichkeit gegenüber Arsen bestand und in mehr als der Hälfte der Fälle die Polyneuritis mit einer Dermatitis exfoliativa vergesellschaftet war. Auch in einem von Spillman (1914) beschriebenen Falle trat bei einer 49jährigen Frau mit Syphilis nach 2 Injektionen von Arsenobenzol eine Facialislähmung auf, die in vollkommene Heilung ausging. Verf. betont das seltene Auftreten einer Polyneuritis durch Arsenobenzolverabreichung und weist darauf hin, daß seit Beesons Veröffentlichung (1920) nur noch ein Fall von Urechia und Dragomir (1932) beschrieben wurde. (Vgl. diese Z. 20, 116.) *G. Stiefler* (Linz).

Kobro, Mikael: Angioneurotischer Symptomenkomplex und Purpura bei einem Kind nach Myosalvarsan-Injektion. (*Med. Avd., Sykeh., Stavanger.*) Norsk Mag. Laegevidensk. 95, 399—401 (1934) [Norwegisch].

Ein 3 Monate altes Kind mit Lues congenita erhält Bi und Myosalvarsan 0,02 wöchentlich. Behandlung wird gut vertragen. Dann bekommt es im 6. Lebensmonat Diphtherie; Serumbehandlung und Serumkrankheit. Nach der Heilung wird die Myosalvarsanbehandlung wieder aufgenommen und nach der 3. Injektion stellt sich ein shockähnlicher Zustand ein mit Kongestion, die in eine blaublasse Farbe übergeht, mit allen Zeichen eines angioneurotischen Symptomenkomplexes. Gleichzeitig entsteht eine generelle Purpura und Ödem der unteren Augenlider. Nach 3 Stunden waren die Symptome verschwunden und nach wenigen Tagen war die Purpura abgeblaßt. *Edv. Gundersen* (Oslo).

Green, J., und Chr^a. J. Gelderman: Agranulocytose (maligne Neutropenie) durch Heilmittel. (*Afd. v. Inwend. Ziekten en Infect. Ziekten, Univ., Amsterdam.*) Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1934, 3444—3467 (1934) [Holländisch].

Verff. haben im Laufe der letzten 3 Jahre 13 Fälle von Agranulocytose beobachtet

und dabei den Eindruck gewonnen, daß eine medikamentöse Ursache für die Entstehung der Krankheit eher die Regel als die Ausnahme ist. In 2 Fällen entstand das Leiden im Anschluß an Einspritzungen von Neosalvarsan, 9mal war ein Antipyrin oder Pyramidon enthaltendes Mittel kurz vorher gebraucht worden. Einmal hörte nach Absetzen des Pyramidons die Angina necroticans auf und die Leukocytenzahl wurde normal, während das übrige Krankheitsbild unverändert blieb. In 2 Fällen war Gebrauch von Aspirin und Salicylnatrium mit Chininum sulfuricum bekanntgeworden, ob auch andere Medikamente gebraucht wurden, steht nicht fest. Es gelangten außerdem den Verff. noch weitere 5 Fälle, die anderwärts behandelt worden waren, zur Kenntnis, bei denen vor dem Entstehen der Krankheitserscheinungen Pyramidon enthaltende Heilmittel eingenommen worden waren. Demnach ist es möglich, daß bei besonders empfindlichen Individuen die genannten Medikamente eine Agranulocytose verursachen. Ob auch andere Heilmittel, hauptsächlich Antipyretica und Hypnotica, eine derartige Wirkung haben können, muß durch weitere Untersuchungen und Beobachtungen festgestellt werden. *Eisenhardt* (Berlin).

Horrocks, G. E.: Carbon tetrachloride poisoning in ascariasis. A case report. (Tetrachlorkohlenstoffvergiftung bei Ascariasis.) *Mil. Surgeon* 74, 246—247 (1934).

