

Zweifel hatte, nur sagen wollte, daß in der ersten Arbeit nicht alle Reaktionen richtig einge-tragen wurden, weil eben nur die stark positiven verwandt worden sind. *G. Strassmann.*

Talvik, S.: Die Blutgruppen-Reaktion in der gerichtlichen Medizin. (6. Vers. d. *Estnischen Ärzte, Fellen, Sitzg. v. 27.—28. VIII. 1927.*) *Esti Arst Jg. 7, Suppl.-H., S. 70—77.* 1928. (Estnisch.)

Referat über die neuesten Arbeiten auf diesem Gebiet; es wird empfohlen bei jeder Sek-tion auch die Blutgruppe zu bestimmen. *G. Michelsson* (Narva).

Rooks, G.: Die praktische Ausführung der Blutgruppen-Reaktion in der gericht-lichen Medizin. (6. Vers. d. *Estnischen Ärzte, Fellen, Sitzg. v. 27.—28. VIII. 1927.*) *Esti Arst Jg. 7, Suppl.-H., S. 77—82.* 1928. (Estnisch.)

Die Methoden von Lattes und Schiff werden geschildert und an einigen Beispielen die Brauchbarkeit der Blutgruppenreaktion in der gerichtlichen Praxis erläutert. *G. Michelsson.*

Würz, Paul: Über die Blutgruppenverteilung bei Schizophrenen. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Basel.*) *Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 58, Nr. 14, S. 353—355.* 1928.

Die Untersuchung an 334 Schizophrenen ergab Blutgruppenzusammensetzung: 41% Gruppe O, 50,9% Gruppe A, 4,5% Gruppe B, 3,6% Gruppe AB. *G. Strassmann.*

Ist die Blutuntersuchung zur Feststellung der Vaterschaft unbedingt zuverlässig? *Münch. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 18, S. 807.* 1928.

Entgegen dem Kammergerichtsurteil hat das Landgericht in Duisburg entschieden, daß auf Grund der Blutgruppenuntersuchung der in Anspruch genommene B. nicht Vater des in Betracht kommenden Kindes sein könne. Es beständen keine Zweifel hinsichtlich der Zuverlässigkeit der Blutgruppenuntersuchung. *G. Strassmann.*

Thomsen, Oluf: Der Wert der Blutgruppenbestimmung für die Bestimmung der Vaterschaft. (*Univ.-Inst. f. almind. Pathol., København.*) *Ugeskrift f. Laeger Jg. 90, Nr. 26, S. 597—608.* 1928. (Dänisch.)

Die Arbeit enthält eine Zusammenstellung von 50 Untersuchungen der Blutgruppenverhältnisse von Eltern und Kindern, die in Alimentationsprozessen auf Verlangen der Kopenhagener Polizei ausgeführt worden sind. Weiter wird die im Anschluß an die Rechtsprechung des Berliner Kammergerichts von Schiff eingeleitete Diskussion (vgl. diese Z. 12, 25) kritisch besprochen; die Begründung, daß die Neuheit des Verfahrens eine ablehnende Stellung rechtfertige, wird bemängelt, wenn auch die juristischen Bedenken wegen der bestehenden Ausnahmen von der Regel nicht als hinfällig bezeichnet werden. Die theoretische Möglichkeit einer solchen Differenz zwischen der phänotypischen und genotypischen Abhängigkeit des Kindes von den Eltern sind zu gering, als daß der Wert beweisender Untersuchungen der Blutgruppen ganz verworfen werden sollte. Natürlich sollte diese Methode nur im Verein mit andern Indizien verwendet werden. *H. Scholz* (Königsberg i. Pr.).

Kunstfehler, Ärzterecht.

Hayward: Ist die Anwendung des Chloräthyls zu Narkosezwecken gefahrlos? (*Chir. Abt., Krankenh. d. Dominikanerinnen, Berlin-Hermsdorf.*) *Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. 25, Nr. 8, S. 286—287.* 1928.

Auf Grund einer Rundfrage an 150 Kliniken kommt Hayward zu interessanten Ergebnissen. Von 127 Kliniken wird 109 mal das Chloräthyl zum einfachen Chloräthylrausch verwendet, zur Einleitung der Vollnarkose an 73 Kliniken. Protrahierte Rausch wird von 71 Herren ausdrücklich abgelehnt. Mehrere Kliniken haben Chloräthyl durch Solästhin ersetzt. Kindliches und jugendliches Alter bis zu 10 Jahren wird von der Hälfte als Gegenindikation angesehen. Neben 22 sicheren Todesfällen wurden schwere Kollapsen, Asphyxien und Cyanosen beobachtet. Aus allem wird gefolgert, daß das Chloräthyl besonders bei Kindern nicht das vollkommen harmlose Mittel ist, als welches es angesprochen wird; bei Erwachsenen schaltet genauestes Innehalten der Vorschriften Unglücksfälle ziemlich sicher aus. *Franz Bange* (Berlin).^{oo}

Duca, Aldo: Un caso di morte dopo rachianestesia con tutocaina. (Ein Todesfall nach Lumbalanästhesie mit Tuto-cain.) (*XI. reparto ginecol., osp. civ. Regina Elena, Trieste.*) *Clin. ostetr. Jg. 30, H. 5, S. 307—311.* 1928.

Nach Strauss fällt auf 5978 Anästhesien mit L.A. ein Todesfall. Doch sind hierunter

auch diejenigen gezählt, die nicht eigentlich der L.A. als solcher, sondern unbeabsichtigten Zwischenfällen, z. B. Verletzungen des Rückenmarks usw. zur Last fallen. So war es z. B. bei einem Falle von König, der 81 Tage nach der L.A. zugrunde ging. Strümpell berichtet über zwei Fälle, bei denen erst lange Zeit nach den L.A.-Lähmungen an den unteren Extremitäten auftraten, die zum Tode führten. In einem obduzierten Falle ergab sich eine Stenose der Meningen an der Injektionsstelle, offenbar nach einer lokalen Meningitis. — Devraigne, Suzer und Laennec beschrieben einen anderen Fall, in dem 5 Tage nach der L.A. unter den Zeichen aufsteigender motorischer Lähmung der Exitus eintrat, ohne daß die Obduktion eine Erklärung erbrachte. Ähnlich liegt der Fall der Verf. Nach völlig unverdächtigem Verlauf bei und nach der L.A. entwickelte sich, beginnend etwa 24 Stunden nach der L.A. erst eine komplette Lähmung der unteren, dann auch der oberen Extremitäten, die unter Fiebererscheinungen und markanter Tachykardie nach einiger Zeit (etwa 4 Tagen, so viel man es aus der ungenauen Arbeit herauslesen kann) zum Tode führte. Die Obduktion ergab keinerlei Veränderungen am Rückenmark oder im Lumbalsack, außer einer geringen Rötung der Injektionsgegend. Es handelte sich ungefähr um den zehnten mit Tutoxain behandelten Fall. Doch scheint nicht die Wahl des Anaestheticums die Hauptrolle zu spielen, da der erwähnte französische Fall mit Novocain injiziert worden war.

Ruge (Frankfurt a. O.).

Rollet, Jacques: Les paralysies oculaires consécutives à la rachianesthésie. (Die Augenmuskellähmungen nach Lumbalanästhesie.) (*Clin. ophth., univ., Lyon.*) *Journ. de méd. de Lyon* Jg. 9, Nr. 197, S. 167—173. 1928.

