

der einzelnen Hand unter sich wieder auffallende Bindungen zeigen, eine Erscheinung, die Verff. zusammen mit dem Symmetrieprinzip als Querverbindung bezeichnen. Schließlich gibt es auch noch Unterschiede des Geschlechtes und der Rasse. Bei dem praktischen Vaterschaftsnachweis müssen alle diese Verhältnisse berücksichtigt werden. Das Verfahren gestaltet sich in der Regel so, daß man aus den Fingerabdruckbogen der Kindesmutter und des angeblichen Vaters unter Benutzung des Maßstabes für die Längsverbindung die Äquivalenzbreite für die Muster aller nach dieser Elternkombination möglichen Kinder ermittelt. Wenn die Muster des Kindes außerhalb der gefundenen Äquivalenzbreite stehen, so fragt es sich, ob dieses Verhalten unter Zugrundelegung der extremsten Werte jener Breite durch die Wirkungsmöglichkeit der Querverbindung erklärt werden kann. Ist auch dies nicht der Fall, so wird man zur Ablehnung des betreffenden Mannes als Erzeuger kommen. Wegen der Berücksichtigung der extremsten sich kombinierenden Möglichkeiten wird man nur einen kleinen Teil der fälschlich als Erzeuger vorgestellten Männer wirklich ausschließen können. Gelegentlich ergeben sich durch Besonderheiten einzelner Muster noch andere Möglichkeiten, auf die Verff. aber in der vorliegenden Arbeit nicht eingehen. Die praktische Verwertung der Papillarmusteruntersuchung besteht gleich der Vaterschaftsdiagnose durch die Blutgruppenbestimmung hauptsächlich in der Möglichkeit der Ausschließung des angeblichen Vaters, und L. und P. erörtern zum Schluß ihrer Arbeit noch kurz die Bedeutung der Tastfigurenuntersuchung für die Berufsvormundschaft.

Leonhard Leven (Elberfeld)._o

Kunstfehler. Ärzterecht.

Serebrjanikov, P.: Über ärztliche Fehler. Odesskij med. Ž. 4, 172—176 u. dtsch. Zusammenfassung 176 (1929) [Russisch].

Als ärztliche Fehler werden sämtliche unrichtige Maßnahmen bezeichnet, die das Resultat von ungenügendem Wissen und Erfahrung des Arztes sind. Verantwortlich ist letzterer nur in den Fällen, in denen die ärztlichen Fehler infolge von Mangel an für jeden Arzt obligatorischen Kenntnissen entstanden sind. Es ist notwendig, in den Kriminalkodex Paragraphen aufzunehmen, in welchen die ärztlichen Fehler behandelt werden. Freiheitsverlust oder Zwangsarbeiten als Strafe sind unzumutbar; dadurch wird der Arzt weder kenntnisreicher noch erfahrener.

G. Michelson (Narva, Estland).

Burk, W.: Zwei Todesfälle nach Avertinbasinarkose. (Priv.-Abt., Marienhosp., Stuttgart.) Zbl. Chir. 1929, 2204—2206.

Bei Verwendung des Avertins als Basinarkose sah Verf. 2 Todesfälle. Vorbereitung der Patienten mit 0,0002 Scopolamin und 0,02 Laudanon. 0,8 Avertin pro Kilo Körper. Fall 1: 40jähriger Mann, Magenresektion wegen Ulcus. Patient sehr fettreich, ausgeblutet. Avertin in 5proz. Traubenzuckerlösung gegeben. Trotz Anwendung von Strophantose, Cardiazol, Tröpfcheneinlauf Tod nach 50 Stunden unter immer weiter sinkendem Blutdruck. Sektion ohne positiven Befund. — Fall 2: 49jährige Frau. Gallenblasenexstirpation. Ätherverbrauch 60 g. 40 Stunden nach der Operation Exitus. Sektion ohne besonderen Befund. In beiden Fällen war auffallend die große Euphorie des Patienten. Verf. glaubt, daß durch Zerrungen am Magen das Ganglion solare irritiert würde, und daß dadurch eine Vagusreizung und damit eine Blutdrucksenkung eintreten könne. Verf. verwirft daher für Magen- und Gallenblasenoperationen die Avertinnarkose.

Brüning (Gießen).^{oo}

Kotzoglou, P.: Über die Todesfälle in Avertinnarkose. (Chir. Univ.-Klin., Berlin.) Zbl. Chir. 1929, 2206—2213.

Verf. hat die 39 Todesfälle, die in der Literatur direkt oder indirekt dem Avertin zur Last gelegt werden, eingehend geprüft. Die verabfolgte Menge bewegte sich zwischen 0,1 bis 0,194 g pro Kilo Körper. 9mal wurde am Magendarm operiert, 5mal an der Gallenblase. 9 Fälle starben unter den Erscheinungen der Atemlähmung, 7 infolge ungenügender Leber- oder Nierentätigkeit, 5 an Herzschwäche, 3 an Dickdarmkatarrh, 2 an schwerer Cholangitis, je einer an Magen- bzw. Darmatonie. 11mal fehlten die Angaben. Verf. bespricht die einzelnen Todesfälle. Es ist daraus zu entnehmen, daß einige Fälle offenbar überdosiert waren, daß aber auch bei ganz niederen Dosen Todesfälle vorkamen. Es scheint, als ob die Verwendung einer 3proz. Lösung gefährlicher ist als die einer 2proz. Auch Fälle mit starker Schleimproduktion, die zur Verkleinerung der atmenden Oberfläche der Lunge führt, sind gefährdet. Deshalb sind Lupuskranken auszuschließen. Ferner dürfen Leute mit chronischer Niereninsuffizienz nicht mit Avertin betäubt werden. Die tödlichen Darmkatarrhe waren auf technische Fehler zurückzuführen. Die Darmatonie ist wohl nicht auf das Avertin zurückzuführen. Von den 5 Herztodesfällen werden auch nur 4 anerkannt. Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß von den 39 gemeldeten Todesfällen nur 13 mit Sicherheit dem Avertin zur Last zu legen sind. Auch zu Beginn der Chloroformära gab es viele Todesfälle. Wenn wir erst die Technik beherrschen, werden wir mit Avertin dieselben guten Resultate haben.

Brüning (Gießen).^{oo}

Nordmann: Die bisher bekannten angeblichen Unglücksfälle nach Avertinnarkosen. (*Berlin. Ges. f. Chir., Sitzg. v. 17. VI. 1929.*) Zbl. Chir. 1929, 2798—2806 u. Chirurg 1, 1142 (1929).