8jähriger Filippino erhält zur Beseitigung von Ascariden 3 ccm eines Wurmmittels, das eine Mischung von Santonin, Chenopodiumöl und Tetrachlorkohlenstoff enthält. Er erkrankt 2 Tage später und stirbt am 3. Tag. Die Sektion ergibt eine gelbe verkleinerte Leber, Reizung der Darmschleimhaut, im Darm zahlreiche Ascariden. Mikroskopisch fettige Degeneration der Leberzellen in der Peripherie und Nekrose der zentralen Leberzellen mit Neubildung von Lebergewebe, also das Bild der akuten gelben Leberatrophie. Ursache ist eine Vergiftung mit Tetrachlorkohlenstoff, die trotz der Verbindung mit Chenopodiumöl in dem Wurmmittel und trotz der kohlehydratreichen Diät (Reis) eingetreten war. *G. Straßmann* (Breslau).

Daitô, Toshizô, und Jôji Moriwaki: Vergiftungstod (Bulbärparese) durch Emetin und seine Vergiftungsdose. *Otologia* (Fukuoka) 7, 301—309 (1934) [Japanisch].

Patient, 37jähriger Mann, bekam intravenöse Injektionen von Emetin gegen Amöbendysenterie, täglich je 0,04 g (Gesamtmenge: etwa 1,0 g) während 26 Tagen in 2 Serien mit Intervall von 2 Tagen. Nach Injektion der 2. Serie klagte er über Anämie, Myasthenie, Herzschwäche und Sprachstörung durch Gaumenparese. Trotz Anwendung aller möglicher Herzmittel war er endlich tot. Bei der Emetinvergiftung sind folgende 3 Punkte zu beachten: 1. Giftigkeit auch für Menschenprotoplasma, 2. minimale Differenz zwischen Wirkungs- und Vergiftungsdose, 3. konstitutionelle Differenz bei der Reaktion. Bei der Emetinvergiftung finden sich Hyperämie und Infiltration der Schleimhaut der digestiven Organe, Lungen und Leber und dazu noch Myasthenie und Herzschwäche. Die akut auftretende Bulbärparese mit Sprach- und Stimmstörungen und Wirkungslosigkeit der Herzmittel sind sehr auffallend. Die Anwendung von Emetin 1,0 g oder darüber ist gefährlich. *Iida* (Fukuoda).

Horneman, Sv.: Tödlich verlaufender Fall von Atophan-Ikterus. (*Sygeh., Nyborg.*) *Ugeskr. Laeg.* 1934, 694—695 [Dänisch].

Schilderung eines Falles mit tödlich verlaufender akuter gelber Leberatrophie, die bei einer vorher gesunden 26jährigen Frau auftrat, nachdem sie wegen Ischiasschmerzen während etwa 17 Tagen etwa 50 Atophan-Tabletten eingenommen hatte. Diese Beobachtung zusammen mit früher publizierten gleichartigen mahnt zu großer Vorsicht bei der Anwendung von Heilmitteln dieser Art. *Einar Sjövall* (Lund, Schweden).

Wullenweber: Gasbranderkrankung mit Genesung. *Dtsch. med. Wschr.* 1934 I, 901—902.

Mitteilung eines Falles, der 1921 nach Injektion von Asthmolysin in den Biceps auftrat und nach chirurgischer Behandlung ohne Heilserum in etwa 6 Tagen in Heilung überging. Infektion durch unzureichende Hautdesinfektion angenommen.) *Kappus* (Göttingen).

Mueller, B.: Das ärztliche Berufsgeheimnis im kommenden Recht. (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) *Münch. med. Wschr.* 1934 I, 717—719.

Verdienstvolle Ausführungen unter Berücksichtigung neuer gesetzlicher Bestimmungen oder vorliegender Gesetzentwürfe. Es wird darauf hingewiesen, daß nach dem kommenden Strafrecht dem Arzt eine Sonderstellung eingeräumt wird. Nach dem