Die Augenmuskellähmungen nach Lumbalanästhesie sind glücklicherweise selten (etwa $1/300$), einzelne Autoren haben allerdings derartige unangenehme Folgeerscheinungen viel häufiger gesehen (bis $6/100$, andere sehr viel seltener $1/6000$). Meist ist der Abducens betroffen, und zwar einseitig, viel seltener kommen doppelseitige Abducenslähmungen und Oculomotoriuslähmungen vor. Gewöhnlich sind meningale Reizerscheinungen vorhanden. Die Lähmungen treten etwa 1 Woche nach der Lumbalanästhesie in Erscheinung und gehen nach 6—7 Wochen von selber zurück. Die klinischen Erscheinungen bestehen in Lähmungsschlägen, Doppelzehen. Die Ursache der Lähmungen hat man in einer Änderung des Liquordruckes (Steigerung, Verminderung) gesucht oder auch in Störungen von Seiten der Blutgefäße (Blutungen), ferner in direkter Giftwirkung des eingeführten Medikamentes (daher Aufgabe des Cocains zugunsten weniger giftiger Anaesthetica wie Novocain, Tropocain). Am besten erklärt die Entstehung und den Verlauf der Augenmuskellähmungen nach Lumbalanästhesie aber wohl die Annahme, daß meningitische Prozesse als Ursache in Betracht kommen. Offen bleibt freilich die Frage, warum nur einzelne Individuen betroffen sind (Disposition? Lues ist in einzelnen Fällen nachgewiesen worden). Durch strenge Indikationsstellung, einwandfreie Technik sollte es möglich sein, die unangenehmen Folgen der Lumbalanästhesie noch öfter zu vermeiden.

F. Jendralski (Gleiwitz).

Stötzner, Hans: Ist die Myelographie mit Jodipin unbedenklich? (*Versorgungsärztl. Untersuchungsst., Dresden.*) *Zentralbl. f. Chir.* Jg. 54, Nr. 51, S. 3274—3277. 1927.

Ein 47-jähriger Mann erkrankte kurz nach dem Kriege an linkssseitiger Ischias, für welche Kriegsdienstbeschädigung auf Grund „körperlicher Anstrengungen und Erkältungen im Felde“ anerkannt wurde. Eine Ursache für die Ischias wurde nicht gefunden, Lues war auszuschließen. Eine wegen Verschlimmerung des Leidens 1926 vorgenommene Myelographie mit 1,5 ccm Jodipin ergab keinen eindeutigen Befund. Im September 1927 erklärte der Patient, daß seit $1\frac{1}{2}$ Jahren — kurze Zeit nach der suboccipitalen Jodipinjektion — die Beschwerden im Bein, die bis dahin nur die Wade betrafen, sich auch auf den Oberschenkel erstreckten und ein Nachlassen und schließlich völliges Verschwinden der Potenz aufgetreten sei. Das Röntgenbild zeigte am Becken und Hüftgelenk keinerlei Veränderungen, dagegen in der Höhe des 1. Sakralwirbels einen ziemlich großen Jodipinschatten, von dem aus, seitlich angeordnet, zahlreiche kleine Jodipintröpfchen sich perlchnurartig bis zum 2. bzw. 3. Lendenwirbel hinauf erstreckten. Verf. hält es für möglich, daß das Jodipin einen chemischen Reiz, vielleicht auch als Fremdkörper einen Druck auf die austretenden Fasern ausgeübt und die seit $1\frac{1}{2}$ Jahren unverändert gebliebene Impotenz bedingt hat. Die Verteilung der Jodipintröpfchen läßt an das Vorliegen einer Meningitis serosa denken. Damit wäre auch die Ursache für die Ischias gefunden. (Ob es sich in dem vorliegenden, nicht sehr klaren und nur kurz mitgeteilten Falle wirklich um eine auf das Jodipin zu beziehende Störung handelt, sei dahingestellt. Ref. möchte aber darauf hinweisen, daß Schädigungen durch Jodipin ziemlich häufig beobachtet worden sind.)

Hans Taterka (Berlin-Schöneberg). $^{\circ\circ}$

Hammer, F.: Todesfall an Meningitis spinalis nach Lumbalpunktion. (Abt. f. Hautkrankh., Katharinenhosp., Stuttgart.) Dermatol. Wochenschr. Bd. 86, Nr. 14, S. 467 bis 470. 1928.

Tod an eitriger Meningitis 34 Tage nach einer Lumbalpunktion. Da der Kranke sofort nach der Lumbalpunktion kombiniert mit Hg behandelt wurde und eine schwere Stomatitis bekam, erörtert Verf. die Möglichkeit einer durch die Hg-Intoxikation erfolgten hämatogenen Infektion der Punktionsstelle.

Die Indikation zur Lumbalpunktion sei strenger zu stellen und nur da vorzunehmen, wo unser therapeutisches Handeln eine Förderung erfahre. *Eicke* (Berlin).

Záhorský, Vladimír: Plötzlicher Tod durch Luftembolie bei Pleuraempyembehandlung. (II. chir. klin., univ. Praha.) Časopis lékařů českých Jg. 67, Nr. 25, S. 903—906. 1928. (Tschechisch.)

Bei einem 16jährigen Burschen war zur Behandlung eines metapneumonischen Abscesses eine Thoracotomie gemacht worden. Nach 2monatiger Spitalsbehandlung wurde er nach Hause entlassen und ambulatorisch weiter behandelt. Beim dritten Verbandwechsel — eine Woche nach der Entlassung — wurde er zur neuerlichen Ausspülung vorbereitet. Während der Abnahme des Verbandes sprach er und setzte sich, sich auf die Hände stützend auf. Plötzlich, bevor noch die Operationswunde untersucht und mit der Ausspülung begonnen wurde, brach er mit einem ängstlichen Aufschrei mitten im Satz ab, fiel zurück, war asphyktisch, cyanotisch, bewußtlos, Puls beschleunigt, weich, Pupillen maximal weit. Trotz Coffein, Lobelin und Adrenalin intracardial — Tod in wenigen Minuten. Als Todesursache wurde Luftembolie — Anoxämie des Gehirnes — angenommen, zu welcher es beim Aufsetzen des Patienten durch Aspiration von Luft in die offenbar durch das eingeführte Drainrohr zerrissenen Capillargefäße in den Pleuraadhäsionen gekommen war.

Die Diagnose stützt sich auch auf den Obduktionsbefund, bei welchem Luft im rechten Herzen gefunden wurde. Da jedoch nach den auszugsweise wiedergegebenen Obduktionsprotokoll die Eröffnung des Thorax und Untersuchung des Herzens erst nach Sektion der Schädelhöhle vorgenommen wurde, ist der Befund des Aufsteigens von Blasen aus dem unter Wasser eröffneten rechten Herzen für Luftembolie nicht beweisend. Auch wird nicht angeführt, wie lange nach Eintritt des am 20. VII. — also im Hochsommer — erfolgten Todes die Sektion vorgenommen wurde, so daß man auch darüber, ob die aus dem rechten Herzen aufsteigenden Blasen nicht Fäulnisblasen gewesen sein können, sich kein bestimmtes Urteil bilden kann. Wenn auch die klinischen Symptome für Luftembolie sehr verdächtig sind, so ist es doch auffallend, daß durch die vermutungsweise zerrissenen Capillargefäße der Adhäsionen in der Pleurahöhle — ein größeres Gefäß kommt nicht in Betracht, da eine Blutung in der Brusthöhle nicht festgestellt wurde — in solcher Menge aspiriert werden konnte, daß hierdurch der Tod so rasch eintrat. *Marx* (Prag).

Saupe, E.: Tod während einer Bestrahlung infolge von Lungenembolie. (Strahlen-therapie-Abt., Stadtkrankenh., Dresden-Johannstadt.) Strahlentherapie Bd. 28, H. 3, S. 624—626. 1928.