Nach Ansicht des Vortr. dürfte die große Mehrzahl der auf das Avertin zurückgeführten und veröffentlichten Todesfälle mit der Narkose nichts zu tun haben, sondern ist auf falsche Zubereitung und Dosierung des Mittels, auf die Erkrankung und die Größe des Eingriffes, auf schon vor der Operation vorhandene, aber nicht erkannte Komplikationen, auf Nieren- oder Leberschädigungen, welche schon vor der Narkose vorhanden waren und die Ausscheidung des Mittels verzögert haben, zurückzuführen. Sehr gefährlich erscheint dem Vortr. auch die Verabreichung von Chloroform zur Vertiefung der Avertinbasinarkose. Ein Todesfall kann nur dann auf das Avertin zurückgeführt werden, wenn der Kranke aus der Narkose nicht mehr erwacht und trotz aller aufgewendeten Mühe an Atemlähmung und sekundärer Herzstörung zugrunde gegangen ist. Dagegen dürfen fieberhafte Erkrankungen im Anschluß an eine Avertinnarkose nicht ohne weiteres mit dieser in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden. In allen Fällen, in welchen keine Sektion gemacht werden kann, ist Zurückhaltung in der Konstruktion eines Zusammenhanges zwischen Avertinnarkose und Tod geboten, und auch die Inhalationsnarkose ist nicht so ungefährlich, wie man es in den letzten Jahren dargestellt hat. Ist die Avertinnarkose erst einmal so lange Allgemeingut der Chirurgen wie die Inhalationsnarkose, so ist sie wahrscheinlich viel ungefährlicher als diese. Immerhin muß hervorgehoben werden, daß die Avertinnarkose nicht steuerbar ist und deshalb nur als Basisnarkose benutzt werden darf. *R. Syller.*°°

Peterson, Reuben: Report of an explosion of ethylene gas resulting in the death of a maternity patient and her child. (Bericht über eine Explosion bei Äthylennarkose mit Tod von Mutter und Kind.) Amer. J. Obstetr. 18, 659—665 (1929).

Der Verf. beschreibt eine Explosion, die sich bei dem McKesson-Apparat ereignete, und zwar bei einer Mischung von 75% Äthylen und 25% Sauerstoff. Das Äthylen wurde einer Kreißenden mit Unterbrechungen zu jeder Wehe gegeben. Die Explosion erfolgte bei der 4. oder 5. Verabreichung. Die Patientin bekam Opistotonus und hustete große Mengen Blut aus. Gesicht und Hals schwellen mächtig auf, eine Tracheotomie wurde vergeblich vorgenommen. $\frac{3}{4}$ Stunden nach der Explosion trat der Exitus ein. $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Explosion wurde das Kind tot mit der Zange entwickelt. Mit den Ursachen der Explosion beschäftigten sich McKesson und der Physiker William und der Chemiker Meloch. Es folgt eine genaue Befundsaufnahme. Obwohl 15000 Fälle von den Vorteilen der Narkose überzeugt hatten, wurde die Verwendung des Äthylens eingestellt. Der Verf. führt aus der Literatur verschiedene Arbeiten auf, die sich mit der Frage der Sicherung gegen die statische Elektrizität als Anlaß zur Explosion der Narkoseapparate beschäftigen. Es wird dort u. a. Erdung sämtlicher mit dem Apparat in Berührung kommender Personen und Gegenstände verlangt. An anderer Stelle Herstellung eines Feuchtigkeitsgehaltes von 60% der Luft im Operationssaal usw. Nach Ansicht des Verf. liegen die chemischen und physikalischen Verhältnisse zu kompliziert, um mit völliger Sicherheit Explosionen ausschalten bzw. die zu treffenden Sicherheitsmaßnahmen dauernd auf ihr Funktionieren überwachen zu können. Auch das hier berichtete Unglück wird auf Zündung durch statische Elektrizität zurückgeführt.

Franken (Freiburg i. Br.).°°

Wiślański, Kazimierz: Über die Lumbalanästhesie mit Tropicocain und die in Verbindung mit ihr auftretenden Komplikationen. Polska Gaz. lek. 1929 II, 657 bis 662 [Polnisch].

Komplikationen nach der Lumbalanästhesie traten in 135 Fällen auf, davon waren 14 schwerer Art, 121 leichten Grades. Die Patientinnen mit Komplikationen schwerer Art waren meist im vorgerückten Alter und wiesen Herzmuskelveränderungen sowie Störungen im Gefäßsystem auf. Gleich nach der endolumbalen Injektion sank bei ihnen der Blutdruck um mehr als 20 mg Hg; Bewußtlosigkeit und Atemnot traten auf.

Nach Lobelin- und Coffeininjektion ging der gefährdrohende Zustand vorüber. Komplikationen leichten Grades nach der Lumbalanästhesie äußerten sich in Erbrechen, Kreuzschmerzen, Doppelsehen und vor allem in Kopfschmerzen. Diese traten teils am 2. Tage nach der Operation, teils einige Tage später auf, seltener erst in der 2. Woche. Die Stärke der Kopfschmerzen nahm rasch zu, erreichte nach 2—3 Tagen den Höhepunkt, zog sich dann aber wochen- und monatelang hin. Bei 2 Frauen hielt der Kopfschmerz fast 1 Jahr hindurch an. Lungenkomplikationen nach Lumbalanästhesie traten in 12 Fällen auf. Von 5 Embolien bei 800 Operierten waren 2 nach Lumbalanästhesie und 3 nach Allgemeinnarkose eingetreten. Die Nieren blieben in allen Fällen von Lumbalanästhesie frei von Störungen. Was die Lumbalanästhesie in den geburts-hilflichen Fällen betrifft, so muß hervorgehoben werden, daß einigemal die Kinder stark asphyktisch zur Welt kamen, meistens genügte künstliche Atmung, um die Asphyxie zu beheben; 1 Kind jedoch starb am 4. Tag nach der Geburt. Von den 537 beschriebenen Fällen von Lumbalanästhesie mit Tropacocain verlief keiner tödlich. Bei früheren Versuchen, in denen Tutocain in verschiedener Konzentration zur lumbalen Anästhesie verwendet wurde, starb eine Patientin. Die Hauptquelle für Störungen nach der Lumbalanästhesie liegt, nach Verf. Ansicht, in einer fehlerhaften Zusammensetzung des Anästhesiemittels selbst.

W. Kowalski (Kattowitz).^o

Gilse, P. H. G. van: Unliebsame Vorkommnisse bei der Lokalanästhesie am Nasenseptum durch Injektion. (*Univ.-Hals-, Nasen- u. Ohrenklin., Amsterdam.*) *Acta otolaryng.* (Stockh.) **13**, 387—392 (1929).

van Gilse berichtet über zwei unangenehme Erlebnisse bei Septumoperationen. Im 1. Fall trat nach Injektion von 10 ccm einer 1proz. Novocainlösung mit 0,000125 Adrenalin auf 0,125 Novocain etwa 18 Minuten nach der Injektion während des Abbrechens eines Vomerstückchens plötzliche Erblindung auf (die Patientin, 24-jähriges Mädchen, gab an, nichts mehr zu sehen. Die Pupillen beiderseits maximal erweitert reagierten nicht auf Licht). Der Ophthalmologe fand eine halbe Stunde später beiderseits die Papilla nervi optici sehr blaß, den Boden der Exkavation kreideweiß. Am nächsten Tage war die Papille röter, die arteriellen Gefäße weniger eng. Nach 2 Tagen Augenhintergrund wieder normal, Patientin konnte wieder gut sehen. Ungestörter Wundverlauf. — In einem 2. Fall (19-jähriger Mann) waren 5 ccm 1proz. Novocain- mit 0,05 Adrenalinlösung unter die Septumschleimhaut eingespritzt. Nach 15 Minuten begann die Operation. Nach einiger Zeit bekam der Patient Zuckungen im Mundfacialis der rechten Seite und wurde bewußtlos. Pupillen weit, aber reagierend. Pulsverlangsamung (65). Patient kam bald wieder zum Bewußtsein, gab an, daß ihm schwindlig sei und schlug sich auf einmal mit der rechten Hand auf die linke mit der Angabe, ein totes Gefühl in der linken Hand zu haben. Es zeigte sich, daß der linke Arm und das linke Bein vollständig gelähmt und unempfindlich waren. Kniesehnen- und Achillesreflex erloschen, positiver Babinski. Der Neurologe konstatierte 20 Minuten später eine typische Hemiplegia alternans durch vorübergehende Schädigung im Ponsgebiet.

