

Mitteilung über den Titerwert und gibt die Testsera und Testblutkörperchen an, welche angewandt wurden. Bei allen Personen muß die Blutgruppenbestimmung für die Blutkörperchen und für das Serum gemacht werden. Beide Bestimmungen müssen für jede Person dieselbe Blutgruppe ergeben. Die Identität der Personen muß beglaubigt werden. Eine Beschreibung des Falles soll dem Gutachten vorausgehen. *Foerster.*

Böhmer, K.: Die Blutgruppen als Beweismittel. Kriminal. Mh. 3, 145—147 u. 174—178 (1929).

Verf. geht aus von den 4 Blutgruppen und spricht über das Wesen der Gruppensubstanzen. Er nimmt Stellung zu der Entscheidung des Kammergerichts (Beschluß 11. X. 1927) und widerlegt die Annahme des Gerichts, daß noch Zweifel in der gesetzmäßigen Vererbung der Blutgruppen beständen. Böhmer weist dabei auf andere Gerichtsentscheidungen hin, welche die Blutgruppen zur Grundlage ihrer Urteilsfindung machen. Die Anwendung der Blutgruppen im Prozeß ist von der Technik, der Konstanz und ihrer Vererbung abhängig. Diese 3 Voraussetzungen werden erörtert und daraus der Schluß gezogen, daß die Blutgruppenuntersuchungen, von der Hand des Erfahrenen ausgeführt, ein hervorragendes Beweismittel sind. *Foerster* (Münster).

Kunstfehler, Ärzterecht.

Neuhof, Harold, and Arthur H. Aufses: The causes of death after operation. A study based on eight hundred autopsies. (Die Ursache des Todes nach Operation. Eine Untersuchung auf Grund von 800 Obduktionen.) (*Mount Sinai Hosp., New York.*) Ann. Surg. 91, 321—328 (1930).

Bei der Statistik wurden Todesfälle innerhalb 48 Stunden nach der Operation nicht berücksichtigt, da hier die Obduktion keine hinreichende Klärung bringen konnte, zumal bei Exitus durch Operationsshock. Auffallend war, daß Pneumonie als Todesursache seltener festgestellt wurde als der Kliniker annahm; nur in 8% war Lungenentzündung vorhanden. Bei den 33 Fällen mit irrtümlicher Annahme einer solchen fanden sich 2 mal Lungenembolie, 6 mal Lungenatelektase, 5 mal Septicämie, 1 mal Hämoperitoneum, 2 mal sekundäres Empyem nach subphrenischem Abscëß, 2 mal Intraperitonealabscesse, 15 mal diffuse Peritonitis. Bei der Gesamtstatistik wurden in 42% die ursprünglichen Erkrankungen als Todesursache festgestellt, in 25% postoperative Eiterung; für die Entstehung derselben ist nicht immer mangelhafte operative Technik verantwortlich zu machen, sondern sehr oft ist die Widerstands-unfähigkeit des Gewebes bei kachektischen Individuen die Ursache. *Lehrnbecher.*

Brines, Osborne Allen: Fatal post-transfusion reactions. (Verhängnisvolle Reaktionen nach Bluttransfusion.) (*Dep. of Path. Jefferson Clin. a. Receiving Hosp., Detroit.*) J. amer. med. Assoc. 94, 1114—1116 (1930).

Unter 4000 Transfusionen hat Verf. nur 2, also 0,05%, unmittelbar tödliche Reaktionen erlebt.

In dem von Carrington und Lee 1921 beschriebenen Fall bekam ein 75jähriger, sehr anämischer Patient 500 ccm Citratblut. Eine Stunde nach der Transfusion Dyspnoe, Cyanose. Nach 7 Stunden Lungenödem, nach 10 Stunden Exitus. Die Blutprobe ergab keine Agglutination oder Hämolyse, auch nach der Transfusion wurde weder Hämaturie noch Hämoglobinurie festgestellt. Der 1. vom Verf. erlebte Todesfall war ähnlich. Transfusion bei einer jungen Frau wegen einer postoperativen Infektion. Spender und Empfänger in Gruppe II. 40 Minuten nach der Transfusion Schüttelfrost, nachdem hohes Fieber, zunehmende Benommenheit, Zittern am ganzen Körper, Nystagmus. Puls bis 150. 10 Stunden später Exitus. In einem 2. Fall wurde auf eine 20jährige Frau transfundiert, die durch Schwangerschafts-erbrechen sehr heruntergekommen war. Es wurde deshalb zunächst ein künstlicher Abort eingeleitet. Nachdem Kollaps, von dem sie sich durch intravenöse Dextroseinfusionen zunächst erholt. Nach 48 Stunden Bluttransfusion. Spender und Empfänger in Gruppe IV. Während der Transfusion war Puls und Atmung normal. Es wurden 500 ccm unveränderten Blutes gegeben. 2 Minuten nach der Transfusion wurde die Patientin plötzlich atemlos, cyanotisch und starb. Die Autopsie ergab keinen Anhaltspunkt für den plötzlichen Tod. Es fand sich eine aktive syphilitische Myocarditis und Coronararteriitis.

Weiter berichtet Verf. über 3 Reaktionen, die ähnlich dem letzten Fall verliefen, jedoch nicht zum Exitus führten. Die Reaktionen traten jedesmal innerhalb der ersten 5 Minuten ein, und bestanden in Krämpfen, Cyanose, Bewußtlosigkeit, oberflächlicher Atmung, Pulsbeschleunigung. In 2 Fällen waren die Erscheinungen nicht so schwer und gingen nach 1 Stunde vorüber. Im 3. Fall war die Reaktion sehr schwer. Der Puls

war nicht mehr fühlbar, es bestand vollkommene Bewußtlosigkeit für über 1 Stunde, ein deliranter Zustand hielt während der nächsten 2 Tage an. Die klinische Diagnose war tertäre Syphilis. — In 3 weiteren Fällen war die Transfusion mit daran schuld, daß die Patienten zum Exitus kamen. Alle diese Patienten litten an chronischer Nephritis. *Beck* (Kiel).^{oo}

Hayashi, Kenzo: Death from perinephritic abscess after pyelography. (Todesfall an perinephritischem Abscess nach Pyelographie.) (*Surg. Dep., Red Cross Hosp., Taihoku, Formosa.*) Jap. med. World 9, 277—280 (1929).

In der Literatur sind 14 Todesfälle nach Pyelographie berichtet, 13 davon bei Kollargolauflösung. Zeitpunkt der Todesfälle: unmittelbar nach der Pyelographie bis 14 Tage später. Ein Todesfall wurde von Dourmashkin durch doppelseitigen Ureterreflux bei einer Cystographie an einem 5jährigen Knaben erlebt.