Eine 23jährige, an schwerster Lymphogranulomatose leidender Mann wurde wegen hochgradiger, durch Tumormassen im Thoraxraum bedingter Orthopnoe unter Einhaltung der dabei erforderlichen Vorsicht im Sitzen einer Röntgenbestrahlung unterzogen. Bei der Verabreichung des 4. Feldes der Bestrahlungsreihe sank der Patient plötzlich vom Stuhle herunter und wurde im Fallen noch von einem überschlagenden Funken getroffen. Die Röntgenröhre befand sich in dem üblichen, nach oben offenen Bleiglastopf. Beschreibung des Sektionsbefundes! Patient hatte eine Lungenembolie bekommen; der Stromübergang ist lediglich als ein sekundäres Ereignis aufzufassen. *Autoreferat.*

Klemperer, Josef: Ein Fall von Xifalmilchvergiftung. (Heil- u. Pflegeanst., Untergötzsch.) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 30, Nr. 18, S. 191. 1928.

Fall von Epilepsie, mit Xifalmilch (2—3 ccm intramuskulär) behandelt. Euphorie, aber mit beängstigenden Begleiterscheinungen. Fieber, Erbrechen, gehäufte Anfälle mit leichten Dämmerzuständen, dann maniakalischer Erregungszustand mit starkem Rededrang. Dieser Zustand hielt 6 Tage an und klang dann ziemlich rasch ab. Luminalbehandlung. Seit 2 Jahren anfallsfrei. Es handelte sich um eine schwere Vergiftung durch Xifalmilch, deren Gebrauch also nicht ungefährlich ist. *Kurt Mendel* (Berlin).

Dyas, G. E.: Death coincident with the oral administration of sodium tetra-iodophenolphthalein. (Tod im Anschluß an orale Verabreichung von Tetra-

jodphenolphthalein-Natrium.) Brit. journ. of radiol. Bd. 1, Nr. 3, S. 97 bis 99. 1928.

Es handelt sich um einen 62jährigen Mann mit Schmerzattacken in der rechten Seite, die als Gallensteinkoliken gedeutet wurden. Er hatte eine große, bis zum Nabel reichende Leber, sonst nur einen erhöhten Blutdruck. Die Scleren waren leicht gelb. Er erhielt im ganzen 4,5 g Tetrajodphenolphthaleinnatrium mit reichlich Wasser. Die Aufnahmen wurden am nächsten Morgen, etwa 12 Stunden später, angefertigt. Die Gallenblase war nicht sichtbar, trotz vollständiger Absorption des Mittels. Verf. betont, daß dasselbe Mittel aus derselben Schachtel zahlreichen anderen Patienten ohne irgendwelche Störungen verabreicht worden ist. Bei der Rückkehr vom Röntgenzimmer kollabierte der Patient plötzlich und starb wenige Minuten später. Die Sektion ergab einen großen weichen rechten Leberlappen und einen derben linken Leberlappen mit den Zeichen der Cirrhose. Aus einem Kapselriß im rechten Leberlappen war reichlich Blut in die Peritonealhöhle geflossen. Das Parenchym des rechten Leberlappens erwies sich beim Schnitt als weich und pulpaartig mit hämorrhagischen Partien. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich im rechten Leberlappen die Zeichen einer hochgradigen akuten Degeneration der Leberzellen mit Schwellung und fettiger Entartung sowie zahlreiche Blutextravasate, daneben aber wie im linken Leberlappen zahlreiche, auf vorgesetzte Cirrhose weisende dicke Bindegewebszüge. Es leuchtet ein, daß die Lebercirrhose einen Einfluß auf den akuten degenerativen Prozeß gehabt hat. Joseph Ziegler (Berlin).^{oo}

Beck, A.: Über Gefahren bei der Infusion von Normosal- und Kochsalzlösungen. (Chir. Univ.-Klin., Kiel.) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 54, Nr. 14, S. 564—566. 1928.

Nach intravenöser Infusion von 40—80 ccm Normosallösung wurden in 4 Fällen schwere allgemeine Vergiftungserscheinungen beobachtet und als Ursache Verunreinigung der Lösung mit Kartoffel- und Heubacillen festgestellt. Es ist mangels anderweitiger Erklärungsmöglichkeit anzunehmen, daß diese Saprophyten in Sporenform in die Lösung gerieten und hier auf dem besonders günstigen Nährboden zu ihren vegetativen toxinbildenden Formen auskeimten. Auch in einem Falle von endolumbaler Spülung bei Taboparalyse mit kurz vorher frisch bereiteter Normosallösung konnten $\frac{1}{2}$ Stunde später schwere meningeale Reizerscheinungen beobachtet und einige Tage später aus dem Liquor Heubacillen gezüchtet werden. Um solche Vorfälle nach Möglichkeit zu vermeiden, sollen Normosallösungen stets kurz vor dem Gebrauch frisch bereitet werden. Dieselbe Forderung ist für Kochsalzlösung zu erheben, wenn sie auch hier nicht ganz so wichtig erscheint. Drügg (Köln).

Lloyd, W. D. M.: Danger of intravenous calcium therapy. (Gefahren der intravenösen Calciumtherapie.) (Dep. of pharmacol., univ. of Western Ontario med. school, London, Canada.) Brit. med. journ. Nr. 3511, S. 662—664. 1928.

Der Autor prüfte im Selbstversuch die Wirkung intravenöser Calciumchloridinjektionen auf die Herzaktivität. Er ließ sich 50 ccm einer 1 proz. Calciumchloridlösung in die Cubitalvene injizieren. Vor, während und während 8 Minuten nach der Injektion wurde das Elektrokardiogramm aufgenommen. Es zeigte keinerlei Veränderung außer einer geringen Beschleunigung der Herzaktivität im Augenblick des Durchstechens der Haut mit der Injektionsnadel. Keinerlei subjektive Erscheinungen traten auf. In einem zweiten Versuch wurden 4 ccm einer 10 proz. Lösung injiziert. Nach 2 ccm trat im ganzen Körper ein Wärmegefühl auf, begleitet von geringem Kopfschmerz und Blutandrang im Kopfe. Nach Injektion der weiteren 2 ccm trat eine Atemschwäche, Singultus, Erweiterung der Pupillen, Deviation der Augen nach abwärts und Masseterenkrampf auf. Der Griffel des Elektrokardiographen stand still. Dieser bedrohliche Zustand dauerte etwa 4—5 Minuten, dann setzte nach kräftiger Herzmassage wieder Spontanatmung ein. Das Elektrokardiogramm zeigte in dieser Periode eine erhebliche Herabsetzung der Herzaktivität: Diese Bradykardie hielt 10 Sekunden an, dann wurden nur geringe Vibratoren registriert, es fehlten jede Anzeichen von Ventrikelkontraktion: es war das typische Bild eines prolongierten sino-aurikulären Herzblockes.

Wenn auch dieser eine Fall nicht absolut beweisend ist, so verdient er doch wegen der weiten Verbreitung intravenöser Injektionen 10 proz. Calciumchloridlösung Beachtung. Köstler (Berlin).^{oo}

Manace, Bernard A.: A fatality following the intravenous use of ammonium ortho-iodoxy benzoate. (Ein Todesfall infolge intravenöser Anwendung von Ammoniumorthoiodoxybenzoat.) (Dep. of internal med., univ. of Michigan med. school, Ann. Arbor.) Ann. of internal med. Bd. 1, Nr. 10, S. 825—827. 1928.