In beiden Fällen sieht van Gilse als Ursache des üblen Ereignisses Gefäßspasmen als Folge der Adrenalinverwendung und empfiehlt möglichste Vorsicht bei der Dosierung des Adrenalins. Beide Patienten waren im Sitzen operiert worden und van Gilse empfiehlt deshalb Operation am liegenden Patienten. *Caesar Hirsch* (Stuttgart).^{oo}

Morville, Poul: Klinische Untersuchungen über die Giftigkeit des Numals. (*I. Afd., Kommuneskosp., København.*) *Ugeskr. Laeg.* **1929 II**, 971—975 [Dänisch].

Nach den klinischen Untersuchungen des Verf. an numalisierten Patienten ist das Numal an sich ebenso wie der Äther ein Zellgift. Die Einwirkung auf die Nieren ist im ganzen gering. Die Leber ist das Organ, das für die Intoxikationswirkung am meisten in Betracht kommt; man sieht das an einer geringen Steigerung des Blutzuckers, das Fehlen der Glykosurie, der schwachen, rasch schwindenden Urobilinreaktion. Die Numalnarkose und die Numaläthernarkose zeigte bei Kranken mit schweren und größere Eingriffe erfordernden Leiden geringere Intoxikationen als etwa die Äthernarkose bei Patienten mit mehr gutartigen Leiden. *Peiper* (Frankfurt a. M.).^o

Buylla, Placido A.: Zwei Fälle von plötzlichem Tod nach intravenösen Adonidininjektionen. (*Hosp. Prov., Oviedo.*) *Archivos Cardiol.* **10**, 465—467 u. franz. Zusammenfassung 468 (1929) [Spanisch].

Verf. hat bei zwei herzkranken Patienten (35 und 60-jährig) nach intravenöser Adonidin-

injektion (15 mg) plötzliche Todesfälle beobachtet und warnt vor Adonidin-Therapie, trotz seiner ausgezeichneten diuretischen Wirkung. *Buhtz* (Heidelberg).

Ikoff, J.: Über plötzlichen Tod bei Struma nach Jodmedikation. (*Univ.-Inst. f. Gerichtl. Med., Leipzig.*) Dtsch. med. Wschr. 1929 II, 1971.

Verf. berichtet nach kurzer Erörterung der Frage über die Beziehungen der Schilddrüse zum Jodstoffwechsel über einen Fall von ausgesprochener Jodempfindlichkeit:

Bei einem 23jährigen Mann hatte sich seit 2 Jahren ein Kropf entwickelt, der in den letzten Monaten erheblich zugenommen hatte. Gleichzeitig war sein Körpergewicht bedeutend gestiegen. 14 Tage vor dem Tode begann er, ein jodhaltiges Mittel zu nehmen. 2 Tage vor dem Tode bekam er Halsschmerzen, welche nach einem feuchten Umschlag bald vergingen. In der folgenden Nacht trat der Tod in einem Erstickungsanfall plötzlich ein. Als Todesursache hat sich bei der Sektion eine durch die vergrößerte Schilddrüse (Struma colloidosa) hervorgerufene hochgradige Kompression der Halslufttröhre und ein Glottisödem gefunden.

Dieser Fall, der sich aufs engste an den von Berg (Dtsch. med. Wschr. 1910) berichteten Fall anlehnt, mahnt eindringlich, bei Joddarreichungen an Kropfkranken mit der größten Vorsicht zu Werke zu gehen. *Raestrup* (Leipzig).

Terrien, F.: Des complications oculaires après emploi des arséno-benzols. (Augenkomplikation nach Arsenobenzolbehandlung.) Arch. d'Ophthalm. 46, 513—534 (1929).

Augenkomplikationen können nach Arsenobenzolbehandlung (nicht nur bei syphilitischen, sondern auch bei anderen Kranken wie Terrien an einem Falle von Psoriasis zeigt) in verschiedenen Formen und wechselnder Schwere auftreten. Sie können toxisch oder durch Herxheimersche Reaktion bedingt sein oder in Form der sog. Neurorezidive auftreten. Als Giftwirkung kommen vor: Bindehautentzündungen, Ödem der Lider, leichte Iritiden, Refraktionszunahme, Glaskörperblutung, Verschlechterung bestehender Entzündungen (Beispiele: Keratitis phlyctenulosa, Episkleritis). Sie sind Zeichen von Überempfindlichkeit und mahnen zur Vorsicht. — Durch Herxheimersche Reaktion entstanden, werden angesehen: frischer Ausbruch oder Verschlechterung schon bestehender Regenbogenhautentzündung, Neuritis optica. Eine während der Kur einsetzende Keratitis parenchymatosa wird in gleichem Sinne gedeutet. Vorsichtige Arsenobenzolbehandlung bei tabischer Sehnervenatrophie. — Die Neurorezidive entstehen im allgemeinen bei im Frühstadium der Lues ungenügend behandelten Kranken. Erkrankungen der Augennerven sind weniger häufig als die des N. cochlearis und vestibularis. Erkrankungen dieser Art am Sehnerven können gutartig verlaufen, aber auch in Atrophie ausgehen. Von den Augenmuskelnerven erkrankt meist der Oculomotorius, seltener der Abducens. Auch an Iris und Chorioidea sind Neurorezidive beobachtet worden, besonders auffallend durch die Intensität der Entzündung und die Häufigkeit von Syphilomen. WaR. nicht selten negativ. Auf Grund dieser Erfahrungen möchte T. das Arsenobenzol überhaupt nur nach Versagen der Quecksilber- und Wismutbehandlung angewendet wissen.

F. Jendralski (Gleiwitz).

Dennie, Charles C., William L. McBride and Paul E. Davis: Toxic reactions produced by the application of trinitrophenol (picric acid.) (Toxische Reaktionen hervorgerufen durch die Anwendung von Trinitrophenol.) Arch. of Dermat. 20, 698—704 (1929).

Die Autoren berichten ihre klinischen und experimentellen Erfahrungen über die Einwirkung von Trinitrophenol nach Applikation auf die Haut. Es wurden 2 verschiedene Reaktionen beobachtet: Bei bestimmten Personen werden durch Resorption schon geringer Mengen schwere viscerele Symptome ausgelöst. Außerdem kommt es bei empfindlichen Individuen zu deutlichen Reaktionen an der Haut im Sinne einer Dermatitis. Aus diesem Grunde wird vor dem Gebrauch von Tr. zur Behandlung von Hauterkrankungen und Verbrennungen sowie zur Sterilisierung der Haut des Operationsfeldes gewarnt. Experimentelle Versuche an Hunden zur Feststellung der letalen Dosis mittels subcutaner Injektionen ergaben, daß sie zwischen 0,1 und 0,125 g pro Kilogramm Körpergewicht liegt. Eine Stunde nach der Applikation ist Tr. im Urin und Blut nachweisbar. Die subletale Dosis verursacht intermittierende Nierenschädigungen.