Verf. teilt folgenden Fall mit: Bei einer 69jährigen Frau, deren rechte Niere Unterfunktion zeigte, wurde eine Pyelographie mit U.-K. Char. 6, mit 16 ccm einer 15proz. Natrium-jodid-Lösung unter einem Druck von 49 mm Hg ausgeführt. Das Pyelogramm zeigte an einigen Stellen unscharfe Begrenzung des Nierenbeckens und von diesen Stellen ausgehend ausgesprochene Büschelbildung. 4 Wochen nach der Pyelographie trat Druckgefühl in der rechten Lendengegend auf, in weiteren 5 Wochen bildete sich unter Fieber ein perinephritischer Abscess, der eröffnet wurde: große Eiterungen, Nekrosen, keine Bakterien. Exitus nach 8 Tagen. *Tourné* (Berlin).^{oo}

Martin, J.: Perforation de la vessie pendant une cystoscopie sous anesthésie épидurale au niveau d'une petite ulcération tuberculeuse du sommet, seule lésion de l'organe. (Blasenperforation während einer Cystoskopie unter Epiduralanästhesie an der Stelle eines kleinen Tbc.-Ulcus im Blasenfundus.) (*Soc. Franç. d'Urol.*, 17. III. 1930.) J. d'Urol. 29, 391—395 (1930).

46jähriger Mann, der schon seit langer Zeit an Blasenbeschwerden litt. Schließlich kommt es zu Miktionsspäusen von nur 20 Minuten. Untersuchung ergibt keine Tastbarkeit der Nieren, Urin ist sehr trübe, mit massenhaften Tuberkelbacillen. Cystoskopie ist schwierig, gibt nur allgemeine Rötung der Blasenschleimhaut, Uretermündungen nicht sichtbar. 8 Tage später Epiduralanästhesie mit Syncain. Füllung der Blase (60—70 ccm). Trotz geringer Kraftanwendung dabei plötzlich trotz der Anästhesie Schmerzäußerungen des Patienten; Perforation wird nicht sofort festgestellt. Erst gegen Abend wird festgestellt, daß Patient nicht uriniert hatte. In den nächsten Tagen beobachtet man langsam zunehmende Infiltration des pericystischen Gewebes und auch peritonitische Symptome. 6 Tage nach der Untersuchung Operation, welche reichlich blutig-eitrigen Urin aus dem pericystischen Gewebe zutage fördert und auch eine Perforation der Blase in den Peritonealraum wahrscheinlich macht. Einige Stunden nach der Operation Exitus. Die Obduktion ergab eine sonst gesunde Blase, nur am Fundus ein kleines Tuberkuloseulcus, welches eine kleinste Perforationsöffnung nachweisen läßt. *Bloch* (Frankfurt a. M.).^{oo}

Michejew, W. W., und E. M. Pawljutschenko: Anatomie eines Todesfalles nach Gaseinblasung in den Lumbalkanal. (*Nervenkl., Klin. Krankenh., I. Staatsuniv. Moskau.*) Arch. f. Psychiatr. 89, 263—270 (1930).

Bei einem 56jährigen, der allgemeine Hirn- und Hirndruckerscheinungen sowie Opticusatrophie nach Stauungspapille aufwies, wurde unter der Diagnose „Hirntumor ohne Anhalt für eine Lokalisation“ eine Encephalographie ausgeführt. Im Verlauf von 1^{1/2} Stunden wurden 4 Aufnahmen gemacht. Vor der letzten trat Übelkeit, 1 Stunde nach ihr krampfhaftes Zucken der Gesichtsmuskulatur auf, dann immer mehr sich häufende epileptiforme Anfälle und nach 12 Stunden Exitus. Die Sektion ergibt als Ursache der chronischen cerebralen Erscheinungen eine Pachymeningitis haemorrhagica interna, als Grundlage der terminalen Affektion Erweiterung der pericellulären und perivaskulären Räume, Stase in den Gefäßen, multiple kleine Blutungen, stellenweise ausgesprochene Neurocytopathie. Die kleinen Blutergüsse zeugen von einer Insuffizienz der Gefäßwände, die Verf. auf eine Veränderung des intrakraniellen Drucks zurückführt. Fälle von Pachymeningitis haemorrhagica interna sind von der Vornahme einer Lufteinblasung auszuschließen. *Fr. Wohlwill* (Hamburg).^{oo}

Naujoks: Zur Bewertung des Avertins. (Avertintodesfall, Avertinexanthem, Avertin bei Eklampsie.) (*Univ.-Frauenklin., Marburg a. L.*) Mschr. Geburtsh. 84, 97—110 (1930).

Naujoks hebt hervor, daß junge Frauen zum tiefen Einschlafen oft eine relativ hohe Kilogrammdosis gebrauchen (0,12—0,15), die zu Zwischenfällen führen kann. Weiter ist wichtig die psychische Einstellung sowie die Besichtigung der Konstitution. Die Verträglichkeit für Avertin verläuft in absteigender Linie von den Leptosom-

hageren über die Pyknischen zu den Hypoplastischen, Infantilen, Adipösen. Hinweis auf Pribams Ansicht, daß der Habitus thyreoticus vielleicht eine der Ursachen der verschiedenen Toleranz gegen das Gift sei im Sinne einer auffallend guten Verträglichkeit bei Hyperthyreosen. Mitteilung eines Todesfalles nach Avertinnarkose bei supravaginaler Amputation eines myomatösen Uterus (Kilogrammdosis noch nicht 0,1) bei einer sehr adipösen Frau mit Dilatation beider Ventrikel. Erklärung des Todesfalles durch die minderwertige Konstitution und Warnung, die Kilogrammdosis bei fetten Personen auf das gesamte Körpergewicht zu beziehen. Nach diesem Zwischenfall wird die Gesamtdosis von 8 g nicht mehr überschritten. Erwähnung eines gelegentlich aufgetretenen Avertinexanthems.

Cordua (Kiel). ^{°°}

Heinicke, Erich: *Avertin und Leberschädigung.* (Chir. Univ.-Klin., Luitpold-kranken., Würzburg.) Zbl. Chir. 1929, 3147—3153.

Die Meinungen über die Bedeutung der Leberschädigung für die Avertinnarkose gehen sehr auseinander. Immerhin kann die relativ große Zahl der Avertintodesfälle bei Leber-Gallenwegserkrankungen kein Zufall sein. Es wird ein Spättodesfall nach Avertinnarkose beschrieben, bei dem eine vorherbestehende schwere Leberschädigung ausgeschlossen werden konnte.

42jährige Frau, gallensteineleidend, mehrere Male Ikterus. 7,5 g Avertin = 0,15 p. kl. Narkosetiefe ungenügend, 120 g Ätherzusatz. 1 $\frac{1}{2}$ stündige Operation. Solitärstein in der Pille, Cholecystektomie, Choledochotomie. Am 3. Tage Fieber, Ikterus, Unruhe, Benommenheit, Psychose, die auf eine Autointoxikation infolge der Leberschädigung zurückgeführt wird. Der Verlauf hatte große Ähnlichkeit mit dem zweiten Stadium der akuten gelben Leberatrophie. Bei der Operation war eine Probeexcision aus der Leber gemacht worden. Der Vergleich mit dem bei der Sektion erhobenen Befunde ließ auf eine Verschlimmerung der Leberschädigung schließen.