geltenden Strafrecht ist der Arzt wie jeder Staatsbürger verpflichtet, in Fällen, in denen er von geplanten gemeingefährlichen Verbrechen (Hochverrat, Landesverrat, Münzverbrechen, Mord, Raub, Brandstiftung, Sprengstoffattentaten, Eisenbahnattentaten) etwas erfährt, Anzeige zu erstatten; nach dem nationalsozialistischen Strafrecht soll vom Arzt usw. bei Vermeidung von Strafe auch Anzeige erstattet werden, wenn er Kenntnis von bereits ausgeführten schweren Verbrechen gegen das Leben eines Volksgenossen oder gegen das Wohl der Volksgemeinschaft oder gegen die Staatsordnung erhalten hat. Ausdrücklich aber sollen ausgenommen von diesen Bestimmungen Ärzte und Anwälte sein, wenn sie von den Verbrechen bei Ausübung ihrer Berufstätigkeit erfahren haben. Damit wird zweifellos vom neuen Staat die ärztliche Schweigepflicht auch wieder als hohes Rechtsgut anerkannt. Die Möglichkeit, solche Fälle anzuzeigen, wird immerhin in Erörterung gezogen. Allerdings wird auch Schmitz zitiert, der jeder Verwässerung der Schweigepflicht durch Einführung einer einschränkenden Bestimmung widerspricht. Nach der Auffassung von Schmitz sei es ehrenvoller für den Arzt, auch im Konfliktsfalle bei nicht gestatteter Offenbarung der Strafe ins Auge zu sehen, als daß ihm der Konflikt durch die Rechtsprechung abgenommen wird. Verf. widerspricht dieser Ansicht, sie vertrage sich nicht mit der Würde des Arztes und mache ihn zur Ausübung seiner Pflichten gegenüber der Volksgemeinschaft unlustig. Zum mindesten müsse in schweren Fällen die Möglichkeit gegeben werden, die Belange der Volksgemeinschaft auch gegen seinen Kranken wahrzunehmen. Verf. hat den Eindruck gewonnen, daß der Arzt sich eher zu häufig zum Schaden der öffentlichen Rechtspflege und der Gesamtheit zugunsten seines Kranken auf das Berufsgeheimnis beruft als umgekehrt. (Es ist bekannt, daß das ärztliche Berufsgeheimnis in Frankreich und England sehr starr durchgeführt wird; Ref.). Weiter wird der entsprechende Paragraph des Reichstagsentwurfes zu einem allgemeinen deutschen Strafgesetzbuch angeführt, dazu Bemerkungen gemacht, denen durchaus zuzustimmen ist, und zum Schluß der Auffassung, die wohl jetzt bei der Mehrzahl der Ärzte allgemein gilt, Ausdruck verliehen, der Arzt allein habe zu entscheiden, ob er es in Konfliktsfällen für seine Pflicht hält, auch ohne Einwilligung des Kranken zu reden oder zu schweigen. Diese Auffassung hat zum mindesten den besonderen Vorzug, daß der Arzt nicht in Strafe genommen werden kann, wenn er den Nachweis führt, daß er gewissenhaft erwogen hat, was die höhere Pflicht sei, seine Schweigepflicht dem Patienten gegenüber zu wahren, oder diese zu brechen. (Schmitz, vgl. diese Z. 23, 145.)

Nippe.

Meixner, Karl: Die Schweige- und Zeugnisspflicht des Arztes. Wien. klin. Wschr. 1934 I, 769—773.

§ 498 des österreichischen Strafgesetzes droht den Ärzten, „welche die Geheimnisse der ihrer Pflege anvertrauten Person jemand anderem, als der amtlich anfragenden Behörde entdecken“ für die 1. Übertretung dieses Verbotes die Untersagung der Praxis auf 3 Monate, für die 2. auf 1 Jahr, beim 3. Fall für immer an. Als „Geheimnis“ ist nicht bloß der Zustand des Kranken und das, was über die Vorgeschichte dem Arzt mitgeteilt wird, anzusehen, sondern auch alle anderen Wahrnehmungen, die ihm nur durch seine berufliche Tätigkeit möglich sind. Zum Begriff „Geheimnis“ gehört alles, dessen Bekanntmachung dem, den es betrifft, unerwünscht oder nachteilig sein kann. Der Arzt haftet auch privatrechtlich für Schäden, die anderen aus unbefugten Mitteilungen erwachsen. Befugt sind Mitteilungen 1. wenn der Betroffene sie in urteilsfähigem Zustande verlangt oder gestattet, oder 2. wenn sie dem zu vermutenden Willen oder Interesse des Betroffenen entsprechen, 3. wenn die Mitteilung durch besondere gesetzliche Bestimmungen vorgeschrieben ist, 4. wenn ein dem Interesse des Betroffenen voranzustellendes Interesse die Offenbarung fordert. Als Richtlinie gilt: Unbedingte Auskunftspflicht gegenüber der Behörde, unbedingte Schweigepflicht gegenüber Privatpersonen. Nur der Träger des Geheimnisses kann den Arzt von der Schweigepflicht entbinden. Das ärztliche Geheimnis ist auch über den Tod des Betroffenen hinaus zu wahren.

