

stattet. Wie man sieht, haben Verf. und Verlag wirklich alles getan, was verlangt werden kann. Der Erfolg wird daher auch gewiß nicht ausbleiben! *v. Neureiter.*

● Schneider, Emil: **Über Lebensmagnetismus und seine Heilkraft. Franz Anton Mesmer. Sein Leben und seine Erfahrung. Seine Lehre. Seine Vorläufer und seine Nachfolge. Eigene Erfahrungen und Heilerfolge. (Tatsachenbericht.)** Niederteufen: Selbstverl. 1940. 293 S. geb. fr. 7.90.

Der erste Teil des Buches ist der Biographie Mesmers gewidmet. Im zweiten Teil kommt Verf. auf seine eigenen Erfahrungen und Erfolge durch Heilmagnetismus zu sprechen. Schon als 13jähriger Junge machte er die Wahrnehmung, daß von seiner Gegenwart eine geheimnisvolle Heilwirkung auf Mensch und Tier ausstrahlte. Später heilte er angeblich durch magnetische Striche und durch Fernbehandlung die hoffnungslosesten Fälle. Eine Kasuistik der geheilten Kranken und eine Zitierung von Dankschreiben seiner Patienten beschließt die Arbeit.

*Karl Kothe* (Berlin-Buch).

### Gesetzgebung. Ärzterecht.

Froboese, C.: **Über die Vollständigkeit der Leichensektion. (Path. Inst., Berlin-Spandau.)** Mschr. Unfallheilk. 48, 145—161 (1941).

Auch in pathologischen Instituten wird nicht immer die gewünschte Vollständigkeit der Sektionen erreicht. Das liegt zum Teil am Mangel an ärztlichen und technischen Hilfskräften. Hoffnungslos schlecht steht es im allgemeinen mit den Sektionsergebnissen, die von nur gelegentlich sezierenden Ärzten niedergelegt werden, d. h. von Verwaltungärzten und Klinikern, die keinen Pathologen zur Verfügung haben. Alle Interessierten müssen darauf hinwirken, daß Obduktionen, bei denen es sich um Krankheiten (spontane, gewerbliche, unfallbedingte) handelt, von Fachpathologen, von kriminellen Fällen möglichst vom gerichtlichen Mediziner ausgeführt werden. Auf jeden Fall ist die Teilektion völlig abzulehnen. Verf. berichtet ausführlich über 2 eigene Fälle, bei denen die nicht gewünschte vollständige Sektion bzw. die histologische Nachuntersuchung des makroskopisch unveränderten Herzmuskels zu einer völlig anderen Beurteilung der Fälle führte. Die sehr wertvolle, auch für den Gerichtsmediziner interessante und daher lesenswerte Arbeit zeigt, daß die von Pathologen und Gerichtsmedizinern erstrebten Verwaltungssektionen (VS.) auch im Interesse der praktizierenden Ärzte eingeführt werden müssen. Bei angeordneter VS. kann es nicht vorkommen, daß eine Leichenöffnung mit notwendiger Vollständigkeit gegebenenfalls nur unter schlechtem Gewissen gegenüber den Angehörigen ausgeführt wird. Weiterhin würde die angeregte Errichtung von Bezirksprosekturen verhindern, daß Obduktionen in kleinen Krankenhäusern von Nichtfachmännern gemacht werden (Ref.). *Matzdorf.*

● Lange, Richard: **Die notwendige Teilnahme. (Abh. d. Kriminalist. Inst., Univ. Berlin. Hrsg. v. W. Graf Gleispach u. Eduard Kohlrausch. Bd. 5. Folge 4. H. 1.)** Berlin: Walter de Gruyter & Co. 1940. 102 S. RM. 5.—.

Die in der Verordnung zur Ergänzung der Ersten Ausführungsverordnung zum Blutschutzgesetz vom 16. II. 1940 enthaltene Bestimmung, daß für das Verbrechen der Rassenschande der Mann allein verantwortlich sei, und daß daher die beteiligte Frau auch nicht wegen Teilnahme bestraft werden könne, nimmt der Verf. zum Ausgangspunkt seiner Abhandlung. Nach einer Klärung des Problemstandes untersucht er die Delikte mit notwendiger Beteiligung Mehrerer, um sodann eingehend die Teilnahme des notwendig Beteiligten zu prüfen. Das Problem der notwendigen Teilnahme sei nur aus der Besonderheit des jeweiligen Tatbestandes heraus zu lösen. Die Zweifel über den Umfang der Strafbarkeit seien jedoch nicht durch die Besonderheiten der tatbestandsmäßigen Handlung als solcher, sondern durch die Eigentümlichkeiten der täterschaftsmäßigen Stellung der handelnden Personen verursacht.