Die Avertinnarkose bei Operationen an der Leber und den Gallenwegen ist mit großer Vorsicht anzuwenden. *Helmut Schmidt.* ^{°°}

Tak, Ph.: *Cave Atophan?* Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1930 I, 1744—1751 [Holländisch].

Als Folgeerscheinung der Leberschädigung durch Atophan zeigt sich eine länger als bei Gallensteinkoliken oder Icterus catarrhalis anhaltende Urobilinurie. Nach Verbrauch von 13 g Atophan in 8—9 Tagen bestand etwa 6 Wochen Ikterus und 10 Wochen Urobilinurie. Die Leberzellen sind für den Atophanreiz besonders empfindlich. Es ist wünschenswert, daß das Mittel unter die nur auf Rezept zu verabreichenden Heilmittel aufgenommen werde.

Eisenhardt (Königsberg i. Pr.). ^{°°}

Misske, Bruno: *Über Asthmolysinschädigungen.* (Med. Klin., Univ. Halle.) (42. Kongr., Wiesbaden, Sitzg. v. 7.—10. IV. 1930.) Verh. dtsch. Ges. inn. Med. 70 bis 71 (1930).

Mitteilung von 4 Fällen, die jahrelang große Asthmolysinmengen erhalten hatten: Fall 1 in 6 Jahren 3000 Ampullen, Fall 2 in 12 Jahren mehr als 2500 Ampullen, Fall 3 in 3 Jahren 530 Ampullen, Fall 4 in 6 Jahren 350 Ampullen. Bei Fall 1 und 2 Hypertonie, Hypertrophie und Dilatation besonders des linken Herzens und Herzinsuffizienz mit Stauungsscheinungen, Cyanose und Dyspnoe. Bei Fall 4 Hypertonie von 235 mm Hg. Da eine dauernde Blutdrucksteigerung durch Adrenalin als fraglich erscheinen muß, ist mit der Möglichkeit zu rechnen, daß auch dem Hypophysin eine gewisse Rolle bei der Blutdrucksteigerung zukommt.

K. Eskuchen (Zwickau). ^{°°}

Neale, A. V.: *Acute anaphylactic shock: Report of a fatal case.* (Akuter anaphylaktischer Shock. Bericht über einen tödlichen Fall.) (Childr. Hosp., Birmingham.) Brit. J. Childr. Dis. 27, 113—116 (1930).

Bei einem 6jährigen Mädchen, das niemals irgendwelches artfremde Eiweiß erhalten hatte, aber an Asthmaanfällen litt, erfolgte wenige Minuten nach intramuskulärer Injektion von 2 ccm Hemoplasin (Parker, Davis & Co.), einem aus Pferde- und Rinderblut hergestellten Blutstillungspräparat, der Tod unter den typischen Erscheinungen des anaphylaktischen Shocks. Es wird angeborene Überempfindlichkeit angenommen. *de Rudder* (Würzburg). ^{°°}

Oginz, Philip: *Ergotismus gangrenosus.* (Ergotismus gangraenosus.) Amer. J. Obstetr. 19, 657—664 (1930).

Eine Wöchnerin bekam wegen schlechter Rückbildung des Uterus Gynergen, und zwar erhielt sie alle 4 Stunden eine Injektion von 0,0005 mg. 10 Tage danach (sie hatte jetzt 25 ccm Gynergen und daneben noch Ergotin erhalten) wurden die oberen und unteren Extremitäten

kalt und cyanotisch, der Radialpuls wurde schlecht fühlbar, bis er ganz verschwand. Am 13. Tage klagte die Patientin über heftige Schmerzen in allen Zehen; sie verfärbten sich sehr schnell. Am 14. Tage machten die Chirurgen die Diagnose eines reitenden Thrombus in der Iliaca communis und wollten zur Operation schreiten; da äußerte jemand die Ansicht, daß es sich um einen Ergotismus handeln könnte. Die Operation unterblieb, das Gynergen — bisher hatte sie 45 ccm (!) bekommen — wurde abgesetzt, und schlagartig änderte sich das Krankheitsbild: der Radialispuls kehrte wieder, die oberen Extremitäten wurden warm, das Allgemeinbefinden hob sich wesentlich. Auch die Erscheinungen an den Beinen klangen ab, so daß später nur wenig von den Zehen abgesetzt werden mußte. *E. Philipp* (Berlin).^{oo}

Antoine, Tassilo: Secalefrage und puerperale Gangrän. (II. Univ.-Frauenklin, Wien.) Arch. Gynäk. 139, 492—510 (1930).

Bericht zweier Krankengeschichten, wo im 1. Falle nach 0,5 ccm Gynergen und 10tägiger Verabfolgung von 3 mal 2 Tabletten Gynergen wegen Endometritis post partum eine Gangrän beider Beine mit tödlichem Ausgang auftrat, während sich beim 2. Falle schon nach Darreichung von 5 mal 25 gtt. Ergostabil eine Gangrän des linken Beines zeigte, die nach Ablatio Heilung brachte. Makroskopisch und histologisch wurden spastische Kontraktion der Arterien und Thrombosierung der Venen gefunden. Trotzdem werden das Gynergen als Ursache der Gangrän abgelehnt und die Venenthrombose bzw. das Wochenbettfieber dafür verantwortlich gemacht. In breiten Ausführungen und öfteren Wiederholungen wird dann die ungleiche Wirkung der Secalepräparate besprochen, die eine exakte Dosierung erschwert. Maßgebend ist der Ergotamingehalt der Droge. Bei zarten Frauen mit labilem Gefäßtonus ist die längere Medikation besonders des reinen Alkaloids nicht zu empfehlen oder sehr vorsichtig anzuwenden (Ref.). *E. Terruhn* (Herford).^o

Perritt, R. A., and R. C. Carrell: Postvaccinal myelitis. (Über postvaccinale Myelitis.) (Neurol. Serv., Cook County Hosp., Chicago.) J. amer. med. Assoc. 94, 793 (1930).

Verff. berichten über den Folgezustand bei einer postvaccinalen Myelitis bei einem 18jährigen Mädchen. Die akuten Erscheinungen liegen 3½ Jahre zurück. Es trat seinerzeit, unmittelbar im Anschluß an die Impfung, eine Lähmung des linken Armes und beider Beine auf. Während sich die Lähmung des Armes zurückbildete, blieb die Lähmung der Beine bestehen. Vorübergehend bestanden auch Blasenstörungen. Zur Zeit finden sich bei der Patientin, die nur mit Unterstützung gehen kann, Muskulatrophien an den Beinen mit Fehlen beider Kniereflexe und des linken Achillesreflexes. Deutliche Hypotonie in den Beinen. Keine Pyramidenzeichen. Verff. weisen auf die Ähnlichkeit des Bildes mit der Poliomyelitis hin. *Pette* (Magdeburg).^o

Blümmer: Über Gefahren bei der intravenösen Anwendung der Gonokokken-vaccine. (Dermatol. Abt., Städt. Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.) Dermat. Wschr. 1929 II, 1125—1130.