Wer sich zum Zweck einer Begutachtung untersuchen läßt, von dem muß angenommen werden, daß er mit der Offenbarung des Mitgeteilten an den Auftraggeber einverstanden ist; der Arzt darf aber die Zustimmung nicht ohne weiteres für Wahrnehmungen voraussetzen, die er etwa früher als behandelnder Arzt gemacht hat. Wer sich in eine Universitätsklinik aufnehmen läßt, willigt damit stillschweigend ein, daß sein Krankheitsfall von den Studierenden erörtert wird. Der Entwurf des StrGB. verpflichtet auch Medizinstudierende und Pflegegeschüler zur Geheimhaltung. Während der Arzt dem Kranken den Ernst der schweren Erkrankung in vielen Fällen verheimlichen muß, klärt er befugterweise die Umgebung des Kranken über dessen Zustand auf. Mitteilungen an andere Ärzte, die an der Behandlung teilnehmen, sind befugte. Was die Mitteilung an Eltern, Geschwister, Vormünder, Dienstgeber, Wohnungsgenossen unter Umständen rechtfertigt, ist nicht das Abhängigkeitsverhältnis, sondern nur eine akute Gefährdung anderer, wenn ihr ohne Mitteilung an diese Personen nicht mit Aussicht auf Erfolg begegnet werden kann. Größte Vorsicht und Zurückhaltung ist geboten. Gegen den Willen eines nach dem 14. Jahr geschwängerten Mädchens wird der Arzt, auch wenn er Hausarzt der Familie und das Mädchen noch minderjährig ist, die Eltern nicht ohne weiteres aufklären dürfen. Freilich können Fälle vorkommen, in denen der Wille des Mädchens nach der Stufe seiner geistigen Entwicklung nicht beachtlich ist. Über das Ergebnis von Laboratoriumsuntersuchungen darf der Arzt, für den die Herkunft der Sachen nicht einwandfrei sichersteht, natürlich nur dem Auftraggeber Auskunft erteilen.

§ 359 verpflichtet den Arzt, wo immer seine ärztlichen Wahrnehmungen den Verdacht einer strafbaren Handlung rechtfertigen, die Anzeige zu erstatten. Diese Bestimmung ist gewissermaßen fossil. Verf. lehrt seit etwa 30 Jahren, daß der Arzt in Fällen von Fruchtabtreibung, bei welchen die Frau am Leben bleibt, ohne deren Wissen und Willen im allgemeinen keine Anzeige erstatten soll. In eine schwierige Lage kann der Arzt gelangen, wenn er in einem Patienten, dem er ärztliche Beratung gewährt, einen gesuchten Rechtsbrecher erkennt. Bloß der Sühne zuliebe wird der Arzt das Vertrauen des ihm Befohlenen im allgemeinen nicht täuschen dürfen. Nur Notstand könnte die Anzeige entschuldigen, wenn das bedrohte Gut wertvoller ist als das zum Zweck seiner Rettung geopfert. In Österreich gibt es ein allgemeines Entschlagungsrecht für den Arzt nur im Zivilverfahren. § 321, 3 der Zivilprozeßordnung anerkennt die Verweigerung der Aussage „in bezug auf Tatsachen, über welche der Zeuge nicht würde aussagen können, ohne eine ihm obliegende staatlich anerkannte Pflicht zur Verschwiegenheit zu verletzen“. Dazu gehört die in § 498 des österr. StG. auferlegte Pflicht zur Geheimniswahrung.

