

Poix, G., et H. Bour: La protection médico-sociale des jeunes au cours de l'apprentissage. (Der ärztlich-soziale Schutz der Jugendlichen während ihrer Lehrzeit.) *Presse méd.* 1942 II, 779—780.

Die Verf. beklagen es, daß zwar alle einsehen, wie der Schutz der Gesundheit junger Lehrlinge eine Notwendigkeit ist, daß er aber weitgehend der Fürsorge des (französischen) Staates entbehrt. Das Gesetz vom 10. III. 1937 sieht zwar vor, daß die jungen Leute vor Antritt ihrer Lehrzeit einer ärztlichen und psychotechnischen Überprüfung unterzogen werden; aber späterhin gibt es keine Nachprüfung des Gesundheitszustandes, um etwaige Irrtümer der genannten Prüfung auszugleichen. Wenn einzelne private Unternehmen den Gesundheitszustand der Jugendlichen überprüfen, so bilden sie doch Ausnahmen, und im übrigen sind die Gesundheit und Entwicklung der jungen Leute keineswegs Gegenstand einer besonderen Aufmerksamkeit. Erst in neuester Zeit (der Artikel stammt vom Dezember 1942) sind dahin zielende Vorschläge bei den Staatsbehörden eingereicht worden. Für Betriebe mit mehr als 50 Besoldeten ist durch das Gesetz vom 28. VII. 1942 ein ärztlicher und sozialer Pflichtdienst eingeführt worden. Die Verf. erörtern einige Maßregeln und schließen mit einem leidenschaftlich bewegten Aufruf, „Frankreich durch seine Jugend wieder aufzubauen“. *Heinr. Többen.*

Gesetzgebung. Ärzterecht.

Rittershaus, E.: Beitrag zur Frage der Entmündigung. *Psychiatr.-neur. Wschr.* 1943, 89—93.

Auf Grund von Mängeln, die sich besonders auf dem Gebiete der Entmündigung in der Praxis immer wieder herausstellen, regt Verf. an, zunächst die Bezeichnung „Entmündigung wegen Geisteskrankheit bzw. Geistesschwäche“ durch die Worte „volle“ bzw. „teilweise Entmündigung“ zu ersetzen. Entsprechend soll nur bei voller Entmündigung die Bezeichnung der „Entmündigte“ bestehen bleiben, während bei teilweiser Entmündigung der Betreffende das „Mündel“ heißen soll. An die Stelle des Vormundes bei voller Entmündigung wird bei teilweiser Entmündigung der Ausdruck „Betreuer“, oder „Beistand“ vorgeschlagen. — Die bisherige Schwierigkeit für einen Entmündigten, sich gegen das Verhalten und gegen Maßnahmen seines Vormundes zu wehren, soll durch das Recht eines unter Pflegschaft oder Vormundschaft Stehenden aufgehoben werden, zu verlangen, daß das zuständige Vormundschaftsgericht in einem ordentlichen, nichtöffentlichen Verfahren die Tätigkeit des Vormundes nachprüft und gegebenenfalls eingreift, unter etwaiger Zulassung eines Rechtsanwaltes und eines psychiatrischen Sachverständigen. Um Mißbräuche zu verhüten, soll das Gericht bei zu häufigen und offensichtlich krankhaften Anrufen für eine gewisse Zeit eine neue Anregung als unzulässig erklären können. — Da für viele Lebenslagen und Aufgaben die voll und teilweise Entmündigung den Ansprüchen der Praxis nicht gerecht wird, soll für den Geschäftsbehinderten ein leichtester Grad der Entmündigung mit der Bezeichnung „Beratung“ geschaffen werden. Der „Beratene“ hat die Pflicht, vor jeder wichtigen Entscheidung den Rat seines Beraters einzuholen, andernfalls der Berater durch das Vormundschaftsgericht einen höheren Grad der teilweisen Entmündigung beantragen kann. *Spiecker (Trier).*

Schläger, M.: Körperliche Unversehrtheit. *Med. Welt* 1943, 124—125.