Verf. beschreibt nach intravenöser Gonargin- bzw. Arthigoinjektion eingetretene Schädigung bei 4 Fällen. Ein Exitus nach einmaliger provokatorischer Gonargininjektion intravenös 20 Millionen Keime. Sektion ergab Status thymico-lymphatic. 3 andere Patienten bekamen Kollapszustände mit bedrohlichen Erscheinungen. *Griesbach* (Davos).^{oo}

Lilienstein: Exitus letalis nach intravenöser Arthigoinjektion. Dermat. Wschr. 1929 II, 1985—1986.

44 Stunden nach einer intravenösen Injektion von 0,2 Arthigon kommt ein bis dahin gesunder, 25jähriger Patient ad exitum; mehrere Stunden post inject. leichtes Fieber und Unwohlsein, dann wieder vollständig frisch. Vermutet wird kausaler Zusammenhang des Todesfalles mit der intravenösen Arthigon-Injektion, doch ergibt die Sektion ein kavernöses Hämagiofibrosarkom des Herzens, das das ganze rechte Herz einnahm und nach Ansicht des pathologischen Anatomen als verantwortlich für den plötzlichen Tod anzusehen war.

Trotzdem warnt Verf. unter Hinweis auf den Aufsatz von Blümmer (vgl. vorst. Ref.) vor intravenösen Injektionen von Gonokokkenvaccin.

Oskar Salomon (Koblenz).^o

Kühnau, W.: Tödliche Embolie nach Krampfaderverödung durch intravenöse Injektion. (Abt. f. Inn. Krankh., Augusta-Hosp., Breslau.) Zbl. Chir. 1929, 2580—2581.

Nach einer intravenösen Injektion eines thrombosierenden Mittels, dessen chemischen Charakter Patient nicht angeben konnte, trat eine rasch sich ausbreitende aufsteigende Thrombose rechtersseits auf, die zu einer 2maligen Lungenembolie und im Anschluß an die

zweite zu plötzlichem Tode führte. Der Eingriff liegt bis Mitte Dezember 1928 zurück, nach welcher Zeit nach der Injektion der tödliche Ausgang erfolgte, wird nicht mitgeteilt, auch nicht, ob die angenommene Embolie durch die Sektion bestätigt wurde. (Ref.) *Nobl* (Wien).^o

Mundt, Raymond C.: Injection for varicose veins with fatal outcome. (A case report.) (Über einen Fall von Krampfaderinjektionsbehandlung mit letalem Ausgang.) *Clin. Med. a. Surg.* **37**, 361—364 (1930).

Bei einer 58jährigen Frau, die leise Herztonen und einen Blutdruck von 166 hatte, wurden wegen Varicen an den Unterschenkeln zuerst 5 ccm einer 20proz. Lösung von Natrium salicyl., später bis zu 20 ccm Gesamtmenge einer 40proz. Lösung gegeben. Da keine entzündliche Reaktion sich einstellte, wurde mit einer Mischung von 1% Quecksilberjodid und 1% Natrium-jodid fortgesetzt und sukzessive innerhalb eines Monats von 2 ccm bis zu 7 ccm bei der letzten Injektion gesteigert. Die Urinuntersuchung ergab stets ein negatives Resultat. Da trotz der hohen Dosen nicht der gewünschte Effekt sich einstellte, wurden eine Woche später 4 ccm der üblichen Lösung von Chinin-Urethan und nach weiteren 2 Wochen die gleiche Menge verabreicht. Wegen Intoleranzerscheinungen wurde mit Chinin ausgesetzt. Da es nicht zur Verödung der Adern kam, und Patientin die Operation verweigerte, wurden nochmals 4 ccm der Quecksilberlösung gegeben (2 Monate seit der letzten Quecksilberinjektion). Patientin erkrankte bald nachher mit allgemeiner Schwäche, Blässe und Anurie, weshalb sie ins Spital aufgenommen wurde, am 3. Tage starke Ödeme am ganzen Körper, im Urin Eiweiß und rote Blutkörperchen. Trotz intravenöser Gaben von 10proz. Zuckerlösung und von Natrium-thiosulfat Zunahme der Vergiftungsscheinungen und Auftreten von starker Gingivitis und schweren Ulcerationen an den Tonsillen. Die Ödeme wurden stärker, es stellte sich Dyspnoe ein, und unter Erscheinungen eines Lungenödems und von Herzschwäche starb Patientin 5 Wochen nach der Spitalsaufnahme. Nach Ansicht des Autors war bei der Patientin höchstwahrscheinlich schon vor der Behandlung ein chronisch degenerativer Nierenprozeß vorgelegen, weshalb er eine genauere Untersuchung der Patientin vor jeder Injektionsbehandlung fordert. Der Autor gibt aber auch zu, daß die Pausen zwischen den Injektionen zu kurz waren, und daß vor allem die gehäuften großen Dosen der toxisch wirkenden Lösungen eine Gefahr für den Organismus sind. *Wolf* (Wien).^o

Breitländer, K.: Verblutungstod nach Röntgenbestrahlung. („*Canton-Sanat.*“, *Canton, China.*) *Röntgenprax.* **2**, 428—429 (1930).

Ein maligner Tumor des Epipharynx wird an 2 aufeinanderfolgenden Tagen mit 80% der HED. durchstrahlt; am 3. Tage 100% auf linksseitige Halsdrüsenmetastasen. 14 Stunden nach der letzten Bestrahlung profuse arterielle Blutung aus Mund und Nase, die schnellen Tod zur Folge hat. Es wird Arrosion der Carotis angenommen, hervorgerufen entweder durch schnellen Zerfall des Tumors infolge der Bestrahlung oder durch akutes Röntgenödem. *Lebrecht* (Berlin).^{oo}

Spinelli, Mameli: Un caso di morte in seguito ad applicazione vaginale di radium. (Über einen Todesfall im Anschluß an vaginale Radiumapplikation.) *L'Actinoter.* **9**, 28—30 (1930).

Es handelte sich um eine 63 Jahre alte Patientin mit Cervixcarcinom, die bereits von anderer Seite mit Röntgen behandelt worden war und überdies an einer chronischen Colitis litt. Es wurden 20 mg Ra.EI. in 2 mm Silber- + 1 mm Gummifilter, mit mehreren Lage Gaze umwickelt, lediglich vaginal appliziert. Bestrahlungsdauer 5 Tage, Gesamtdosis 1400 mg/std. Es kam zu einer stürmisch verlaufenden Septicämie, welcher der Patientin zum Opfer fiel.