W. Lehmann (Hamburg).

Liengme, A.: La toxicité de la trypaflavine. (Die Toxizität des Trypaflavins.) (*Laborat. d'Histol. et Embryol., Univ., Genève.*) Schweiz. med. Wschr. 1929 II, 964 bis 966.

Entgegengesetzt zu den Angaben anderer Autoren fand Verf. die Toxizität des Trypaflavins unterhalb von 0,02 g pro Kilo für das Meerschweinchen und unterhalb von 0,05 g pro Kilo für die Ratte. Das Verhältnis zwischen der klinischen optimalen („zweckmäßigen“) Dosis und der Dosis tolerata beträgt also nicht $\frac{1}{10}$, sondern $\frac{1}{2}$ bzw. $\frac{1}{4}$. Die für die Therapie angegebene optimale Dosis von 0,01 pro Kilo ist also der Dosis tolerata sehr stark angenähert. Es wird vor einer zu starken Dosierung gewarnt. *Collier (Berlin).*

Borch-Johnsen, Erling: Komplikationen nach Ureterkatheterismus und Pyelographie. Norsk. Mag. Laegevidensk. 90, 952—956 u. engl. Zusammenfassung 956 (1929) [Norwegisch].

Verf. berichtet über 4 Fälle von ernsten Komplikationen nach doppelseitiger Ureterkatheterung und Pyelographie. In je einem Falle von Ureterkatheterung und Pyelographie folgte auf den Eingriff der Tod. In dem ersten Falle litt die Patientin an chronischer Nephritis mit schwerer parenchymatöser Degeneration in verschiedenen Teilen der Niere, in dem 2. Falle handelte es sich um N-Retention im Blute schon vor der Untersuchung. In dem 3. und 4. Falle hatte die doppelseitige Pyelographie eine mehrere Wochen dauernde Hämaturie zur Folge. Verf. warnt deswegen vor doppel-seitiger Pyelographie und vor Injektion von zu großen Quantitäten. *A. R. Elfving.*

Eberhart, F.: Fahrlässigkeit in der Geburtshilfe. (21. Vers. d. Dtsch. Ges. f. Gynäkol., Leipzig, Sitzg. v. 22.—25. V. 1929.) Arch. Gynäk. 137, 812—814 u. 842—866 (1929).

Eberhart weist darauf hin, daß die sog. „Fahrlässigkeit“ nicht zu selten „Unfähigkeit“ bedeutet. Bei aller kollegialen Rücksichtnahme müssen Gutachten doch objektiv bleiben und dürfen nicht so milde ausfallen, wie einige von A. Döderlein veröffentlichte. *Dietrich (Celle).*

Kuhne: Zur Methode der Credéisierung bei Neugeborenen. Erwiderung zu dieser Mitteilung des Herrn Kollegen Dr. Burkarth in Nr. 15 dieser Zeitschrift. Z. Med. beamte 42, 425—426 (1929).

(Vgl. diese Z. 14, 253.) Durch einen unglücklichen Zufall ist bei der Credéisierung eines Arztkindes eine Ampulle zerbrochen und vom Vater 2 Stunden später auf der geschlossenen Lidspalte ein 5 mm langer Glassplitter gefunden worden. Dieses gibt dem Vater die Veranlassung, die allgemein angewandten Ampullen für gefährlich zu halten. Verf. wendet sich dagegen und sagt, daß trotz millionenfacher Anwendung noch nie etwas Derartiges passiert sei. Er sagt, daß im vorliegenden Falle mehrere Fehler gemacht seien und daß bei der früher üblichen Aufbewahrung des Arg. nitr. in Flaschen öfters kindliche Augen geschädigt seien, da bei längerem Stehen freie ätzende Salpetersäure entstehe. Oft seien Flaschen verwechselt worden. Auch neuerdings sei in einem Falle eine derartige Schädigung beobachtet worden, da der Apotheker versehentlich 10proz. Arg. nitr.-Lösung lieferte. Folge: ein Auge blind, das zweite fast völlig blind. Verf. kommt zu dem Schluß, daß es nicht richtig ist, ein millionenfach bewährtes Mittel zu verwerfen, nur weil es einmal ungeschickt angewandt ist. *Winter.*

Keller, W., und W. Schaefer: Untersuchungen zur Ätiologie der postvaccinalen Erkrankungen des Zentralnervensystems. (*Kinderklin. u. Histo-Path. Laborat., Psychiatr.-Neurol. Klin., Univ. Heidelberg.*) Jb. Kinderheilk. 125, 253—284 (1929).

Die Encephalitis epidemica kommt ätiologisch für die postvaccinale Encephalitis nicht in Frage. Es könnte sich nur um die Aktivierung eines bisher unbekannten Erregers oder eines nicht pathogenen Agens handeln, das erst auf dem Boden der sich entwickelnden vaccinalen Allergie zur krankmachenden Noxe wird.

E. Paschen (Hamburg).

Kaiser, M., und Elise Liedl: Die Encephalitis post vaccinationem mit besonderer Berücksichtigung der österreichischen Fälle. (*Bundesstaatl. Impfstoffgewinnungsanst., Wien.*) Z. Desinf. 21, 261—271 (1929).

Die Krankheit beginnt vorwiegend in der Zeit vom 11. bis zum 14. Tage; der Beginn der Krankheit war fast stets akut. Von 24 Fällen verliefen 13 tödlich. Es handelte sich bei den 19 Kranken, bei denen der Impfstoffzustand festgestellt werden konnte, 15 mal um Erstimpflinge, 4 mal um Wiederimpflinge. Die Mehrzahl der Impflinge steht zwischen dem 7. und 8. Jahre, nur 1 war 4 Jahre alt. Die encephalitiskranken Impf-

linge verteilen sich also auf das Burgenland, Niederösterreich, Tirol und Wien: keine feuchten Orte (Holland!). Eine zeitliche Disposition liegt nicht vor, ebenso wenig eine Familiendisposition. Beziehungen der p. E. zur Poliomyelitis oder Encephalitis lethargica bestehen nicht.

E. Paschen (Hamburg).

Eckstein, A.: Zur Frage der Vaccinationsencephalitis. (*Akad. Kinderklin., Düsseldorf.*) *Klin. Wschr.* 1929 I, 1153—1158.

Es konnten 89 Fälle von postvaccinaler Schädigung im Sinne einer Vaccinationsencephalitis in Deutschland zusammengestellt werden, 11 aus der Literatur, 37 aus den Akten, 39 aus brieflichen Mitteilungen, 2 eigene klinische Beobachtungen (zu denen nachträglich 2 weitere kamen). In den letzten Jahren zeigte sich ein steiler Anstieg der Frequenz; weiter erst nach Abklingen der epidemischen Encephalitis, gleichzeitig aber mit der Zunahme der parainfektösen Encephalitiden eine Häufung der Vaccinationsencephalitis. Nach Jahreszeiten ergab sich ein Häufigkeitsgipfel im Mai. Analog anderen Ländern zeigte sich eine Inkubationszeit von 10 Tagen im Durchschnitt. Örtlich fand sich eine Häufung in einzelnen Gegenden, im Gegensatz zu Holland stärker in größeren Städten als in Kleingemeinden. Die Letalität betrug 39,8%. Es ist nicht berechtigt, von einer Altersdisposition zu sprechen, die Encephalitis ist im allgemeinen eine Erkrankung des Erstimpflings, sie kann aber auch der zweiten Impfung folgen. Die Verlegung des Impftermins verspricht keine sichere Gewähr, da ja auch die ersten Lebensmonate betroffen sind. Die Ursachen der Encephalitis postvaccinalis sind ungeklärt, die Prognose ungewiß. Auch leichte Impfreaktionen können von der Komplikation gefolgt sein. Die Schädigung durch Impfencephalitis ist geringer als der Mangel an Impfschutz.