In diesem, verschiedene Gesichtspunkte enthaltenden Aufsatz wird zunächst festgestellt, daß eine Körperverletzung auch dann vorliege, wenn durch Erregung von Schreck oder Ekel das körperliche Wohlbefinden eines anderen erheblich beeinträchtigt wird. Ferner bedeute jeder ärztliche Eingriff an sich eine Körperverletzung, die Rechtswidrigkeit werde jedoch durch die Einwilligung des Betroffenen beseitigt. Nach dem Strafrecht komme die Rechtsfähigkeit schon von Beginn der Geburt an dem Kinde zu; das Bürgerliche Recht lasse sie erst nach Vollendung der Geburt gelten. — Die menschliche Leiche sei nicht Gegenstand des Rechts. Überlasse jemand durch letztwillige Verfügung seinen Körper nach dem Tod wissenschaftlichen Zwecken, so sei der Körper

Gegenstand des Verkehrs geworden. — Abgetrennte Teile eines Körpers, z. B. Haare, Gliedmaßen seien Eigentum desjenigen, zu dessen Körper sie gehören. Der Arzt dürfe nur mit Einwilligung des Operierten über abgetrennte Körperteile verfügen; die Einwilligung könne auch stillschweigend erfolgen. — Die gelegentlich einer Kriegsverwundung in den Körper eines deutschen Soldaten eingedrungenen Geschosse würden damit Teile seines Körpers. Wäre das Geschloß aus dem Körper entfernt, dann sei es eine herrenlose Sache, die als Kriegsbeute sich anzueignen, der Staat ein wohl nur selten ausgeübtes Beuterecht habe (z. B. Interesse des Staates auf Feststellung der Qualität des Geschosses). Im allgemeinen werde man aber einen stillschweigenden Verzicht des Staates annehmen können, so daß der Aushändigung des aus dem Körper herausgenommenen Geschosses an den Verwundeten kein Bedenken entgegenstehe.

Jungmichel (Göttingen).

Ermel: Zum Begriff der widerrechtlichen Drohung eines Arztes. Z. ärztl. Fortbildg 40, 107—108 (1943).

Ein Krankenkassenmitglied war wegen Krampfadererkrankung am rechten Unterschenkel mit Geschwürsbildung in ambulanter Behandlung bei dem Vertreter eines Arztes; dieser empfahl Verödung, sonst würde er den Patienten durch die Krankenkasse „aufholen“ lassen bzw. er würde von der Krankenkasse gestrichen werden „oder so ähnlich“. Patient ließ daraufhin die Verödung vornehmen; als Folge schwere Blutvergiftung mit Beckenvenenthrombose. Längere Krankenhausbehandlung, im Anschluß Erwerbsunfähigkeit. Schadenersatzklage wegen unzulässiger Drohung und unterlassenen Hinweises auf mögliche schwere Folgen der Verödung. Das OLG. erklärte den Schadenersatzanspruch für gerechtfertigt. Das RG. hob auf die Revision des Beklagten das Urteil auf; Rückverweisung der Sache an das Berufungsgericht (s. D.R. 1942, 579). Auch nach Auffassung des Reichsgerichts sei der Beklagte an sich zu Recht verklagt. Es sei jedoch vom OLG. nicht geprüft worden, ob die Krankenkasse zur Einstellung ihrer Kassenleistungen im Falle einer Verweigerung des Eingriffs durch den Kläger berechtigt gewesen wäre. Hätte es diese Frage bejaht, so wäre der Klage die Grundlage entzogen, da es sich dann bei dem Beklagten nicht um eine Drohung gehandelt hätte. Verneinendenfalls müsse genau geklärt werden, was der Beklagte eigentlich gesagt habe und ob er sich einer „Drohung“ bewußt gewesen sei. Nach seinen Äußerungen habe er mit dem Worte „aufholen“ eine vertrauensärztliche Untersuchung auf Veranlassung der Krankenkasse gemeint. Es sei ferner zu klären, ob der Kläger ohne hinreichende Belehrung über die Gefahren der Behandlung in diese eingewilligt habe. Zu erörtern wäre schließlich die Frage eines ärztlichen Kunstfehlers und die der unterlassenen Nachbehandlung.