Dieser Fall ist der erste Todesfall unter 500 mit Radium behandelten Uteruscarcinomen. (0,2% Mortalität.). *Alb. Simons* (Berlin).^{oo}

Rullé, P.: Un cas rare de séquelles tardives après radiumthérapie. (Ein Fall seltener Spätfolgen nach Radiumbehandlung.) *Gynéc. et Obstétr.* **20**, 720—723 (1929).

Es handelt sich um eine Schädigung der Blase, welche 6 Jahre nach Abschluß der Radiumbehandlung zur Bildung einer Blasen-Scheidenfistel führte. Eine ähnliche Mitteilung von Heidler. Diese beiden Fälle scheinen die einzigen dieser Art von Spätschädigungen zu sein. Trotz dieser Folgen kann ein Vorwurf gegen die Radiumbestrahlung, welche ganz exakt vorgenommen worden war, nicht erhoben werden. *Lahm* (Chemnitz).^{oo}

Dansauer: Grundsätzliches zur Stellung des beamteten Arztes. *Z. Med. beamte* **43**, 149—160 (1930).

Im ärztlichen Standesschrifttum begegnet man immer wieder Äußerungen, die erkennen lassen, daß zwischen dem freien Arzte und dem ärztlichen Beamten gewisse Gegensätzlichkeiten bestehen, deren tiefere Ursache in einer grundlegenden Verschieden-

heit der ärztlichen Berufsauffassung gesucht werden muß. Für den freien Arzt liegt der Schwerpunkt seines beruflichen Denkens und Handelns in der auf das unmittelbare Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten aufgebauten Krankenbehandlung. Verbeamung bedeutet Beseitigung des Arztes des Vertrauens, der freien Arztwahl, Ausschaltung des Hausarztes, Versachlichung der Tätigkeit usw. Der ausschließlich therapeutisch eingestellte Arzt ist bestrebt, das ärztliche Wissen und Können lediglich dem Wohle des kranken Individuums zu widmen und hält alles, was nicht unmittelbar dazu beiträgt, als ein Abweichen von den ärztlichen Aufgaben und Zielen. So kommt es, daß schon die Gutachtertätigkeit, die anerkanntermaßen mit zu den wichtigsten Standespflichten des Arztes gehört und tagtäglich dem freien Arzte angetragen wird, als eine der therapeutischen Wertung des Arztes abträgliche Betätigung gedeutet wird. Es ist sogar die Forderung aufgestellt worden, daß der Arzt endlich wieder von den durch die soziale Gesetzgebung auferlegten Pflichten befreit würde und wieder rein ärztlich wirke. Eine grundsätzliche Ablehnung der Gutachtertätigkeit kommt aber schon deswegen nicht in Frage, weil sie sich zwangsläufig aus unabweislichen Bedürfnissen des sozialen Gemeinschaftslebens entwickelt hat und weil die Sachverständigen aller Art, also auch die Ärzte, zur Erstattung gerichtlich oder behördlich geforderter Gutachten verpflichtet sind. Aus dieser Sachlage ergibt sich die Notwendigkeit für die Gutachter, sich in der Anwendung seiner sachverständigen Eigenschaft streng der Fragestellung anzupassen, die den Zweck der Begutachtung umschreibt. Dabei gilt die unerlässliche Voraussetzung, daß er die größtmögliche Objektivität und Unparteilichkeit walten läßt. In nicht minderem Grade wird von ihm eine besondere Sachkenntnis erwartet. Schließlich ist es erforderlich, daß er eine umfassende Kenntnis des Rechtsgebietes besitzt, dessen Bereich die aktuelle gutachtlche Frage entstammt. Die Beschäftigung mit dem trockenen, formalen Stoffgebiete der Gesetze, Verordnungen und Verwaltungsbestimmungen widerstrebt einem großen, vielleicht sogar dem überwiegenden Teil der freien Ärzteschaft und bildet mit den gewichtig mitsprechenden ökonomischen Gesichtspunkten neben der individuellen therapeutischen Betrachtungsweise einen weiteren Hinderungsgrund für die freiwillige Übernahme gutachtlcher Funktionen durch den praktischen Arzt. Vor allem ist der Bedarf an ärztlicher Mitwirkung für gerichtliche, behördliche und private Begutachtungszwecke im Wege einer natürlichen Auslese der geeigneten und willigen Kräfte für die Wahrnehmung der Gutachtertätigkeit eingetreten, so daß ein Sondertypus ärztlicher Berufsbeamter in mancherlei Abstufung zur vollen Ausprägung gelangt ist. Der Aufgabenkomplex der einzelnen Kategorien beamteter Ärzte ist vielgestaltig. Als allgemeines und gemeinsames Charakteristikum aller amtsärztlichen Verrichtungen besteht die Verpflichtung, der jeweiligen behördlichen Instanz die ärztlich-technische Leistung in derjenigen Form zur Verfügung zu stellen, wie sie für eine einwandfreie praktische Durchführung der behördlichen Aufgaben benötigt wird. Die ärztliche Beteiligung an der behördlichen Arbeit stellt sich als eine sachverständige Beratung dar. Die Wirksamkeit derselben hängt weitgehend von ihrem inneren, sachlichen Werte und der darauf beruhenden Überzeugungskraft ab, dazu aber auch in wechselndem Maße von außerhalb der Sache selbst liegenden und daher nicht immer übersehbaren Umständen. Das amtsärztliche Urteil kann ein ausschlaggebender Faktor sein. Es unterliegt jedoch der Entscheidungsbefugnis des Gerichts, das seine Entscheidung auf Grund freier Beweisführung trifft. Das Grundsätzliche ist die Tatsache, daß der Gutachter eine unselbständige Rolle zu spielen berufen ist. Durch diese einseitige Beanspruchung gerät der beamtete Arzt hinsichtlich des Beamtentums in eine Sonderstellung, die ihn von dem übrigen Beamtenkörper seiner Behörde im Sinne einer Einschränkung seines Zuständigkeitsbereiches unterscheidet. Sie stellt ihn vor die grundsätzliche Frage, ob er die gegenwärtige Gestaltung der ihm zugewiesenen Wirkungsmöglichkeit als sachlich unbedingt berechtigt und deshalb unabänderlich anzuerkennen hat oder nicht, und in welcher Richtung bzw. auf welchem Wege gegebenenfalls eine Änderung zu erstreben ist. Diese Frage