Neurath (Wien).

Ollinen, Tauno: Ist Luftembolie oder Shock die Ursache eines nach Pneumothoraxbehandlung plötzlich eintretenden Todes? *Duodecim (Helsingfors)* 45, 433—450 (1929) [Finnisch].

Nach einem kurzen Blick auf Tierversuche mit Luftembolie und Shock beschreibt Verf. einen von ihm beobachteten, nach der Pneumothoraxbehandlung plötzlich eingetretenen Tod. Eine junge Patientin starb unter Krampfsymptomen nach beendigter Pneumothoraxbehandlung; bei der Sektion war keine Luft nachzuweisen, wohl aber eine offenbare Schwäche der Blutgefäße und des Herzens in der Form eines sogenannten Status thymicolymphaticus.

Autoreferat.

Kovaes, Richard: Accidents during electrotherapy and light therapy and their prevention. (Unfälle bei der Elektrotherapie und Lichtbehandlung und ihre Verhütung.) (*Polyclin. Med. a. Hosp., New York.*) *Internat. Clin.* 4, Ser. 39, 57—70 (1929).

Die bei der elektrotherapeutischen Behandlung vorkommenden Unfälle und Schädigungen können lokaler oder allgemeiner Natur sein. Lokale Schädigungen zeigen sich bei der Anwendung des galvanischen Stromes (aber eventuell auch des unterbrochenen Gleichstroms oder niederfrequenten Wechselstroms in Form von elektrolytischen Verätzungen, welche in ihrer Intensität von leichter Verschorfung der Epidermis bis zur Bildung von mehr oder minder tiefen Hautulcerationen mit langsamer Heilungstendenz schwanken können. Zu ihrer Verhütung ist neben der sorgfältigen Dosierung vor allem eine genaue Technik bezüglich genügender Umwicklung und Unterpolsterung aller Metallteile der Elektroden und hinreichender Durchfeuchtung des die Elektroden umwickelnden Mulls oder sonstiger Stoffe notwendig. Harmloser sind die Hautschädigungen durch die Funken der statischen Elektrizität, die namentlich bei der Kontaktmethode oder bei Anwendung der statischen Bürste durch ungewollte Konzentration der Entladungen auf eine Stelle auftreten können. Die Diathermieschädigungen werden ihrem Wesen und ihrer Entstehung nach ausführlich geschildert; die Maßregeln zu ihrer Verhütung sind die allgemein bekannten. Von Interesse ist, daß nach Ansicht des Verf. neben organisch bedingten Sensibilitätsstörungen der Haut auch hysterische resp. funktionell bedingte Gefühlsstörungen eine Kontraindikation der Diathermieranwendung bilden

bzw. hierbei zu Verbrennungen führen können. Die allgemeinen Schädigungen durch Elektrotherapie bestehen in lebensgefährlichen Einwirkungen des Starkstroms. Sie kommen einerseits (sehr selten) vor, wenn bei einer Hochfrequenzanwendung die Hochspannung der Primärspule des Transformators infolge mangelhafter Isolierung auf den Sekundärkreis übertritt (technische Schutzvorrichtungen in Form eines magnetischen Unterbrechers verhüten das), oder sie entstehen durch Erdschluß, wogegen die Verwendung erdschlußfreier Anschlußapparate, sonst aber die Vermeidung jeder Berührung eines mit der Erde verbundenen Gegenstandes während der Behandlung den sichersten Schutz bieten. Bei Besprechung der Gefahren der Lichtbehandlung ist von Interesse, daß bei der Ultraviolettlichtbestrahlung in solchen Fällen besondere Vorsicht geboten ist, wo der Patient gleichzeitig mit sensibilisierenden Substanzen behandelt wird (Vaccine, Serum, Arsenik, Sulfonal). Auch dürfte in weiteren Kreisen unbekannt sein, daß eine Pariser Wohlfahrtsbehörde verboten hat, bei der Quarzlampebestrahlung den Patienten direkt senkrecht unter die Lampe zu legen, damit bei einem etwaigen Platzen des Brenners der Körper nicht von dem glühenden Quecksilber getroffen werden kann. (Derartige Unglücksfälle sind sehr selten, doch sah Ref. bei einem Patienten, der in Amerika mit Quarzlicht bestrahlt worden war, ausgedehnte Verbrennungsnarben am Abdomen, die von einem solchen Vorkommnis herrührten.) Zum Schlusse wird die juristische Verantwortlichkeit bei Schädigungen durch elektrophysikalische Behandlung erörtert; der dort eingenommene Standpunkt entspricht in allen wesentlichen Teilen der Auffassung der deutschen Rechtsprechung.

A. Laqueur (Berlin).^{oo}

Simons, Alb.: Über Vorkommen und Bedeutung der sogenannten Wunddiphtherie als Komplikation bei Röntgen- und Radiumverbrennungen. (*Strahlentherapeut. Abt., Univ.-Inst. f. Krebsforsch., Charité, Berlin.*) Acta radiol. (Stockh.) 10, 291—310 (1929).

Radionekrosen sind auffallend häufig mit Mikroorganismen infiziert, die morphologisch und kulturell den echten Diphtheriebacillen gleichen. Diese Mikroorganismen können den Heilungsverlauf von Radionekrosen komplizieren und nachteilig beeinflussen. Sie können ferner bei an sich nur geringfügigen Strahlenschädigungen Krankheitsbilder hervorrufen, die von schweren Röntgen- und Radiumnekrosen nicht ohne weiteres zu unterscheiden sind. Für die endgültige Abheilung ist unter antiseptischer Behandlung in erster Reihe der Grad der tatsächlichen Strahlenschädigung ausschlaggebend, während den durch die Infektion hervorgerufenen Gewebszerstörungen in dieser Beziehung nur eine untergeordnete Rolle zukommt. Den in dieser Abhandlung mitgeteilten Beobachtungen kommt eine besondere Bedeutung bei der Beurteilung von Radionekrosen in klinischer, prognostischer und forensischer Beziehung zu.

Halberstaedter (Berlin).^o

Krause, Paul: Verkennung von Röntgenschädigungen. Dtsch. med. Wschr. 1929 II, 1926—1927.

Mitteilung von 3 Röntgenschädigungen, von denen 2 (Rö-Dermatitis an den Händen bzw. Unterarmen) vorher nicht erkannt waren. Beim 3. Falle handelt es sich um einen Rö-Krebs an den Händen, der von Anfang an entgegen dem Rat des Verf. nicht radikal genug operiert wurde und später an einer allgemeinen Carcinose starb.