Eine 57jährige Frau wurde in stark abgemagertem Zustande, mit Gelenkanschwellungen, mit Ohrenbeschwerden usw. — ausführliche Angaben befinden sich im Original — ins Krankenhaus eingeliefert. Sie bekam in den Handrücken eine Einspritzung von 100 ccm einer 1 proz. Lösung von „Amidoxyl“ (Ammoniumorthoiodoxybenzoat). Nach etwa 7 Stunden fühlte sie sich unwohl, wurde bewußtlos, bekam schwachen Puls und starb nach wenigen Minuten. Nach dem Obduktionsbefund waren die Blutgefäße des Gehirns beträchtlich angeschwollen.

Die Meningea zeigte keine Verdickung und kein Exsudat, die Gehirnsubstanz war ödematos und ganz weich, Anzeichen von Hämorrhagien und Thrombose waren nicht vorhanden. Die Lungen zeigten beim Anschneiden Blutandrang, auch die Leber und die Darmschleimhaut waren beträchtlich mit Blut gefüllt. Über dem mikroskopischen Befund finden sich ebenfalls Angaben. An der Injektionsstelle zeigte sich keine Thrombose oder Entzündung. Zum Schluß mahnt der Verf. zur Vorsicht und geht auf die Anwendungsform ein. *Wilcke* (Göttingen).

Tuft, Louis: Fatalities following the reinjection of foreign serum. With report of an unusual case. (Todesfall nach der Wiedereinspritzung von artfremdem Serum nebst Bericht über einen ungewöhnlichen Fall.) (*J. med. div., Mt. Sinai hosp., Philadelphia.*) *Americ. journ. of the med. sciences* Bd. 175, Nr. 3, S. 325—331. 1928.

Eine Patientin mit Streptokokkenendokarditis erhielt am 20., 24. und 25. März Injektionen von Streptokokkenantiserum, und zwar in Mengen von 15, 30 und 50 ccm intravenös. Der ersten Injektion waren zur Desensibilisierung 3 intramuskuläre Injektionen kleiner Serum-mengen vorausgeschickt worden. Am 28. März leichte Serumkrankheit. Am 17. April Reinjektion: zur Desensibilisierung in halbstündigen Abständen 0,1, 0,5, 2,0, 5,0 ccm; 30 Minuten später intravenöse Zufuhr von 10 ccm Serum. Exitus. — Der Fall wird zur Ergänzung der extrem seltenen Todesfälle nach Serum-injektionen mitgeteilt (nach Samson bis 1924 angeblich nur 8 Fälle, seither noch ein Fall von Mendelow). Der Fall zeigt, daß die beim Meerschweinchen wirksame Desensibilisierung beim Menschen keinen Schutz gewährt. *F. Schiff.*

Duval, Pierre: Des dangers de l'hystérographie par injection intra-utérine. (Gefahren der Hystero-Graphie durch intrauterine Injektionen.) *Bull. et mém. de la Soc. Nat. de Chir.* Bd. 54, Nr. 14, S. 603—605. 1928.

Duval macht auf die Gefahren der obigen Methode aufmerksam und erwähnt aus der Literatur 3 Fälle, von denen der eine tödlich, die beiden anderen unter schweren Krankheitsbildern verliefen. Der 1. Fall wurde von Héllmuth publiziert, bei dem Umbenal injiziert wurde. Jedwede Entzündung am Genitale fehlte. Patient bekam eine Peritonitis und ging innerhalb weniger Tage zugrunde. In den beiden anderen Fällen kam es zu peritonealen Reizungen (Franquésche Klinik); einmal wurde Jodipin, das zweitemal Contrastol benutzt. Der 2. Fall wurde operiert, die linken Adnexe wurden entfernt. Kulturell fanden sich Staphylokokken. *Heimann* (Breslau).

Frankfurter, J.: Die Rechtsfolgen der falschen Röntgenbehandlung. *Fortschr. d. Med. Jg. 46*, Nr. 13, S. 310. 1928.

Eine Frau wurde wegen eines inneren Leidens auf Anordnung ihres Hausarztes im städtischen Krankenhaus geröntgt und verbrannte. Sie machte den Arzt haftpflichtig und die beiden erstgerichtlichen Instanzen verurteilten den Arzt. Das Reichsgericht verneinte jedoch am 16. IX. 1927 ein Verschulden des Arztes und verwarf die Ersatzansprüche der Patientin gegen ihn.

Otto Strauß (Berlin).

Canuyt, Georges: La mort rapide des nourrissons opérés d'antrite mastoïdienne extériorisée; technique opératoire de l'intervention mastoïdienne chez le nourrisson. Résultats. (Der plötzliche Tod nach Warzenfortsatzaufmeißelung; Ergebnisse einer Methodik der Warzenfortsatzbehandlung beim Säugling.) *Arch. internat. de laryngol., otol.-rhinol. et broncho-cesophagoscopie* Bd. 7, Nr. 3, S. 276—287. 1928.

Nach Stunden tritt ohne Ursache Hyperthermie, Erblassen und — evtl. unter Krämpfen — Verfall ein. Autopsie ergibt keine Klärung. Die Erscheinung ist charakteristisch für die allerersten Monate. Nach den Erfolgen an 25 Fällen der letzten 3 Jahre scheinen die allgemeine Betäubung und die über Führung eines einfachen Schnittes hinausgehende Knochenoperation für diese unglücklichen Zufälle verantwortlich zu sein. *Klestadt* (Breslau).

Canuyt, Georges: La mort rapide des nourrissons opérés d'antrite mastoïdienne extériorisée. Technique opératoire de l'intervention mastoïdienne; résultats. (Der schnelle Tod der antrotomierten Säuglinge. Operationstechnik der Mastoidoperation. Ergebnisse.) *Rev. franç. de pédiatr.* Bd. 4, Nr. 1, S. 101—113. 1928.

Canuyt berichtet, daß auch nichtoperierte Säuglinge, besonders rachitische oder mit Gesichtsekzem behaftete, ganz plötzlich sterben, und zwar nach einem Shock, heißen Bad, einem stärkeren Schmerz, nach einer Mahlzeit. — Die Sektion ergab in allen Fällen ein negatives Resultat. Besonders gefährlich schien bei Säuglingen die Operation am Kopf zu sein. — Seitdem C. die Allgemeinnarkose vermeidet, ist ihm

bei 27 Säuglingsoperationen (März 1924 bis Dezember 1927) kein Todesfall mehr vorgekommen, während von 1922—1924, als noch unter Allgemeinnarkose ein größerer Eingriff ausgeführt wurde, mehrere Säuglinge plötzlich zum Exitus kamen, und zwar am Abend nach der Operation oder am nächsten Morgen. (Vgl. auch vorstehendes Referat.)

F. Grossmann (Berlin).

Frankfurter: Die Falschbehandlung der Seabies und ihre rechtlichen Auswirkungen.

Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hyg. Jg. 1, H. 11, S. 337—341. 1928.