erhält mit den im Zusammenhang mit der kommenden Verwaltungsreform wieder lebhafter aufgenommenen Bestrebungen der Fachbeamten Bedeutung. Diese richten ihr Ziel auf die selbständige Übernahme von Verwaltungsbefugnissen. Die Abgrenzung der ärztlichen und verwaltungsmäßigen Kompetenzen stößt auf große Schwierigkeiten und kann ohne eingreifende organisatorische Änderungen in der Struktur des Beamtenkörpers nicht gedacht werden. Allerdings hat das Reichswirtschafts- und das Reichsversorgungsgericht schon seit Jahren Ärzte als vollberechtigte Mitglieder des Gerichtshofes zugezogen. Es handelt sich dabei um die Verwendung von Ärzten als Laienrichter. Die ehrenamtliche Richter — und Verwaltungsdienstpflicht besteht an sich für den Arzt, wie für jeden anderen Staatsbürger. Jedoch ist dem Arzt das Vorrecht eingeräumt worden, diesen Dienst unter Hinweis auf seinen ärztlichen Beruf zu verweigern, was praktisch zu einer Ausschaltung der Ärzte bei derartigen Berufungen und Ernennungen führte. Ob für den beamteten Arzt innerhalb der Verwaltungsbehörden ähnliches wie bei den genannten Gerichten erreichbar ist, hängt in der Hauptsache von seiner subjektiven Einstellung ab. Für den ärztlichen Beamten liegt geradezu die Notwendigkeit vor, die Folgerungen zu ziehen, die sich aus der Art seiner Verwendung für die organisatorische Ausgestaltung seines Arbeitsgebietes ergeben. Überall, wo es Verwaltungsfragen mit ärztlichem Einschlag zu lösen gibt, ist der beamtete Arzt die sachlich berufendste Persönlichkeit. Das praktische Leben braucht diesen Typus, und nur der Ärztestand kann und muß ihn hervorbringen. Allerdings besteht innerhalb der beamteten Ärzteschaft selbst noch ein unleugbarer Dualismus der grundsätzlichen Auffassungen über diese Ziele. Wenn aber das ärztliche Berufsbeamtenstum seinen Sinn und seine innere Berechtigung behalten soll, so muß es ein Merkmal geben, das den beamteten Arzt hinsichtlich seiner Berufsausübung von dem im behördlichen Dienst beschäftigten Vertragsarzt wesentlich unterscheidet: Bevor das Ziel erreicht wird, daß der Arzt nicht nur Diener der Verwaltung sein dürfe, sondern selbst mit Träger der Verwaltung sein müsse, muß noch wichtige und unentbehrliche Vorarbeit geleistet werden. Dazu gehört vor allem, daß der ärztliche Beamte auf Grund seiner erarbeiteten besonderen Sachkenntnis und Stoffbeherrschung sich vollständig in die verwaltungsmäßigen Gesichtspunkte hineinzudenken vermag, so daß er gewissermaßen die ärztliche und Verwaltungsinstanz in einer Person vereinigt.

Raestrup (Leipzig).

Liepmann, W.: Gerichtsarzt und Gynäkologie. (Dtsch. Inst. f. Frauenkunde, Univ. Berlin.) Münch. med. Wschr. 1930 I, 231—232.

Polemischer Artikel gegen die Gerichtsärzte unter Anführung einiger Fälle, in denen Gerichtsärzte, die Praxis längere Zeit nicht ausgeübt hatten, unzutreffende gutachtliche Äußerungen in *foro* über geburtshilfliche und über Abortfragen getan haben sollen. Die etwas einseitige Stellungnahme geht aus dem vorletzten Absatz hervor: „Einwirkung von seiten der Kammern auf die Staatsanwaltschaften in dem Sinne, nicht erst im Hauptverfahren, sondern auch schon bei der Voruntersuchung erstklassige Sachverständige (soll wohl heißen: Frauenärzte. Ref.) zuzuziehen, damit den Ärzten manches Üble und dem Staate Kosten erspart würden.“ Die Aufforderung des Verf., „Prozesse dieser Art zur allgemeinen Kenntnis zu bringen“, könnte leicht auch von den Gerichtsärzten im Hinblick auf vorkommende Entgleisungen von Nicht-Gerichtsärzten in *foro* befolgt werden. Doch wäre das naturgemäß nicht so billig wie das hier empfohlene Kesseltreiben gegen die Gerichtsärzte. (Wer als Richter über Parteien und Sachverständigen sitzt, hat reichlich Gelegenheit, Erfahrungen über menschliche Unzulänglichkeit zu sammeln, auch über mangelhafte oder anfechtbare Gutachtenerstattung, selbst bei bestem Fachwissen. Es ist immer leicht, aber mißlich, Einzelbeobachtungen zu verallgemeinern. Ref.). Selbstverständlich ergibt sich aus den mitgeteilten Einzelerfahrungen für den Gerichtsarzt, wie für jeden Sachverständigen, die Lehre, sich der Grenzen des eigenen Könnens zu erinnern und nötigenfalls die Zuziehung weiterer Sachverständiger zu beantragen. Walcher (München).

● **Türkel, Siegfried: Das Ärzterecht nach dem österreichischen Strafgesetzentwurfe.**

Wien: Manzsche Verlags- u. Univ.-Buchhandl. 1928. 37 S. S. 1.50.