Wucherpfennig.^o

Balthazard: L'ordre des médecins. (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 24. VI. 1929.*) Ann. Méd. lég. etc. 9, 562—588 u. 630—647 (1929).

Die französische Ärzteschaft wird gegenwärtig durch zwei mit ihrem Berufsleben eng verknüpfte Probleme stark bewegt, man kann sagen, ein äußeres und ein inneres. Das äußere ist das bevorstehende Inkrafttreten der Sozialversicherungsgesetze, denen die französischen Ärzte, nicht zum wenigsten unter dem Einfluß der in Deutschland von den Ärzten in dieser Tätigkeit gemachten Erfahrungen, stark ablehnend gegenüberstehen; das innere Problem, die Schaffung einer den französischen Ärzten bis jetzt noch fehlenden Standesordnung, ist zweifellos auch durch den zu erwartenden Krankenkassenbetrieb und seine die ärztliche Integrität bedrohenden Gefahren besonders akut geworden. Mit dieser Angelegenheit, der Schaffung einer Standesordnung, haben sich in zwei Sitzungen die Gesellschaft für gerichtliche Medizin und die Gesellschaft für Gefängniswesen und Strafrechtsgebung beschäftigt. Während über die Notwendigkeit einer Standesordnung im Prinzip fast vollständige Einigkeit herrschte, gingen

die Ansichten über die praktische Ausgestaltung ziemlich weit auseinander. Die Einzelfragen, die zur Erörterung kamen, waren die Zusammensetzung und die Zuständigkeit der zu bildenden Standesgerichte — nur Ärzte oder Beteiligung von Juristen, Zahl und Art der Instanzen — Kreis, Regierungsbezirke, Zentrale —, aktives und passives Wahlrecht, Art der der Standesgerichtsbarkeit unterliegenden Übertretungen, Verhältnis zu den ordentlichen Gerichten, Art und Höhe der Strafen. Die Grundlage der Standesordnung sollen „die Grundsätze der ärztlichen Pflichtenlehre“ bilden, die zur Zeit in der Ausarbeitung sind, ein Ehrenkodex, dessen Bestimmungen sich kaum von den bei uns geltenden unterscheiden. Auf Schritt und Tritt zeigt sich die Besorgnis um den überall immer stärker auch in die freien Berufe eindringenden Händlergeist, um ihre Kommerzialisierung, wie die Franzosen, um die Amerikanisierung, wie wir sagen. Ein Gegenstand besonderer Unruhe ist die, wie es scheint, in Frankreich stark überhandnehmende Unsitte der „Dichotomie“, des Geschäftemachens zwischen behandelndem Arzt und Konsiliarius auf Kosten des Kranken. — Zum Schluß wurde die Ausarbeitung eines Gesetzentwurfs einem von den beiden Gesellschaften gebildeten Ausschuß überwiesen.

Lanke (Engelsdorf).

Frankfurter, J.: Die Zeugnispflicht im ärztlichen Beruf. Münch. med. Wschr. 1929 II, 1601—1602.

Unter Hinweis auf die ausgedehnte juristische Fachliteratur und die strafrechtliche und strafprozessuale Bedeutung des Gegenstandes sowie auf die Behandlung desselben auf dem deutschen Ärztetag in Danzig 1929 wird das geltende Recht und seine Auswirkung in der Rechtsprechung des Reichsgerichts behandelt. Die Beschränkung des Geltungsbereiches des § 300 RStrGB. auf approbierte Ärzte stützt sich besonders auf die Tatsache, daß die ärztliche Praxis vorwiegend Dienst an der öffentlichen Gesundheitspflege ist. Aber gerade deshalb ist die ärztliche Schweigepflicht keine unbedingte, obwohl sie mit ihrem hohen ethischen Gehalt auf das Treueverhältnis zwischen Arzt und Patient sich stützt. Die Relativität des Gesetzes, bei dessen Auslegung andere höhere sittliche Pflichten der Verschwiegenheit vorgehen können (vgl. Ebermayer. Ref.), kommt schon dadurch zum Ausdruck, daß das Delikt nur auf Antrag verfolgt wird. Empfangsdamen bei Ärzten zählen nach Ansicht des Verf. nicht zu den Gehilfen (? Ref.), die ja auch im Gesetz genannt sind. Wohl aber zählen assistierende Studenten dazu. Daß nur solche Gehilfen, die direkt an der Behandlung teilnehmen, im Gesetze gemeint seien, erscheint dem Ref. nicht richtig. Übrigens nehmen die meisten Empfangsdamen irgendwie an der Behandlung, Diagnostik oder Buchführung, teil (Ref.). Hinsichtlich der Indiskretion bezüglich der Diagnose an der Leiche ist bemerkt, daß nach der herrschenden Auffassung die wissenschaftliche Forschung nicht über dem Privatinteresse stehe, doch könne hier Verfolgung nur bei bösem Vorsatz, dolus, nicht bei Fahrlässigkeit eintreten. In der juristischen Literatur werde vielfach die Wahrung des Berufsgeheimnisses über den Tod des Patienten hinaus gefordert, was bei einem so höchst persönlichen Interesse, auf das ja der Patient bei Lebzeiten auch verzichten kann, nicht angängig sei. Dagegen gelte zweifellos das Prinzip der Verschwiegenheit auch für den Hörsaal. Verf. beschränkt die Gegenstände der Verschwiegenheitspflicht auf die mit Beratung, Diagnosestellung und Behandlung unmittelbar zusammenhängenden Tatsachen (was nicht allgemein anerkannt ist. Ref.). Auch das Umherliegenlassen von Aufzeichnungen könne den Tatbestand des § 300 erfüllen. Eltern, Dienstherrn, also an dem Kranken berechtigt interessierte Personen, können mit Recht Auskunft vom Arzte verlangen. Unter Verlobten könne dieses Privileg nicht gelten. Zur Beweisführung im Ehescheidungsprozesse darf nach Ansicht des Reichsgerichts das Berufsgeheimnis nicht gelüftet werden (Geschlechtskrankheiten!). Wohl aber ist, in Übereinstimmung mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, wonach die Anzeigepflicht in bestimmten Fällen vorgeschrieben ist, die Aussage dann befugt, wenn besondere Gründe, z. B. Gefährdung der Gesundheit des Ehepartners vorliegen. Darüber hinaus läßt das Reichsgericht auch moralische Gründe gelten, sogar dritten Personen gegenüber. Das Verlangen des Gerichts verpflichtet jeden, auch den Arzt, zur Aussage, soweit nicht ein gesetzlicher Verweigerungsgrund vorliegt. Nach der herrschenden Ansicht bedingt aber niemals eine gerichtliche Zeugenaussage einen Verstoß gegen § 300, selbst wenn der ausdrückliche Wille des Behandelten

entgegensteht. Wie Ebermayer u. a. räumt Verf. bei solchen Konflikten dem Arzte das Recht zur Abwägung der beiderseitigen Pflichten gegeneinander ein. Bei Strafverfolgungen, Polizeifahndungen, bei Wahrheitsermittlungen, beim zivilrechtlichen Offenbarungseid und im Falle der eigenen Verteidigung im Strafverfahren trete das Berufsgeheimnis außer Kraft. Den Kassen gegenüber erlischt die Schweigepflicht in dem zu einem reibungslosen Verkehr gebotenen Rahmen. Doch muß hier stets individualisiert werden. Die allgemeinen Strafausschließungsgründe (§ 53 RStGB.) setzen auch den Arzt außer Verfolgung. *Walcher* (München).