Da der Arzt haftbar gemacht werden kann, wenn er trotz Belehrung über sein Entschlagungsrecht aussagt, so wird er sorgfältig abwägen müssen, ob die Interessen, die durch sein Abwägen gefährdet werden, so bedeutend überwiegen, daß er auch ohne Ermächtigung oder gegen den Willen der Betroffenen aussagen darf. Wer den Arzt als Zeugen anführt, ermächtigt ihn natürlich zur Aussage. Diese Ermächtigung kann aber zurückgenommen werden. Nach § 498 des österr. StG. soll die Verletzung der Schweigepflicht in jedem Falle verfolgt werden, in dem die Behörde davon erfährt (official delict); doch kann das Befugnis auch im Strafverfahren gewahrt werden, wenn die Ablegung des Zeugnisses oder die Beantwortung einer Frage einen unmittelbaren oder bedeutenden Vermögensnachteil oder Schaden bringen würde (§ 153 StrPrO.). Die Entscheidung darüber steht dem Gericht zu. Der Zeugenaussage stehen schriftliche Auskünfte gleich. Krankengeschichten in Zivilrechtssachen sind ohne Zustimmung des Behandelten nicht auszufolgen. Eine Ausnahme stellen die Ersuchen der Invalidenentschädigungskommission dar. Wenn der Arzt gezwungen ist, neue Forderungen für geleistete Behandlung im Klagewege geltend zu machen, räumt ihm die Wissenschaft das Recht ein, hierfür die nötigen Angaben über den Schuldner und die Leistung zu machen. Daß Vorwürfe oder Ersatzansprüche des Behandelten den Arzt zur Darlegung des Sachverhaltes vor Gericht berechtigen, ist selbstverständlich. Wegen Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden.

Lochte (Göttingen).

Leonhard: Aufklärungspflicht des Arztes. Z. ärztl. Fortbildg 31, 386—388 (1934).

Die Aufklärung des Kranken über sein Leiden bildet einen Teil der ärztlichen Behandlung, und der Arzt hat nicht bloß das Recht, sondern die Pflicht, den Kranken aufzuklären, damit dieser bei gefährlicher Erkrankung seine häuslichen und geschäftlichen Angelegenheiten bestellen könne (R.G. 2D 57/32 vom 29. 2. 32). Die Grenze der Aufklärungspflicht wird durch die Rücksicht auf das Gemütsleben gezogen, das durch die Mitteilung der vollen Wahrheit gestört werden und die Heilung beeinträchtigen könnte. Diese Rücksicht darf aber nicht genommen werden, wenn der Kranke den

Entschluß zu einer Operation oder einer sonstigen Behandlungsart fassen soll. Hier fordert Leonhard volle Wahrheit. Nur bei geistig nicht Vollwertigen oder Gemütskranken kann von dieser Forderung wegen des möglichen Schadens abgewichen werden (Krebsfurcht). Will der Kranke die Aufklärung vermutlich nur deshalb, um im Falle der Bejahung eines unheilbaren Leidens Selbstmord zu begehen, so ist die Täuschung durch den Arzt geboten; das Handeln ist als Geschäftsführung ohne Auftrag nach § 679 BGB. rechtmäßig. Jeder Verstoß gegen die Aufklärungspflicht begründet einen Schadensersatzanspruch des Kranken gegen den Arzt nur dann, wenn dieser vorsätzlich oder fahrlässig diese Pflicht verletzt hat. *Giese (Jena).*

Bohne, G.: Zur Aufklärungspflicht. Dtsch. med. Wschr. 1934 I, 685—687.