Verf. beschreibt den bekannten Fall der irrtümlichen Behandlung von Krätzekranken mit einer Chromsalbe an der Hand einer R.G.E. v. 8. I. 1926 III 23/25. Für den Schaden (auch den immateriellen, wenn nach § 847 BGB. auch unerlaubte Handlung vorliegt) haften die verantwortlichen Personen, wenn ein Verschulden vorliegt; das Verschulden kann darin liegen, daß die Pfleger es an der Aufmerksamkeit fehlen lassen, wenn nach Anwendung der verordneten, falsch hergestellten Salbe auffallende Krankheitsscheinungen auftreten und sie die Meldung dieser Beobachtung unterlassen; wenn auch dem Arzt nicht zuzumuten ist, jede Handreichung des Personals selbst zu überwachen, so handelt er doch schuldhaft, wenn er es an der notwendigen Kontrolle des Personals fehlen läßt; gibt die chemische Fabrik die Zusammensetzung eines neuen Mittels an, so ist eine chemische Überprüfung der Angaben für den Arzt nur dann erforderlich, wenn er Zweifel an den Angaben der Fabrik hegt. Ist ein schädliches Medikament verordnet, so gehört es zu den Berufspflichten des Arztes, die Kranken, bei denen es angewendet wurde, auch nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus ärztlich zu überwachen. Für das Pflegepersonal ist haftpflichtig der Unternehmer des Krankenhausbetriebs (Staat, Gemeinde usw.), die Haftung ist unabhängig von der Tatsache, ob der Patient entgeltlich oder unentgeltlich behandelt wurde. Wie weit ein Zurückgreifen in der Haftpflicht seitens des Unternehmers des Krankenhauses auf das Personal (Ärzte, Pfleger) in Frage kommt, ist eine zweite Frage. Der Nachweis, daß eine Schuld bei der Auswahl des Pflegepersonals vorhanden war, ist nicht erforderlich. Dagegen bedarf es stets des Nachweises, daß eine unerlaubte Handlung vorlag, wenn eine Vergütung des immateriellen Schadens, z. B. Schmerzensgeld, aus § 847 BGB. erfolgen soll. Da in dieser Hinsicht in dem fraglichen Falle das L.G. und O.L.G. zu weit gegangen waren und alle Ansprüche der Geschädigten bewilligt hatten, wurde die Sache vom R.G. an die Vorinstanz zurückverwiesen. *Heller.*

Lutz: Die Gefährlichkeit der Prostatamassage. (Berlin. Ges. f. Chir., Sitzg. v. 12. XII. 1927.) Zentralbl. f. Chir. Jg. 55, Nr. 9, S. 536—539. 1928.

Die entzündlichen akuten wie chronischen Erkrankungen der Prostata werden von vielen Ärzten mit Massage behandelt. Hierbei besteht die große Gefahr, daß durch den massierenden Finger die eitrigen Sekretmassen infolge der dünnen Basalmembranen der Drüsen in das periglanduläre Gewebe oder in die Blut- und Lymphgefäße einmassiert werden. 3 Fälle, von denen 2 zum Exitus kamen, bestätigen die Gefährlichkeit der Massage, die unphysiologisch und unchirurgisch ist; sie ist deshalb um so mehr abzulehnen, als eine ganze Anzahl anderer harmloserer Methoden zur Verfügung steht. — In der Aussprache bestätigen Riese, Wolfsohn und Stutzin die schlechten Erfahrungen. *Franz Bange (Berlin).*

Hamburger, Franz: Über die Vermeidung von Impfschäden bei ungeimpften Geschwistern von Impflingen. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 50, S. 1575—1576. 1927.

Bericht über Vaccineerkrankung der Augenlider aller Kinder einer Familie und der Mutter, verursacht durch das älteste, in der Schule geimpfte Kind. Verf. verlangt, daß der Impfarzt nur dann ein Kind impfen soll, wenn alle Geschwister bereits geimpft sind, bzw. es sollen alle Kinder auf einmal geimpft werden. So werden sich Vaccineerkrankungen innerhalb der Familie durch Übertragungen vermeiden lassen.

Frankenstein (Charlottenburg).

Armstrong, Charles: Postvaccination tetanus and its prevention. (Tetanus nach Pockenimpfung und seine Verhütung.) (Hyg. laborat., U. S. public health serv., Washington.) Journ. of the Americ. Med. Assoc. Bd. 90, Nr. 10, S. 738—740. 1928.

Der Tetanus nach Impfung, der in Amerika relativ häufig zu sein scheint — die Kinder werden dort in der Regel erstmalig mit 6—7 Jahren geimpft —, erwies sich im Statistik und Tiereperiment am ungünstigsten, wenn die Impfstelle mit Schutzkappen oder Verbänden versehen wurde, weil hierbei die natürliche Entwicklung und Eintrocknung der Pustel gestört, Erweichung und Eiterung derselben befördert wurde. Offene Behandlung und kleine Impfschnitte werden deshalb empfohlen. *Haenel (Dresden).*

Sobernheim, G.: L'encéphalite post-vaccinale. A propos de l'article du dr. Juillard: La vaccination jennérienne est-elle absolument inoffensive? (Die postvaccinale Encephalitis.) Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 48, Nr. 3, S. 177—190. 1928.

Verf. legt die Gründe dar, die ihn bestimmen anzunehmen, daß der Erreger der

postvaccinalen Encephalitis nicht das Vaccinevirus sein kann. Das Vaccinevirus aktiviert lediglich das Agens der postvaccinalen Encephalitis. Zur Vermeidung weiterer Fälle schlägt Verf. vor, die Kinder möglichst im 1. Lebensjahr zu impfen. (Vgl. diese Ztschr. 11, 209.)

Pette (Hamburg).

Schürmann, Paul: Über Encephalo-Myelitis nach Kuhpockenimpfung. (*Pathol. Inst., Stadtkrankenh., Dresden-Friedrichstadt.*) Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 79, H. 2, S. 409—430. 1928.

Es werden 2 Fälle von in Sachsen beobachteter, nach Kuhpockenimpfung aufgetretener Encephalo-Myelitis mitgeteilt, die histologisch genau untersucht wurden. Im 1. Falle handelte es sich um ein 6 Jahre altes exsudativ diathetisches Mädchen, das am 6.—7. Tage nach erfolgreicher Erstinvaccination unter den Erscheinungen einer akuten Encephalo-Myelitis erkrankte und am 14. Tage starb. Es fanden sich dabei im Zentralnervensystem überwiegend in der Umgebung medullärer Venen der weißen und grauen Substanz des Gehirns, der Vasocorona des Rückenmarks, unter dem Ependym des 3. Ventrikels und der Seitenventrikel, unter der Pia an Großhirn, Hirnstamm und Rückenmark saumartige Zonen von Nervenzerfall mit reaktiven protoplasmatischen Gliazellwucherungen. Daneben fanden sich auch perivasculäre Infiltrate aus Lymphocyten und großen Mononukleären, sowohl im Bereich der Säume, als auch sonst in der Großhirnrinde, Fettkörnchenzellen, adventitiales Ödem. Auch regressive Veränderungen der gewucherten Gliazellen und Verdickung des Gliafaserwerkes wurde zum Teil beobachtet. Der 2. Fall betraf ein 11 Monate altes Mädchen, das 8 Tage nach der Impfung mit Krämpfen erkrankte. Von diesem Falle kam leider nur ein kleines Gehirnstückchen zur Untersuchung, in dem sich nur um die Gefäße lokalisiert protoplasmatische Gliazellwucherung fand ohne Gefäßscheideninfiltrate. Wichtig ist, daß Ganglienzellveränderungen fast völlig fehlten. Die angeführten histologischen Charakteristica zeigen, wie die hier vorliegende, nicht eitrige Encephalo-Myelitis von der Encephalitis epidemica abzugrenzen ist, der Hauptunterschied liegt in der Lokalisation (Bevorzugung der Grenzschichten), damit sind auch die Unterschiede gegen die Heine-Medinsche Erkrankung hervorgehoben. Wichtiger dagegen ist die sog. akute, nicht eitrige disseminierte Encephalo-Myelitis, die man noch auf ihre Identität oder Nichtidentität, bzw. Verwandtschaft mit den postvaccinalen Encephalitiden prüfen muß. Daß das Vaccinevirus eine Rolle beim Zustandekommen der Krankheit spielt, soll nicht geleugnet werden; wesentlicher ist vor allem, ob nicht durch die Vaccination an sich ein unspezifischer Zustand geschaffen wird, in dem irgend ein belebtes oder unbelebtes Agens zur Noxe wird.