Jungmichel (Göttingen).

Bartstra, H. K. G., und P. W. Idema: Über Komplikationen bei der Zisternenpunktion. (*Psychiatr.-Neurol. Klin., Univ., Groningen.*) Psychiatr. Bl. 46, 329—341 (1942) [Holländisch].

Der Eingriff erwies sich (unter 125 Fällen) nur in einem Falle als undurchführbar, und auch das Anstechen eines Blutgefäßes ereignete sich nur einmal, Anstechen von Rückenmark oder Medulla oblongata sogar überhaupt nicht. Dagegen wurde 4mal das Kleinhirn angestochen, immer ohne erheblichere Folgen. Alle Komplikationen sind vermeidbar durch vorhergehende Messungen; Verff. setzen sich mit den hierfür von Castex und Ontaneda (Paris 1934) und von Coello Vinatea [*Rev. Neuro-Psiquiatr.* 2, 97 (1939)] angegebenen Methoden auseinander, die ihnen nicht unbedingt zuverlässig erscheinen. Einige praktische Hinweise schließen die Arbeit ab.

Donalies (Eberswalde).

Vasiliu, Th., und Gh. Diaconită: Ein tödlicher Fall von intravenöser Injektion von Calcium-Gluconat. *Rev. stiint. med.* 31, 593—601 (1942) [Rumänisch].

Bericht über einen Exitus 8 Stunden nach einer intravenösen Injektion von Micron (10% Calcium-Gluconat) bei einem 38jährigen Mann. Nähere anamnestiche Angaben fehlen. Die Autopsie zeigte eine intensive Hyperämie und Stase in allen Organen, eine capilläre Hämorrhagie, ein Gehirn- und Lungenödem, akute Intumescenz des Herzmuskels. Diese Verände-

rungen werden akut hervorgerufen durch den intravenösen Injektionsschock und sprechen im Sinne einer akuten Ausschüttung einer großen Menge von Histamin oder von histaminartigen Substanzen, die pathogenetisch bei der Todesursache mitwirkten. Weitere Unterstützungsfaktoren können sein: Fettige Degeneration, besonders der Leber und Nieren, ferner endokrine Störungen (Schilddrüse). Wenn man den großen Mißbrauch in der nicht immer angezeigten Therapie mit Calciumpräparaten berücksichtigt, müssen solche Zwischenfälle zur Warnung publiziert werden.

J. Schmitzer (Bukarest).

Riha, F. G.: Tod nach Zahnextraktion. (*Poliklin. f. Zahn-Mund-Kieferkrankh., Univ. Innsbruck.*) Dtsch. zahnärztl. Wschr. 1942, 691—694.