Aus dem reichen, für jeden Arzt interessanten und wichtigen Inhalt können in einem Referate nur einige Punkte erwähnt werden. Die Heilbehandlung wird im Entwurf (§ 263) ausdrücklich als straflos bezeichnet, auch wenn der Zweck eines operativen Eingriffes nicht erreicht wurde. Dagegen will der Entwurf solche Fälle nicht als Heilbehandlung betrachtet wissen, in welchen die Wirkung einer neuen Arznei oder eines neuen Verfahrens an einem zu diesem Zwecke eigens erst krank Gemachten erprobt werden soll. In solchem Falle läge eine Körperverletzung vor, und der Arzt würde nach § 264 ö. E. nur dann straflos bleiben, wenn die Einwilligung des Patienten vorlag und Eingriff und Behandlung nicht gegen die guten Sitten verstießen. Zum Schutze des freien Selbstbestimmungsrechtes des Patienten wurde eine eigene Bestimmung „eigenmächtige Heilbehandlung“ aufgenommen, welche gegeben ist, wenn die Behandlung gegen den Willen vorgenommen wird. Von einer strafbaren eigenmächtigen Heilbehandlung ist aber dann keine Rede, wenn der Behandelnde, ohne Leben und Gesundheit des Patienten ernstlich zu gefährden, außerstande war, die Einwilligung desselben wegen Bewußtseinstrübung einzuholen. Behandlung und Eingriffe, welche nicht angezeigt waren, oder welche nicht der Wissenschaft entsprechend ausgeführt wurden, werden als Kunstfehler nach den Bestimmungen über fahrlässige Körperverletzung mit Strafe bedroht, wobei es des Verlangens des Verletzten zur strafgerichtlichen Verfolgung des Arztes nicht bedarf. Über Kurpfuscherei enthält der Entwurf keine näheren Bestimmungen. Wenn im Motivenbericht zum österreichischen Entwurfe bei Besprechung der Heilbehandlung auch von „anderen Heilpersonen“ gesprochen wird, obwohl in Österreich nur ein approbiert Arzt behandeln darf, so erklärt sich dies daraus, daß man bei der Umarbeitung des Motivenberichtes zum deutschen Entwurf übersehen hat, daß dieser Satz in den österreichischen Entwurf nicht hineingehört. Bei der Fruchtabtreibung ist die ärztliche Indikation nicht berücksichtigt, denn der den Notstand regelnde Paragraph des ö. E. spricht nur von Straffreiheit einer Handlung, die eine gegenwärtige, nicht anders abwendbare Gefahr eines erheblichen Schadens von sich oder einem anderen abwenden soll. Auch eine besondere Bestimmung über eine fahrlässige irrtümliche Annahme eines Notstandes enthält der Entwurf nicht. Wenn in § 247 ö. E. die Tötung eines anderen auf dessen ausdrückliches und ernstliches Verlangen verboten ist, so trifft dieser Tatbestand dann nicht zu, wenn auf eine der Übung eines gewissenhaften Arztes entsprechende Art die letzten Momente eines bereits unrettbar im Todeskampfe Ringenden, also eines Sterbenden, schmerzloser und leichter gestaltet werden. Die Voraussetzungen, unter welchen das Berufsgeheimnis des Arztes nicht gewahrt zu werden braucht, sind im Gesetze möglichst umschrieben. In § 213 ö. E. wird derjenige mit Strafe bedroht, der bei berufsmäßiger Ausübung der Heilkunde, Krankenpflege, Geburtshilfe oder Totenbeschau wissentlich ein unrichtiges Zeugnis zum Gebrauche im Rechtsverkehre ausstellt oder davon Gebrauch macht. Die fahrlässige Ausstellung eines falschen ärztlichen Zeugnisses ist nicht erwähnt. Ein Arzt, der ein objektiv unrichtiges Zeugnis ausstellt, ist dann nicht strafbar, wenn er an seine Diagnose geglaubt hat, selbst wenn er mit der Möglichkeit rechnen mußte, seine Diagnose treffen vielleicht nicht zu. Der Autor bemängelt es mit Recht, daß das Gebiet des strafrechtlichen Kunstfehlers nicht genau abgesteckt ist, so daß einer ausgedehnten Gesetzesinterpretation ein weiter Spielraum offen gelassen ist. Auch bemängelt er, daß sich der Entwurf mit dem fahrlässig unrichtigen ärztlichen Zeugnis nicht beschäftigt. *Haberda.*

● **Prætorius, Hans Ludwig: Über Verstöße des behandelnden Arztes gegen die gesetzliche Anzeigepflicht bei übertragbaren Krankheiten und die Mitwirkung des Gerichtsarztes bei der Beurteilung solcher Verstöße vor Gericht. (Veröff. Med.verw. Bd. 30, H. 8.)** Berlin: Richard Schoetz 1930. 35 S. RM. 1.80.

Verstöße des behandelnden Arztes gegen die Anzeigepflicht sind häufig, Verurtei-

lungen im ganzen aber selten. Die Unterlassung der Anzeige ist u. U. von schwerwiegenden Folgen. Besonders klar kommt das beim Typhus zum Ausdruck. Die Beweggründe zur Unterlassung der Anzeige sind verschiedene: Unkenntnis des Gesetzes wird gelegentlich angegeben, kann aber kaum Verständnis finden, da genügende Möglichkeiten für jeden Arzt bestehen, sich über seine gesetzlichen Pflichten in dieser Richtung zu orientieren. Ebenso ist der Hinweis auf die Wahrung der Schweigepflicht nicht berechtigt. Mangelnde Sorgfalt in der Stellung der Krankheitsdiagnose zwingen den Gerichtsarzt gelegentlich zur Heranziehung von Spezialsachverständigen, um die Fahrlässigkeit beweisen zu können. An der Hand forensischer Fälle aus der Literatur werden einige typische Verstöße besprochen: Bei Diphtherie ist der positive Bacillenbefund auch bei ganz leichter klinischer Mandelentzündung entscheidend für die Anzeige. Bei Kindbettfieber wäre es wünschenswert, wenn auch der Verdacht anzeigepflichtig gemacht würde, um unklare Fälle zu erfassen. Der „septische Abort“ ist als eine Abart des Puerperalfiebers anzusehen und anzeigepflichtig. Bei Trachom muß der Gerichtsarzt gegebenenfalls auf die Zuziehung eines augenärztlichen Sachverständigen dringen. Trotz der Einführung der Anzeige des Typhusverdachts durch die Bestimmung vom 25. V. 1926 sind Unterlassungen dieser Anzeige noch häufig. Unter Umständen muß der Arzt aus dem ganzen Verlauf einer Epidemie mit genügender Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf Typhusverdacht stellen, auch wenn die bakteriologischen Untersuchungen noch nicht eindeutig ausfallen. Die Anzeige von Bacillenträgern hat bei Typhus besondere Bedeutung. Gesetzlich sind sie den Fällen von Typhusverdacht gleichgestellt, also auch anzeigepflichtig. Bei Ruhr sind die klinischen Symptome und nicht der negative bakteriologische Befund entscheidend. Auch hier wird aus den Umständen des Falles innerhalb einer Ruhrepidemie die Diagnose mit genügender Sicherheit gestellt werden können. Bei den Geschlechtskrankheiten ist bei einer Unterlassung der Anzeige nach § 9 des Reichsgesetzes vom Jahre 1927 noch keine Strafbestimmung vorgesehen. Es besteht aber zweifellos eine sog. Rechtspflicht des Arztes. Der Arzt, der sie verletzt, ist sowohl ehrengerichtlich strafbar, er verletzt auch ein „Schutzgesetz“ im Sinne des § 823 Abs. 2 des BGB. Er kann für die Folgen solch fahrlässig unterlassener Anzeige gegebenenfalls zivilrechtlich haftbar gemacht werden. *Besserer* (Münster i. W.).

Schläger: Die Schweigepflicht des Arztes. Med. Klin. 1930 I, 685—686.

Die Schweigepflicht gilt für staatlich approbierte Ärzte und ihre Hilfspersonen (Assistenten, Schwestern, Heilgehilfen, Studenten). Die gesetzlich gebotene Geheimhaltung betrifft Anamnese, Diagnose und alle Tatsachen, die der Arzt bei Ausübung seines Berufes erfährt. Der Arzt darf nur mit Einwilligung des Patienten Auskunft geben. Wenn die Einwilligung nicht gegeben ist, besteht die Schweigepflicht auch nach dem Tode des Patienten weiter, da das Einwilligungsrecht nicht auf die Erben übergeht. Dagegen nehmen Notwehr, Notstand und sittliche Pflichten der Offenbarung dessen, was unter der Schweigepflicht steht, den Charakter der Rechtswidrigkeit. Mitunter ist der Arzt sogar zur Anzeige verpflichtet, so z. B., wenn ein Syphilitiker sich der Behandlung entzieht und andere gefährdet. Auch muß der Arzt zur Wahrheitsvermittlung vor Gericht die ihm anvertrauten Geheimnisse preisgeben. Der Arzt wird nur auf Verlangen des Verletzten belangt, nur bei nachgewiesener vorsätzlicher Verfehlung bestraft. *Klieneberger* (Königsberg i. Pr.).