E. Herzog (Erlangen).

Neureiter, Ferdinand: Die Verantwortlichkeit des Arztes vor Gericht nach lett-ländischem Recht. (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. Riga.*) Beitr. z. gerichtl. Med. Bd. 8, S. 78—95. 1928.

Besprechung der Berufspflicht des Arztes, der Haftpflicht für „Kunstfehler“, der Schweigepflicht, der Verantwortlichkeit bezüglich ärztlicher Zeugnisse und bezüglich der Einleitung einer Fehlgeburt nach den in Lettland geltenden Gesetzen (Russischer Strafgesetzentwurf vom Jahre 1903, Liv-Est-Kurländisches Privatrecht vom Jahre 1864 und 1890, Ärzte-Ustav vom Jahre 1905, Strafprozeßordnung vom Jahre 1926, Zivilprozeßordnung vom Jahre 1924).

Autoreferat.

Vollmann: Die Rechtsstellung des Gynäkologen nach dem Strafgesetzentwurf vom Mai 1927. *Zentralbl. f. Gynäkol.* Jg. 52, Nr. 15, S. 922—932 u. *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.* Bd. 93, H. 2, S. 545—555. 1928.

In dem Strafgesetzentwurf vom Mai 1927 finden sich eine Reihe wichtiger Bestimmungen, die die Berufstätigkeit des Arztes zum Gegenstand haben. — In erster Linie kommt hier der § 263 (Heilbehandlung) in Betracht. Er lautet: „Eingriffe und Behandlungen, die der Übung eines gewissenhaften Arztes entsprechen, sind keine Körperverletzungen im Sinne dieses Gesetzes.“ Wie aus der Begründung ersichtlich wird, schließt diese Übung nicht nur die kunstgerechte Ausführung nach den Regeln der Wissenschaft in sich, sondern auch gewisse berufsethische Forderungen, unter welchen namentlich die medizinische Notwendigkeit des Eingriffes, also die wohlbegündete Indikation, und die nach den Umständen gebotene Einwilligung des Patienten selbst oder seines gesetzlichen Vertreters oder naher Angehöriger aufgeführt werden. — Wer „gewissenhaft“ vorgeht, ist durch das Gesetz gedeckt. Der Erfolg ist nicht das Ausschlaggebende. — Besondere Erörterung verdient die operative Sterilisierung der Frau. Die Rechtmäßigkeit dieses Eingriffes ist ohne Zweifel zu bejahen, wenn er aus

gesundheitlichen Gründen bei Gelegenheit einer ohnehin indizierten Bauchoperation vorgenommen wird. Zulässig dürfte er auch aus eugenischen Gründen erscheinen, wenn es sich um die Verhütung einer mit größter Wahrscheinlichkeit degenerierten Nachkommenschaft handelt. Höchst zweifelhaft erscheint die Ausführung aus sozialen Gründen. Ein Arzt, der bei einer sonst gesunden Frau die Sterilisierung vornimmt, weil sie die Schwangerschaft scheut, oder aus Gründen der Bequemlichkeit oder unbehinderten Genießens könnte der Bestrafung nach § 264 verfallen, wo es heißt: „Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung des Verletzten vornimmt, wird nur bestraft, wenn die Tat trotzdem gegen die guten Sitten verstößt.“ — Überraschenderweise findet sich im Entwurf 1927 ein ganz neuer Paragraph (§ 281), über eigenmächtige Heilbehandlung aus 5 Absätzen bestehend, deren erster lautet: „Wer jemand gegen dessen Willen zu Heilzwecken behandelt, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“ Der zweite Absatz bedroht den Arzt mit gleicher Strafe, wenn er „gegen den Willen einer Schwangeren eine ärztlich gebotene Unterbrechung der Schwangerschaft oder Tötung eines in der Geburt begriffenen Kindes vornimmt. Der Versuch ist strafbar.“ Absatz 3 lautet: „Die Vorschriften des Abs. 1, 2 finden keine Anwendung, wenn der Behandelnde oder Arzt nach den Umständen außerstande war, die Einwilligung des Behandelten oder der Schwangeren rechtzeitig einzuholen, ohne ihr Leben oder ihre Gesundheit ernstlich zu gefährden.“ — Eingehende Betrachtung verdient der § 254. Er lautet: „Eine Abtreibung im Sinne dieses Gesetzes liegt nicht vor, wenn ein approbiert Arzt eine Schwangerschaft unterricht, weil es nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer auf andere Weise nicht abwendbaren ernsten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Mutter erforderlich ist. — Eine Tötung im Sinne dieses Gesetzes liegt nicht vor, wenn ein approbiert Arzt ein in der Geburt begriffenes Kind tötet.“ — Verf. bemerkt hierzu, daß in diesen Paragraphen ein Berufsrecht des Arztes verankert ist, denn es wird hier der Begriff des approbierten Arztes ausdrücklich zum Merkmal des Tatbestandes erhoben. Es ergibt sich weiter aus diesem Wortlaut, daß diese Vorschrift nur anwendbar ist auf den therapeutischen Abort aus medizinischen Gründen und daß weder die sog. eugenische Indikation noch die soziale durch ihn gedeckt werden. — Bedenklich erscheint dem Verf., daß der Paragraph ganz und gar wieder auf dem Notstandsrecht aufgebaut ist. Bei der Indikationsstellung sollen aber ärztliche Gründe maßgebend sein. Nun erkennt die Wissenschaft nicht nur eine absolute, sondern auch eine relative Indikation an. Es haftet der Entscheidung des Arztes ein subjektives Moment an, das dem Arzt gelegentlich bei Zugrundelegung des Notstandsrechtes verhängnisvoll werden kann. — Im Entwurf 1927 ist übrigens das Notstandsrecht nicht beschränkt auf die Angehörigen des Täters. Der Strafausschließungsgrund beruht darin, daß „dem Täter oder dem Gefährdeten unter pflichtmäßiger Berücksichtigung der sich gegenüberstehenden Interessen nicht zu zulassen ist, den drohenden Schaden zu dulden.“ — Was das Berufsgeheimnis anlangt, so beschränkt der Entwurf 1927 die Verschwiegenheitspflicht wieder auf die approbierten Personen (Anwälte, Ärzte, Apotheker, Hebammen usw.), fügt aber diejenigen Personen hinzu, die „zur Vorbereitung auf den Beruf an der berufsmäßigen Tätigkeit teilnehmen — Medizinalpraktikanten, Famuli. Das Strafmaß ist von 3 auf 6 Monate erhöht. Neu ist der Absatz 3 des § 325, wo es heißt: „Der Täter ist straffrei, wenn er ein solches Geheimnis zur Wahrung eines berechtigten öffentlichen oder privaten Interesses offenbart, das nicht auf andere Weise gewahrt werden kann, und wenn das gefährdete Interesse überwiegt.“ Damit ist in Zukunft der Arzt vor schwere Entscheidungen gestellt. — Im zukünftigen Recht soll ein „unrichtiges Zeugnis“ nicht nur dann bestraft werden, wenn es „zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft“ bestimmt ist, sondern schlechthin „wenn es zum Gebrauch im Rechtsverkehr“ ausgestellt wird. Diese Erweiterung des Tatbestandes ist von großer Tragweite und geeignet, das ärztliche Gewissen zu schärfen.“