In der Sprechstunde einer Zahnärztin erscheint ein Patient, der über starke Schmerzen im linken unteren Weisheitszahn klagt und bittet, ihm den Zahn zu entfernen. Die Ärztin stellt hochgradige Kieferklemme, Gesichtsschwellung links, Fieber und eine stark kariös zerstörte Krone des linken unteren Weisheitszahnes fest. Sie weigert sich zunächst mit Rücksicht auf obigen Befund, den Zahn zu entfernen, läßt sich dann aber auf Bitten des Patienten erweichen und versucht, in Lokalanästhesie den Zahn zu entfernen, wobei die Krone abbricht; der Versuch, mit Hebeln die Wurzel zu entfernen, scheidert. Da der Kranke sich übel und schwach fühlt, hält sie eine weitere Operation bzw. Bearbeitung des Zahnes nicht für möglich und empfiehlt dem Patienten, sich ins Bett zu legen und zu schwitzen und nach 3 Tagen wiederzukommen. Von der Zahnärztin wird die Diagnose Beinhautentzündung im Anfangsstadium gestellt. Schon am nächsten Tage Zunahme der Geschwulst, so daß Patient kaum noch sprechen kann. Am 4. Tage nach dem Extraktionsversuch allgemeine Sepsis. 2 Tage später stirbt der Patient. Der Heilplan, durch Entfernung des Weisheitszahnes der Entzündung Luft zu verschaffen, war gescheitert, die Lage des Patienten durch den Hinzutritt des Extraktionstraumas wesentlich verschlechtert. Der Patient hätte unverzüglich einer Kieferstation überwiesen werden müssen, wo durch Sulfonamidmedikation und Eröffnung des Entzündungsherdes von außen, evtl. Wurzelentfernung in Narkose eine wirksame Bekämpfung der Infektion in die Wege zu leiten gewesen wäre. Eine Sicherheit, daß durch die klinische Behandlung die Infektion aufgehalten wäre, bestand jedoch nicht; die zahlreichen, für den tödlichen Ausgang ausschlaggebenden Faktoren sind nicht lückenlos festzustellen. Aus dem raschen Verlauf läßt sich auf Bakterien von besonderer Virulenz schließen. Die Frage, ob die Zahnärztin eine Schuld an dem Tode des Patienten trifft, wird verneint, da derart Erkrankte auch bei Einweisung in ein Krankenhaus trotz ausreichender, sorgfältigster Betreuung nicht immer zu retten sind. Dafür bringt der Autor ein 2. Beispiel: Ein Landwirt begibt sich wegen starker Schmerzen im linken Unterkiefer in die Behandlung eines Dentisten, dessen Versuch, den 2. Mahlzahn zu entfernen, mißlingt. Am 5. Tag danach Zunahme der Beschwerden, Temperaturanstieg, Schluckbeschwerden, geringe Schwellung in der linken Unterkieferseite. Ein Zahnarzt entfernt die Wurzeln des frakturierten Zahnes und empfiehlt mit Rücksicht auf das ernste Krankheitsbild Krankenhauspflege. Erst 4 Tage später sucht der Patient die Klinik auf, wobei er über Frösteln, Mattigkeit und Schmerzen beim Schlucken und Sprechen klagt. Die örtlichen Schmerzen werden als gering bezeichnet. Bei der Aufnahme bestand eine ausgedehnte derbe, links etwas stärker betonte Schwellung des gesamten Mundbodens, die abwärts bis zum Jugulum reicht und oben an den Kiefernändern scharf absetzt. Der Zungenrücken liegt dem Gaumengewölbe an. Sofort nach Einlieferung in Chloräthylrausch Eröffnung des Mundbodens. Auffallende Trockenheit des Gewebes. Es entleert sich kein Eiter. Am nächsten Tage subjektive Besserung des Befindens. 2. Tage später starkes Zungenödem. Puls 120. Temperatur 37,5. Zunahme der motorischen Unruhe. Exitus. Obduktionsbefund: Sepsis bei phlegmonöser Entzündung des Mundbodengewebes. Die Aussichten des Patienten wären wohl besser gewesen, wenn er gleich nach der mißglückten Extraktion in ein Krankenhaus überwiesen und richtig behandelt worden wäre. In einem 3. Beispiel wird dann gezeigt, daß noch in gefahrdrohenden Fällen lebensrettend eingeschritten werden kann. Eine Patientin, die über starke Schmerzen im linken Kieferwinkel

und Schluckbeschwerden klagt, sucht einen Arzt auf, der sie mit der Diagnose Angina nach Hause schickt und Bettruhe und Gurgeln verordnet. 2 Tage später Temperatur bis 39,3. Zunahme der Schwellung und Schluckbeschwerden. Überführung in die Klinik, wo am linken Unterkiefer eine harte, nicht fluktuierende Geschwulst und eine Infiltration des Mundbodens gefunden wird. Innen ein halb durchgebrochener, stark cariöser Weisheitszahn, der stark klopfempfindlich ist. Extraktion des Zahnes in Chloräthylrausch. 2 Tage später Temperatur 39,4. Heftige Schluckbeschwerden und Druckschmerzhaftigkeit entlang den Gefäßscheiden. Bei Punktion stinkender Eiter. Incision. Am nächsten Tage schon Temperaturabfall und Nachlassen der Schluckbeschwerden. Nach einigen Tagen ist Patientin geheilt. — Zum Schluß wird darauf hingewiesen, daß das Mißgeschick, eine Zahnfraktur gesetzt zu haben, kein Unglück sei; es sei aber unverantwortlich, die Wurzeln bei Zeichen beginnender Entzündung der Wurzeln bzw. Kieferbeinhaut und des Mundbodens nicht zu entfernen; hier sich mit konservativen Methoden bescheiden zu wollen, sei nicht zu rechtfertigen und könne den Arzt mit dem Strafrichter in Berührung bringen. *Schwellnus* (Köln).