Goedel: Die Schweigepflicht des Arztes. Chirurg 2, 499—503 (1930).

Der Aufsatz enthält für die Leser der Zeitschrift nichts wesentlich Neues. Von Interesse ist nur folgende Unterscheidung: Die generelle Einwilligung zur Offenbarung ist wie ein Rechtsgeschäft zu behandeln, erfordert also Geschäftsfähigkeit des Einwilligenden, während die Einwilligung für den Einzelfall bloße Erklärung eines Willens ohne rechtsgeschäftlichen Charakter ist, also bloße Willensfähigkeit voraussetzt. *Giese* (Jena).

Brisard, Ch.: Le risque opératoire. (Das Operationsrisiko.) (Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 16. VI. 1930.) Ann. Méd. lég. etc. 10, 554—559 (1930).

Die Chirurgie bedeutet nur Risiko, wie kein anderes medizinisches Gebiet. Der chirurgische Eingriff stellt eine Verletzung des Organismus durch Messer, Feuer,

Dämpfe und giftige Gase dar. Bei jeder Operation besteht ein doppeltes Risiko, die Gefahr, daß durch den Eingriff keine Heilung bewirkt wird, sowie die Todesgefahr. Sie sind teils voraussehbar, teils nicht vorauszusehen. Die ersten beruhen in der chirurgischen Technik, die letzteren in der Natur der Krankheit und des operierten Individuums, die Verantwortlichkeit teilt sich daher zwischen dem Operateur und dem Operierten. Beide Teile sollten sich gegen etwaige Folgen versichern.

Schönberg (Basel).

Schmidt, Eberhard: Operation ohne Einwilligung. Ärztl. Sachverst.ztg 36, 193 bis 196 (1930).

Schmidt bespricht ein Urteil, nach dem ein Frauenarzt wegen gefährlicher Körperverletzung zu 1000 RM. Geldstrafe verurteilt worden war, weil er gelegentlich eines Bauchschnittes auch den Wurmfortsatz der Kranken entfernt hatte, ohne zuvor die Einwilligung der Kranken zu dessen Entfernung eingeholt zu haben. Der Sachverständige hatte diese Operation zwar für „angezeigt, aber nicht für „notwendig“ gehalten, während der Staatsanwalt den ohne Einwilligung vorgenommenen Eingriff als rechtswidrig bezeichnet hatte. 1. Der Tatbestand der §§ 223, 223a ist nicht gegeben, da die Entfernung des Wurmfortsatzes weder als Gesundheitsschädigung noch als körperliche Mißhandlung bezeichnet werden könne. 2. Bei dem Versuch, den Arzt für seine Handlung zu rechtfertigen, hat das Gericht zu ausschließlich auf den Gesichtspunkt der Einwilligung abgestellt. Selbst für den Fall, daß jeder Eingriff an sich eine tatbestandsmäßige Körperverletzung darstellt, hat das RG. in der E. vom 31. V. 1894 zugegeben, daß es Fälle gibt, wo in rechtmäßiger Weise ohne Einwilligung operiert werden darf (z. B. bei Bewußtlosigkeit) und hat zur Erklärung die tatsächliche Vermutung der Einwilligung herangezogen. Damit ist aber dem Kranken unterstellt, daß er das Vernünftige, Angemessene wolle, also ein objektiv-normativer Maßstab für die Frage der Angemessenheit einer Operation herangezogen. Das Gericht hätte demnach prüfen müssen, ob — angesichts der Bewußtlosigkeit der Kranken im Augenblick, wo der Arzt den Entschluß zur Entfernung des Wurmfortsatzes faßte — nicht einer der Fälle vorliegt, wo sich die Angemessenheit des Eingriffs auch ohne die Einwilligung der Kranken begründen läßt. 3. Selbst unter Annahme objektiv-rechtswidrigen Verhaltens gegen § 223a ist die Verurteilung nicht genügend begründet, da der Arzt vorsätzlich gehandelt haben muß. Darunter versteht Sch. im Gegensatz zur herrschenden „Vorsatz“lehre, daß der Täter sich bewußt über das Recht hinwegsetzt und etwas Sozialschädliches tut, was man von diesem Arzt zweifellos nicht sagen kann. 4. Schließlich wird die unbegreifliche Höhe des Strafmaßes bemängelt.

Der Fall erweist wieder die Notwendigkeit, die Beurteilung ärztlicher Eingriffe aus dem Banne reichsgerichtlicher Rechtsprechung endlich zu befreien. Giese (Jena).

Heller: Ist die Unterlassung der Frühbehandlung der Syphilis wirklich ein die Schadenersatzpflicht des Arztes bedingender Kunstfehler? R.G.E. 18. Januar 1929 III 257/24. (Berlin. Dermatol. Ges., Sitzg. v. 11. VI. 1929.) Dermat. Z. 56, 432—433 (1929).

Das R.G. hatte den Beklagten verurteilt mit der Begründung, daß bei Frühbehandlung auf Grundlage eines positiven Spirochätenbefundes der Kranke in 6—8 Wochen wieder geheilt worden wäre, während er jetzt jahrelang Kuren durchmachen müßte. Der Arzt sei wegen unerlaubter Handlung und wegen vertragswidriger Vernachlässigung der Sorgfaltspflicht für den dem Kranke erwachsenen Schaden haftpflichtig. Heller bestreitet, daß der Tatbestand der Haftpflichtparaphren erfüllt sei, da nicht erwiesen sei, daß dem Kranke ein Schaden erwachsen sei, sondern nur die Ansicht bestehe, daß ein Schaden entstehen könne. Er weist mit Recht darauf hin, daß gar nicht sicher sei, daß eine Frühbehandlung die Heilung der Lues in 6—8 Wochen in 100% herbeiführe. Die bedauerliche Folgerung sei, daß die Ärzte danach gezwungen wären, jede Methode der Schulmedizin, die gerade modern sei, anzunehmen.

Giese (Jena).

Versicherungsrechtliche Medizin.

Strassmann, Georg: Der Begriff „Krankheit“ in der Rechtsprechung der ordentlichen Gerichte und sozialen Behörden. (Gerichtsärztl.-Inst., Univ. Breslau.) Dtsch. med. Wschr. 1930 I, 1054—1057.

Verf. macht auf die Schwierigkeit aufmerksam, den Begriff „Krankheit“ medizinisch zu definieren und bemängelt die kürzlich von Rink gegebene Definition, die er für den Juristen als zu kompliziert, für den Laien zu wenig verständlich ansieht, um in der Rechtsprechung verwertet zu werden. Es werden die im StGB und im BGB vorkommenden Begriffe besprochen, die juristisch als Krankheit aufzufassen sind, so