An der nachfolgenden Aussprache beteiligten sich Schäffer, Heller, Max Hirsch, Schneider und Vollmann. — Schäffer macht auf folgende Bestimmung des Entwurfs

aufmerksam: „Einwirkungen auf Leib oder Leben sind nur zum Schutz von Leib und Leben zulässig.“ D. h.: „Eine Schwangerschaftsunterbrechung, d. i. eine Einwirkung auf Leib und Leben, ist nur zulässig zum Schutze von Leib und Leben, d. h. auf Grund einer medizinischen Indikation, nicht auf Grund von wirtschaftlichen Notständen, nicht zum Schutz aller möglichen Rechtsgüter; die soziale Indikation ist durch diesen Zusatzparagraphen mit aller wünschenswerten Schärfe abgelehnt; auch die eugenische Indikation findet keine Stütze.“ — Heller betont, daß die Syphilis der Mutter keine Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung bilde. Der Arzt wird bezüglich des Berufsgeheimnisses besonders durch das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vor schwierige Entscheidungen gestellt. Er braucht klare Richtlinien. — Max Hirsch lehnt unter ausführlicher Begründung die im Entwurf 1927 befindlichen Paragraphen bezüglich der Schwangerschaftsunterbrechung ab. Die Unterbrechung der Schwangerschaft muß aufhören ein gewinnbringendes Geschäft zu sein. — Schneider weist auf die Rechtsbestimmung in der Schweiz — Kanton Zürich — hin. — Stöckel wünscht, daß die Worte „auf andere Weise nicht zu beseitigende Gefahren“ stehenbleiben. Wenn man Eugenetik treiben will, wird man zugeben müssen, daß das Interesse an der Geburt eines normalen Kindes, für die Familie ein ungeheuer großes ist. Es ist nicht richtig, in der eugenischen Indikation nur eine Angelegenheit des Staates zu sehen. Er weist in jedem Semester seine Hörer auf das ärztliche Berufsgeheimnis hin. — Vollmann (Schlußwort). *Lochte* (Göttingen).

Sasserath, Simon: *Les faux certificats médicaux.* (Article 204 du code pénal.) (Falsche ärztliche Zeugnisse. § 204 des Strafkodex.) Rev. de droit pénal et de criminol. et Arch. internat. de méd. lég. Jg. 8, Nr. 4, S. 321—327. 1928.

Ein Arzt hatte einem Kranken bescheinigt, daß er durch einen Faustschlag eine schwere Augenschädigung erlitten hat. Der Augenspezialist stellte fest, daß alle Veränderungen im Auge kongenital waren und der Faustschlag nur eine ganz vorübergehende Augenschädigung zur Folge hatte. Die gesetzlichen Handhaben reichen nicht aus, den ersten Arzt gerichtlich zu belangen.

Verf. erörtert bei dieser Gelegenheit eingehend die jetzige Fassung des § 204. Sein Hauptfehler ist, daß nur im allgemeinen von „Krankheiten und Schwächezuständen“ gesprochen wird, ohne daß diese näher definiert werden, daß die falsche Bewertung der Schwere einer Krankheit und ihrer Folgen keine Berücksichtigung finden und eine falsche Angabe der Ursachen einer bestehenden Krankheit nicht bestraft werden kann. Eine neue Fassung des Paragraphen wird vorgeschlagen, die diese Unklarheiten vermeidet, auch eine schwerere Bestrafung vorsieht, wenn das falsche Zeugnis jemand von einer gesetzlichen Verpflichtung befreien soll oder der Arzt es auf Grund von Versprechungen und Geschenken aussstellt, aber eine Bestrafung des Arztes unmöglich macht, der in gutem Glauben handelt.

Weimann (Berlin).

Strassmann, Georg: *Berufsgeheimnis und Totenschein nach geltendem und künftigem Recht, Anzeigerecht und Anzeigepflicht bei kriminellem Abort.* (Gerichtsärztl. Inst., Univ. Breslau.) Zentralb. f. Gynäkol. Jg. 52, Nr. 25, S. 1585—1590. 1928.

Verf. kommt zu folgendem Ergebnis: Eine Verpflichtung zur Anzeige an die Strafbehörde sei für den behandelnden Arzt auf Grund strafrechtlicher Bestimmungen nicht vorhanden. Ein Anzeigerecht bestehe bei Todesfällen immer. Eine unbefugte Offenbarung des Berufsgeheimnisses durch die Anzeige läge bei Aborttodesfällen niemals vor. Eine Bestrafung des anzeigenenden Arztes wäre auch deswegen unmöglich, da die antragsberechtigte Verletzte gestorben ist. Wurden bei solchen Todesfällen auch Geheimnisse von Angehörigen dem Arzte anvertraut, so würde dieser pflichtgemäß abwägen müssen, ob er eine Anzeige erstatten will oder nicht. Bei septischen Aborten besteht auf Grund der Seuchengesetzgebung eine Anzeigepflicht an Polizei oder Kreisarzt. Notwendig sei es, daß die Totenscheine bei Aborttodesfällen richtig ausgestellt werden und die Grundkrankheit, d. h. der Abort, nicht absichtlich verschwiegen wird. Bei bewußt falscher Ausstellung des Totenscheines könne sich der Arzt der Begünstigung schuldig machen. Nach künftigem Recht werde er deswegen auch (leichter als jetzt) bestraft werden können.

Nippe (Königsberg i. Pr.).

Cowburn, A. Douglas: *The medico-legal aspects of deaths under anaesthetics.* (Narkosetodesfälle vom gerichtlich-medizinischen Standpunkte aus.) Proc. of the Roy. Soc. of Med. Bd. 21, Nr. 5, sect. of anaesthet., 3. II. 1928, S. 17—22. 1928.

Verf. bespricht die Entwicklung der gesetzlichen Vorschriften über die Leichen-

schau in England und speziell die durch Gesetz (Coroners Amendment) vom Jahre 1926 erlassenen Bestimmungen über das Verhalten der Leichenschaubeamten (Coroner) bei Narkosetodesfällen. Nach den allgemeinen Bestimmungen muß der Coroner eine gerichtliche Leichenschau veranlassen, wenn der Tod auf gewaltsame oder unnatürliche Weise erfolgt ist. Alle verdächtigen Fälle müssen daher dem Coroner vom Standesamt gemeldet werden. Dazu gehören 1. Fälle, in denen der Standesbeamte eine unnatürliche Todesursache annimmt oder der Tod durch Unfall, Gewalt, Fahrlässigkeit herbeigeführt oder unter verdächtigen Umständen eingetreten ist; 2. Todesfälle, die sich nach einer wegen einer Verletzung vorgenommenen Operation, während einer Operation oder vor dem Wiedererwachen aus der Narkose ereignen. Der Coroner hat dann die Entscheidung darüber zu treffen, in welchen der ihm gemeldeten Fälle weitere Nachforschungen anzustellen sind, eine Obduktion oder eine gerichtliche Leichenschau vorzunehmen ist. Verf. sucht nun die Begriffe natürlicher Tod und Unfall zu bestimmen und weist darauf hin, daß ein Todesfall während der Narkose keineswegs immer unnatürlich zu sein braucht, sondern durch die die Operation veranlassende Krankheit, durch Shock oder Toxämie verursacht sein kann. Demgemäß ist vom Staatssekretär des Inneren eine im Juli 1927 an ihn gerichtete Anfrage, ob in Fällen, wo eine vorläufige Untersuchung ergibt, daß Operation und Narkose *lege artis* in einem erstklassigen Krankenhaus von namhaften Praktikern ausgeführt sind und die Verwandten des Verstorbenen keinen Einspruch erheben, von der gerichtlichen Leichenschau Abstand genommen werden kann, bejaht. Daraus erhellt die Wichtigkeit der vorläufigen Ermittlungen. Verf. hat daher ein Formular ausgearbeitet, das Fragen an den pathologischen Anatomen, den Operateur und Narkotiseur des Krankenhauses, in dem der Narkosetodesfall vorgekommen ist, enthält und in dem außerdem der nächste Verwandte des Verstorbenen zu testieren hat, ob er mit der Behandlung des Verstorbenen zufrieden gewesen ist oder nicht und ob er eine weitere Untersuchung wünscht. Verf. und mehrere Diskussionsredner geben sich der Hoffnung hin, daß durch solche Atteste umständliche öffentliche Verhandlungen und Presseberichte vermieden werden, an denen niemand ein Interesse hat und durch die nur das Publikum von notwendigen Operationen abgeschreckt wird. *Kempf* (Braunschweig).