Romanese, R.: In tema di responsabilità professionale. Omissione, errore od eccesso di cure? (Ärztliche Verantwortlichkeit. — Falsche, übermäßige oder unterlassene Behandlung.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Parma.*) *Ateneo parm.* 1, Suppl. 68 bis 76 (1929).

An Hand eines eigenen Falles, der ihm zur Beurteilung vorlag, erörtert Verf. den Unterschied zwischen dem ärztlich und dem gerichtlich Unerlaubten. Nicht alle Fehler, im ärztlichen Sinne, sind gerichtlich strafbar: sondern nur diejenigen, welche entweder einen Schaden des Behandelten verursachen oder eine absichtliche Unterlassung der notwendigen Behandlung darstellen. Davon abgesehen darf nur der Arzt, aber nicht der Richter über das Übermaß oder die Art der Behandlung urteilen. *Autoreferat.*

Verantwortlichkeit des Arztes für einen in der Sprechstunde vorgekommenen Unfall? Schweiz. med. Wschr. 1930 I, 39.

Durch Zusammenklappen eines Untersuchungsstuhls zog sich eine Patientin eine Verletzung der Wirbelsäule zu. Sie machte den Arzt für den Schaden mit 38014 Frs. verantwortlich. Die Gerichte wiesen die Klage ab, da den Arzt kein Verschulden treffe.

Schönberg (Basel).

Ascher, Bernhard: Darf der Arzt seiner Verrechnungsstelle Patientengeheimnisse mitteilen? Dtsch. med. Wschr. 1929 II, 1976.

Die Ansicht Auerbachs (D. Jur.-Ztg 1929, Sp. 1409), der die Mitteilung von Patientengeheimnissen an die Verrechnungsstelle als Verstoß gegen § 300 bezeichnet hatte, wird bestritten. Nach § 398 BGB. ist die Abtretung eines Honoraranspruches jederzeit gestattet und nach § 402 BGB. ist der Zedierende verpflichtet, die zur Geltendmachung der Forderung nötige Auskunft zu erteilen. Dem Ref. sind anderweitige gegenteilige Ansichten bekannt, die Schwierigkeiten können dadurch beseitigt werden, daß die Begründung der Forderung durch den Arzt in verschlossenem mit der Anschrift des zuständigen Gerichts versehenen Briefumschlag der Klage beigelegt wird. Dieses Verfahren gilt unbestritten als zulässig. *Giese* (Jena).

Hanauer: Die Abgabe von Arzneimitteln durch Ärzte. Dtsch. med. Wschr. 1929 I, 1055—1057.

Der § 367, 3 StGB. (in Verbindung mit der Kaiserlichen Verordnung von 1901) legt dem Arzt nach dreifacher Richtung Fußangeln an. Er ist nicht berechtigt, zu wissenschaftlichen Zwecken oder zum Gebrauche bei Patienten eine Arznei in einer Form, die durch die Verordnung von 1901 außerhalb der Apotheken nicht hergestellt werden darf, anzufertigen. Nach teilweiser juristischer Auslegung darf er nicht einmal in Notfällen Arzneien an Patienten abgeben. Letzteren Fall, der jüngst Veranlassung zu einem Gutachten der Berliner Ärztekammer gegeben hat, bespricht Verf. besonders. Das Ausproben neuer Heilmittel am Krankenbett ist unbedingt notwendig und darf dem Arzt nicht strittig gemacht werden. Um den Arzt nicht der Gefahr auszusetzen, eine Gesetzesübertretung zu begehen, schlägt Verf. vor, die Fabrikanten sollten ihre neuen Mittel in den Apotheken deponieren, wie dies bei den opiumhaltigen Präparaten schon jetzt der Fall ist, und die Ärzte sollten die Patienten anweisen, sich die Mittel auf ärztliche Anweisung hin in den Apotheken selbst abzuholen. Dem Fabrikanten könne es nur erwünscht sein, die Gewißheit zu haben, daß seine Proben auch wirklich verwendet würden. Der § 405 des Reichstagsentwurfs bedroht zwar, über das heutige Gesetz hinausgehend, die Übertretung aller Vorschriften über den Verkehr mit Arzneien mit Strafe. Da aber die Kaiserliche Verordnung von 1901 nur das

Feilhalten und den Verkauf der nicht freigegebenen Arzneien verbietet, nicht aber die Zubereitung und Abgabe, würden unter Herrschaft des neuen Gesetzes die letzteren den Ärzten gestattet sein, falls sie nicht etwa durch eine andere Bestimmung über den Verkehr mit Arzneien verboten werden. Für alle Fälle wünscht Verf. (etwas überbesorgt nach Ansicht des Ref.) einen Zusatz zum § 405, der besagt, daß die Abgabe von Arzneimitteln durch Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte in Notfällen oder zu wissenschaftlichen Zwecken nicht strafbar ist.

Vorkastner (Frankfurt a. M.).

Tietze, Felix: Der Prozeß gegen den Grazer Chirurgen Professor Schmerz wegen Sterilisierung gesunder Männer. Münch. med. Wschr. 1929 II, 2101—2102.