Der ziemlich umfangreiche Artikel, der schon wegen der juristischen Ausführungen nachgelesen zu werden verdient, wendet sich letzten Endes gegen einen Aufsatz von Hellwig im „Gesundheitslehrer“ 1934, S. 26f. Verf. ist der Auffassung, daß sich die Entscheidung des Arztes über die Pflicht der Wahrheitsunterdrückung aus seiner Kompetenz als Arzt oder Gutachter ergebe und daß die Grenze dort liege, wo der Heilzweck, einschl. der Lebensverlängerung, in Frage komme. Im allgemeinen haben wohl die Ärzte der Auffassung von Bohne seit Jahrzehnten und Jahrhunderten vertreten, sind z. B. einer Frage des Patienten nach seinem nahen Tode ausgewichen, um einen körperlichen oder seelischen Shock des Kranken zu vermeiden. *Nippe (Königsberg).*

Sommer, P.: Die Schadenersatzpflicht bei Angriffen geisteskranker Patienten auf den Arzt. Dtsch. med. Wschr. 1934 I, 831.

Ein Landwirt zeigte seit längerer Zeit Spuren von Geistesgestörtheit, was den Angehörigen, besonders der Ehefrau, bekannt war. Sie wußte, daß er zu Aufregungszuständen neigte, und daß er in seinem Zimmer ein Schlachtmesser aufbewahrte. Sie veranlaßte wegen Herzbeklemmungen des Ehemannes den Besuch eines Arztes, der dem Kranken eine Einspritzung machte. Beim nächsten Besuch überfiel der Kranke den Arzt im Hausflur und brachte ihm mit dem Schlachtmesser schwere Verletzungen am Arme bei. Die Ansprüche des Arztes auf Schadenersatz wurden vom R.G. anerkannt: „Wer einen Geisteskranken, dessen Gemeingefährlichkeit erkannt ist, einem Arzt übergibt, handelt fahrlässig, wenn er dem Arzt die Geisteskrankheit und ihren Charakter verschweigt. Dem behandelnden Arzt muß die Möglichkeit gegeben werden, sich gegen die Auswirkungen der Krankheit vorzusehen.“ (Urteil vom 26. II. 1934. VI. 382/33.) *Giese (Jena).*

Arborelius, Måns: Die Kurpfuscherei und Mittel nebst Zielen zu ihrer Bekämpfung. Sv. Läkartidn. 1934, 719—730 [Schwedisch].

Verf. geht von den Bestimmungen des schwedischen Gesetzes aus, laut welchen die Kurpfuscherei gewissermaßen geduldet wird. Ausgenommen sind gewisse Krankheiten (Krebs, Tuberkulose, venerische Krankheiten) und Situationen, wo die nichtfachmännische Behandlung für Leben und Gesundheit des Patienten Gefahr mit sich bringt. Verf. befürwortet — damit der Kampf gegen die Kurpfuscherei wirksamer werde — verstärkte Aufklärung, die Abgabe von Berichten, die die Untauglichkeit der Behandlungsmethoden der Kurpfuscher nachweisen, Mitwirkung der Polizeibehörden bei der Kontrolle persönlich minderwertiger Kurpfuscher, Verschärfung des Strafmaßes und Erweiterung des Verbotes gegen die Kurpfuscherei, so daß dieses für gewisse weitere Krankheiten (in erster Linie Geisteskrankheiten, schwerere Neurosen und Frauenkrankheiten) sowie für alle Behandlung von Kindern gilt. *Einar Sjövall.*

Versicherungsrechtliche Medizin.

Häbler, C.: Fehler in der Unfallbegutachtung und ihre Gründe. (Unfall-Abt., Chir. Univ.-Klin., Würzburg.) Med. Welt 1934, 867—871.

Verf. bringt, für den praktischen Arzt berechnet und an sehr gut ausgewählten Beispielen erläutert, die Ursachen der Fehlerurteile bei Unfallbegutachtungen und teilt diese in 3 Unterabteilungen ein. 1. Würde die Vorgeschichte nicht genau genug erhoben und beachtet. Hierbei läge zum großen Teil die Schuld nicht allein am Gutachter selbst, sondern mit an der Berufsgenossenschaft und den durch eine ganz unzumutbare Spärmaßnahme, die schon oft und leider erfolglos bemängelt worden ist, be-