Schläger: Unbefugte Fortnahme von Leichenteilen. (§ 367, Z. 1 StGB.) Med. Klin. 1928 II, 1109—1110.

Die gegen den Leiter eines Pathologischen Institutes von den Angehörigen erstattete Anzeige wegen Entfernung von Leichenteilen trotz Widerspruches der Angehörigen wurde von der Staatsanwaltschaft niedergeschlagen, da ein Vergehen gegen § 367 Z 1 StGB, welcher die unbefugte Wegnahme eines Leichenteiles aus dem Gewahrsam der berechtigten Person mit Strafe ahndet, nicht vorlag. Denn derjenige, in dessen Gewahrsam sich die Leiche befand, und welcher die entsprechenden Rechte besaß, war in diesem besprochenen Falle der Institutsleiter selbst. Diebstahl oder Sachbeschädigung konnte auch nicht angenommen werden, da die Leiche noch als Gegenstand pietätvoller Achtung galt. Solche Delikte können nur an Leichen begangen werden, die der Beerdigung entzogen sind, z. B. Anatomieleichen, welche hiermit Objekte des Rechtsverkehrs geworden sind und deshalb auch als solche gelten. Hingewiesen sei noch auf die Auffassung des Gesetzgebers, welcher unter einer Leiche den noch im Zusammenhang befindlichen toten menschlichen Körper sowie das reife tot geborene Kind versteht, dagegen nicht den bereits in Verwesung zerfallenen Körper oder eine tote unreife Frucht. *Müller-Hess* (Bonn).

Ermel: Haftung des Staates für die Tuberkuloseinfektion einer Volontärassistentin während ihres Dienstes in einer Universitätsklinik. Münch. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 3, S. 141. 1928.

Eine junge Ärztin aus gesunder, tuberkulosefreier Familie wurde September 1925 völlig gesund als Volontärärztin an einer medizinischen Universitäts-Poliklinik angestellt, mußte aber nach $\frac{1}{2}$ Jahr diese Stellung wegen vorgesetzterer Tuberkulose aufgeben. Sie führte die Infektion auf schlechte räumliche und sanitäre Verhältnisse zurück und verlangte vom

Staate einen Vorschuß für einen Kuraufenthalt von 6 Monaten im Süden. Letzterer mußte selbst zugestehen, daß die Verhältnisse der Poliklinik zu dieser Zeit viel zu wünschen übrig ließen, bestriß aber seine Ersatzpflicht, weil kein Dienstvertrag zwischen ihm und der Ärztin bestanden habe, weil die Ärztin diese schlechten Zustände gekannt und trotzdem ihre Tätigkeit begonnen oder nicht aufgegeben und dadurch die Gefahr freiwillig auf sich genommen habe und weil sie trotz der Kenntnis der schlechten Verhältnisse bei dem zuständigen leitenden Arzte nicht auf deren Abstellung gedrungen habe. Dem Klageanspruch der Ärztin wurde vom Land- und Oberlandesgericht stattgegeben. Da auch die Voraussetzungen des Klageanspruchs (Notwendigkeit der Kur im Süden, Mittellosigkeit der Klägerin) gegeben waren, war dem Klageanspruch zu entsprechen. Schellenberg (Ruppertshain i. T.).

Spurenennachweis. Leichenerscheinungen.

Sierra, Adolfo M., und Juan A. Guixá: Histologische Untersuchungen von Blutflecken in der gerichtlichen Medizin mittels der Häutchenmethode. (*Cátedra de psiquiatr., hosp. de las mercedes, Buenos Aires.*) Semana médica. Jg. 34, Nr. 45, S. 1271—1273. 1927. (Spanisch.)

Die Verff. berichten weiter über ihr vor kurzem hier referiertes „Häutchenverfahren“ der Blutuntersuchung (vgl. dies. Zeitschr. 12, 34). Nach dieser Methode konnten sie die Blutkörperchen auch in 3 Monate alten Flecken nachweisen. Die erzielten Bilder waren völlig klar und genau, so daß die Verff. ganz bestimmt behaupten konnten, daß Flecke von Blut herstammten. *N. W. Popoff* (Smolensk).

Minett, E. P.: The solubility of blood stains in the tropics and its medico-legal significance. A prelim. contribution. (Die Löslichkeit von Blutflecken in den Tropen und ihre gerichtlich-medizinische Bedeutung. [Vorläufige Mitteilung.]) Transact. of the Roy. Soc. of Trop. Med. a. Hyg. Bd. 21, Nr. 5, S. 409—412. 1928.

Verf. versucht mit Hilfe der Lösungsschnelligkeit von angetrockneten Blutstropfen bei 37° in bestimmter Flüssigkeit (Wasser, Kochsalz, Glycerin) auf ihr Alter zu schließen. Er hat eine ganze Reihe von Flecken auf weißer Baumwolle, Seide, glänzendem Papier (wenig saugfähig) und Chinapapier (saugfähig) von verschiedenem Alter in Petrischalen mit den Lösungsmitteln untersucht und gefunden, daß sich die Flecken entsprechend dem Alter nacheinander lösten. Für forensische Zwecke ist die Methode unbrauchbar, da bei wechselnder Größe und Dicke die Flecke und bei wechselnder (speziell dunkler) Farbe des Untergrundes schon die verschiedensten abweichenden Ergebnisse zutage treten müssen. Zudem spielen in praktischen Fällen nicht nur die Länge der Zeit seit der Entstehung des Fleckes, sondern auch die äußeren Umstände und Einflüsse, insbesonders auch chemische Einwirkungen der Unterlage eine recht bedeutsame Rolle. *Buhtz* (Königsberg i. Pr.).

Kockel, Heinz: Über den Wert der Untersuchung von Fingernagelschmutz. (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Leipzig.*) Arch. f. Kriminol. Bd. 82, H. 4, S. 209—214. 1928.

Bei der Verschiedenheit der Ansichten über den Wert der Untersuchungen von Fingernagelschmutz erörtert Verf. die Möglichkeiten und die daraus zu ziehenden Schlüsse in gerichtlicher Beziehung. Er unterscheidet dabei alltägliche Befunde, zu welchen Hornschuppen, Stofffasern, Fuß u. dgl. gehören, Beschäftigungs- und Tatbefunde. Wenn auch bei einer größeren Reihe von Untersuchungen die Herkunft einzelner Fasern mit recht großer Wahrscheinlichkeit nachzuweisen war, so kamen doch in der überwiegenden Anzahl der Versuche verschiedenartige Fasern vor, für deren regelloses und wechselndes Auftreten eine Erklärung nicht gefunden werden konnte. Da in der kriminalistischen Praxis überhaupt nur eine einmalige Portion des Schmutzes in Betracht kommt, so können aus den Fasern beweiskräftige Schlüsse nicht gezogen werden. Bei den Tatbefunden kommen alle außergewöhnlichen Dinge, z. B. Blut, Gewebsfetzen, Spermatozoen, bestimmte Federteile oder Tierhaare in Betracht, die schon bei einmaligem Befassen charakteristische Befunde hinterlassen können. Solchen Befunden wohnt eine Beweiskraft inne, sofern mit unbedingter Sicherheit die Herkunft der betreffenden Partikel von einer anderen als der zu beweisenden Handlung ausgeschlossen werden kann. Zusammenfassend sagt Kockel,