Der Verf. nimmt vom Standpunkt des Arztes und des Juristen aus Stellung zu dem Aufsehen erregenden Prozeß, der sich am 28. X. 1929 vor dem Bezirksgericht in Graz abgespielt hat. Bekanntlich handelte es sich darum, daß der Beklagte, welcher Chirurg und Chefarzt des Sanatoriums der Angestellten-Krankenkasse in Graz war, eine große Anzahl von Männern auf deren eigenen Wunsch hin ohne eine medizinische Indikation sterilisiert hat. Es ist erwiesen, daß Professor Schmerz aus der Umgebung von Leoben mindestens 12 Männer, weiter aber aus Oberösterreich ungefähr 500 bis 700 Männer (!) in dieser Weise behandelt hat, wobei er sich (selbst ein organisierter Sozialdemokrat) von Parteigenossen je 30 Schilling, von anderen aber je 200 Schilling bezahlen ließ. Das Gericht verurteilte den Angeklagten zu einer Geldstrafe von 15000 Schilling. Aus der Begründung sei folgendes angeführt: Die Eingriffe geschahen mit Einwilligung der Operierten, wobei es sich aber nicht um ärztliche Behandlung eines Leidens drehte, sondern nur darum, den Männern die Zeugungsfähigkeit zu nehmen, um ihnen die Möglichkeit zu verschaffen, ohne Folgen, d. h. ohne die Gefahr einer Schwängerung geschlechtlich verkehren zu können. Es ist nicht sicher festgestellt, ob die Operationen durch einfache Unterbindungen oder durch Resektion des Vas deferens ausgeführt wurden; das Gericht hat im Interesse des Angeklagten die erstere Operation angenommen und damit zum Ausdruck gebracht, daß nicht eine schwere Körperverletzung, d. h. eine dauernde Zeugungsunfähigkeit, sondern nur eine vorübergehende erzielt werden sollte (leichte Körperverletzung nach § 411 des Österreichischen Strafgesetzbuches). Es wird weiter ausgeführt, daß es sich nicht nur um Eingriffe handelt, die ethisch verwerflich den guten Sitten zuwider laufen, sondern daß die Operation, die jeweils in Lokalanästhesie binnen wenigen Minuten ohne jede Berufsstörung ausgeführt wurde, den Tatbestand der Körperverletzung in sich schließt: „Zufügung von Körperschäden leichter Natur mit sichtbaren Merkmalen und Folgen, die vorsätzlich zugefügt worden sind“, hier mit dem bewußten Zweck, aus vollwertigen Männern minderwertige zu machen, womit der Tatbestand der vorsätzlichen Mißhandlung gegeben war. Auch die Einwilligung des Operierten schloß die Strafbarkeit nicht aus. — In seinen persönlichen Bemerkungen weist Tietze mit Recht darauf hin, daß den vom Angeklagten vorgenommenen Eingriffen die gleiche oder noch eine größere bevölkerungspolitische Gemeingefährlichkeit innewohne als wie einem Eingriff zur Unterbrechung einer Schwangerschaft, ferner, daß Sterilisierung zu eugenischen Zwecken nur als therapeutische Operationen berechtigt seien. Hier handelte es sich aber um Eingriffe, die nicht aus sozialer, sondern aus privatwirtschaftlicher Indikation gemacht wurden; sie widersprechen nach dem gemeinsamen deutschen und österreichischen Strafgesetzentwurf der Übung eines gewissenhaften Arztes und nach dem geltenden Recht ist eben eine Operation, die zu anderen Zwecken ausgeführt wird, als um den Operierten zu heilen, eine „Körperverletzung“ im Sinn des Strafgesetzes, gleichgültig, ob der Operierte damit einverstanden ist oder nicht. Es kann auch gar nicht bestritten werden die Gefahr, daß die sterilisierten Männer später in ihrem Leben ihre Unfruchtbarkeit zu beklagen alle Ursache haben könnten! Bei der Verhandlung wurde von den Sachverständigen die Frage erörtert, ob unter Umständen nach Vasoligatur nach einiger Zeit die Durchgängigkeit des Ausführungsganges wieder eintreten könnte, was bei Resektionen natürlich vollkommen ausgeschlossen ist, also ob tempo-

räre oder dauernde Zeugungsunfähigkeit aus dem Eingriff resultierte. Da der Angeklagte die Auskunft darüber verweigerte, konnte das Gericht auf Grund des Sachverständigengutachtens nur — in dubiis pro reo — zur Annahme einer Vasoligatur und damit zu einer „leichten Körperverletzung“ kommen. Vollkommen mit Recht sagt T., daß eine Frage von solch einschneidender bevölkerungspolitischer Bedeutung nicht durch einen einzelnen Menschen nach seinem Gutdünken entschieden werden könne, vielmehr einer Lösung durch den Gesetzgeber bedürfe. So sehr man die Sterilisierung solcher Menschen anstreben könne, von denen mit hoher Wahrscheinlichkeit (? Ref.) eine minderwertige Nachkommenschaft zu erwarten sei, ebenso müsse man die Sterilisierung vollwertiger Menschen für schädlich halten und unbedingt ablehnen. (Jüngst war in der Tagespresse davon die Rede, daß auch schon in der Deutschen Reichshauptstadt solche Schädlinge ihr Wesen treiben; d. Ref.) *Merkel.*

Über die Feuergefährlichkeit von Röntgenfilms. (Bemerkungen zu dem Aufsatz von Prof. Walter Straub, München, in Nr. 25 der Münch. med. Wschr. vom 21. VI. 1929.) (Röntgentechn. Abt., I. G. Farbenindustr., A. G., Berlin.) Münch. med. Wschr. 1929 II, 1565—1566.

Im Anschluß an die Mitteilung von Straub (vgl. diese Z. 14, 298) gibt Limpach eine Erklärung der Entstehung des Brandes. Nicht, wie Straub angegeben hat, durch die strahlende Wärme eines Dampfrohres, sondern durch direkte Berührung eines Films mit einer ohne Schutzglocke aufgehängten Glühlampe ist, wie die sachverständige Untersuchungskommission festgestellt hat, die Zersetzung und Vergasung des Films bewirkt worden; die dabei aufgetretene Hitze hat sodann eine Explosion des Gas-Luftgemisches und damit den Brand verursacht. Hierzu bemerkt Straub, daß er seine Ansicht über die Entstehung der Katastrophe nur aus Zeitungsberichten gebildet habe und daß er auf deren Richtigkeit nicht bestehe; vielmehr nehme er die von Limpach gegebene Erklärung der Entstehung durchaus an. Die Hauptsache, worauf er habe hinweisen wollen, sei aber nicht die Entstehung, die Explosion und der Brand, sondern die Gefahr der giftigen und tödlich wirkenden Gase und Dämpfe. *Kuppenheim (Berlin).*

Neureiter, Ferdinand: Zur Bekämpfung der Kurfuscheri durch das Gesetz. Sonderdruck aus: *Latvijas Arstu Ž.* Nr 7/8, 5 S. (1929).

Verlangt Aufnahme von folgendem Paragraphen im Lettischen Strafgesetzbuch: „Wer sich, ohne das Recht der ärztlichen Praxis zu besitzen oder nach Aberkennung dieses Rechts gewerbsmäßig mit der Krankenbehandlung oder Geburtshilfe beschäftigt, wird bestraft mit Haft nicht unter 3 Monaten oder mit einer Geldstrafe nicht über 300 Lat. Dieser Strafe unterliegt derjenige nicht, der unentgeltlich ärztliche Hilfe geleistet hat, sofern er sich bei der Hilfeleistung der Verwendung giftiger oder starkwirkender Stoffe enthalten hat.“

G. Michelsson (Narva, Estland).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

● **Raecke, Julius: Grundriß der psychiatrischen Diagnostik.** 10. Aufl. Berlin: Julius Springer 1929. VI, 171 S. u. 14 Abb. RM. 6.90.

In gedrängter Kürze, aber in erschöpfendem Umfange, dazu in leicht verständlicher Weise und gefälliger Darstellung gibt Verf. in zehnter Auflage sein Buch, das vom Praktiker ebenso wie vom Fachkundigen dankbar begrüßt werden kann. Im Rahmen eines hinweisenden Referates kann nicht auf grundsätzliche Stellungen eingegangen werden; jedenfalls muß gesagt werden, daß die Fülle des Stoffes in ausgezeichnete Darstellung gemeistert wird.

Juliusburger (Berlin).

Rittershaus, E.: Die Haftpflicht der Angehörigen. Psychiatr.-neur. Wschr. 1929 II, 517—521.

Rittershaus betont die Leichtfertigkeit, mit der vielfach Angehörige den „Revers“ unterschreiben und gegen ärztlichen Rat geistesranke Verwandte aus der Anstalt herausnehmen. Er führt eine Reihe von Fällen an, in denen solche Kranke gemeingefährlich sich betätigt haben, die Angehörigen aber infolge hier mangelnder Gesetzesbestimmung nicht verantwortlich gemacht werden konnten. Er bespricht die einschlägige Literatur und bringt den Entwurf eines Fürsorgegesetzes für psychisch Er-