Vererbungswissenschaft und Rassenhygiene.

Keil, Albert: Erbgut und Zahnsystem bei Mensch und Tier. Zahnärztliche, zoologische und anthropologische Forschungsergebnisse. (*Zahnärztl. Inst., Univ. u. Inst. f. Cariesforsch., Berlin.*) Dtsch. zahnärztl. Wschr. 1943, 101—106.

In einer zusammenfassenden Darstellung gibt Verf. einen Überblick über unsere Kenntnisse von Erbfaktoren, die für die Entwicklung des Zahnsystems von ausschlaggebender Bedeutung sind. Die Hauptmerkmale des einzelnen Zahnes, seine Form und Größe sind, zum Teil auch in ihren Einzelmerkmalen (Carabellisches Höckerchen, Kauflächenmuster) erblich. Die Entwicklung des Gebisses im ganzen, erstes Zahnen und Zahnwechsel, auch Zahnfarbe sind weitgehend erblich festgelegt. Aus Rassenkreuzungen beim Menschen konnte nachgewiesen werden, daß Zahn- und Kiefergröße unabhängig voneinander vererbt werden können. Unter den Zahnanomalien und -krankheiten verweist Verf. auf das erbliche Trema, Unterentwicklung und Fehlen von Schneidezähnen, Abweichungen der Bißarten, für die insbesondere auch genetische Tierexperimente ihre Erbbedingtheit sichern konnten. Breiteren Raum umfaßt die Zahncaries in ihrer Beziehung zu Erbfaktoren. Hier sind im Institut, dem Verf. angehört, neuerdings Anhaltspunkte dafür gefunden worden, daß konstitutionelle Unterschiede im Speichel bzw. in der Mundflora als mitentscheidend für Cariesresistenz und -anfälligkeit anzusehen sind. Eingehende Berichterstattung über dieses Problem wird in Aussicht gestellt. Für die Paradentopathien dagegen konnte bisher ein einwandfreier Nachweis der Beteiligung erblicher Faktoren nicht geführt werden.

Günther (Wien).

Lisch, Karl: Unfruchtbarmachung und Erfolg der Behandlung bei schweren erblichen Augenleiden. (*Univ.-Augenklin., München.*) Klin. Mbl. Augenheilk. 107, 521 bis 526 (1941).

Erwiderung auf die Einwände, die R. Schmidt gegen die früher erschienene Arbeit des Verf. geltend macht. Erneut wird der gleiche Standpunkt vertreten, wonach auch bei erblicher Blindheit bedingenden Augenleiden, insbesondere dem erblichen grauen Star, nur der Grad des Sehvermögens in naturbelassenem Zustand und nicht nach einer evtl. erfolgreichen Operation für die Frage der Unfruchtbarmachung maßgebend sein kann, wenn man den Forderungen der Rassenhygiene gerecht werden will. [Vgl. Klin. Mbl. Augenheilk. 106, 257 (1941).] *Jancke* (München).

Hofsten, Nils von: Ein Jahr Sterilisierung nach dem neuen schwedischen Sterilisierungsgesetz. Sv. Läkartidn. 1943, 44—54 [Schwedisch].

Überblick über 1005 Sterilisierungen in Schweden während der Zeit vom 1. VII. 1941 bis zum 30. VI. 1942. 62% Frauen, 38% Männer, was einem starken Ansteigen des männlichen Anteils entspricht. Die meisten betroffenen Männer sind unverheiratet