*Hans H. Burchardt* (Berlin).

Leonhardt, C.: **Erhebliche Widersprüche in der Aussage des Zeugen bedingen nicht immer seine Untauglichkeit als Beweismittel im konkreten Falle.** Kriminalistik 15, 61—64 (1941).

Widerspruchsvolle Aussagen dürfen nicht ohne weiteres als unbrauchbar, weil

unglaublich, angesehen werden. Vielmehr gibt es bestimmte Gründe für derartige Widersprüche bei wiederholten Vernehmungen in der gleichen Sache. Am wichtigsten ist die mangelnde Erinnerung bei weit zurückliegenden und für den Zeugen seinerzeit wenig eindrucksvollen Vorgängen und ein Feststellungsinteresse des Zeugen, welches dem Aufklärungsinteresse entgegengesetzt ist. Verf. bringt dafür zwei Beispiele aus dem Gebiete der Sittlichkeitsverbrechen und meint, daß man aus den oft so widerspruchsvollen Aussagen jugendlicher Zeuginnen bei geeigneter Vernehmungstaktik und aussagepsychologischer Verwertung doch den wahren, brauchbaren Kern herauschälen könne. Dem Erinnerungsmangel glaubt Verf. dadurch begegnen zu können, daß er den Zeugen in einer Art Vorbesprechung mit dem Gegenstande seiner Vernehmung vertraut macht und die Vernehmung selbst erst zu einem späteren Zeitpunkte statthaben läßt. Es ist wohl klar, daß das Anwendungsgebiet dieser Taktik sehr beschränkt sein dürfte.

*Elbel (Heidelberg).*

**D'Ormea, Antonio:** *Su lo stato di abituale infermità di mente. Considerazioni cliniche e medico-legali (in causa di capacità civile).* (Über den Begriff der bestehenden Geisteskrankheit. Klinische und gerichtsmedizinische Betrachtungen wegen der Geschäftsfähigkeit.) (*Osp. Psichiatr. di S. Niccolò, Siena.*) Rass. Studi psichiatr. **29**, 689—704 (1940).

Der italienische Gesetzgeber verlangt zur Feststellung der Geschäftsunfähigkeit 1. die Diagnose einer Geisteskrankheit, 2. den Nachweis des derzeitigen, gewohnheitsmäßigen Bestehens dieses krankhaften Geisteszustandes, 3. die Unfähigkeit des Betroffenen, infolge dieser Krankheitsbedingungen seine Interessen wahrzunehmen. Die Feststellung des gewohnheitsmäßigen Bestehens einer Geisteskrankheit macht oft Schwierigkeiten. Im vorliegenden Falle handelte es sich um eine Lues latens mit gelegentlichen Krampfanfällen bei einem 52jährigen Mann, der wegen seines sexuell hemmungslosen Verhaltens mit der Familie in Konflikt geraten war. Verf. lehnte eine Geschäftsunfähigkeit ab, da eine Geisteskrankheit nicht gewohnheitsmäßig vorläge, sondern nur infolge vorübergehender Trübung des Bewußtseins bei und nach den Anfällen festzustellen sei. Die Fähigkeit der Wahrnehmung seiner Interessen sei dem Betroffenen in den ganz überwiegend vorhandenen Zeiten klarer Bewußtseinslage erhalten.

*Arno Warstadt (Berlin-Wuhlgarten).*

**Benon, R.:** *La loi sur les aliénés. Modifications proposées.* (Das Gesetz über die Geisteskranken. Vorgeschlagene Veränderungen.) (*Hôp. Général, Nantes.*) Bull. méd. **1940**, 299—300.

Der Verf. stellt zunächst die Zunahme der Geisteskranken in Frankreich fest (60000 im Jahre 1910, 110000 im Jahre 1938). Der Minister für öffentliche Gesundheit hat daher der Abgeordnetenkammer einen Gesetzesentwurf zur Besserung des Gesetzes von 1938 unterbreitet. Der Gesetzesentwurf zielt besonders darauf hin, die tatsächliche Überlastung der Anstalten für Geisteskranken rückgängig zu machen. Nach der Meinung des Verf. kann die Entlastung bewirkt werden, indem man die harmlosen Geisteskranken, z. B. die Schwachsinnigen, in die Krankenhäuser der unheilbaren Siechen übersiedeln läßt. Unter gewissen Bedingungen kann man die versuchsweisen Entlassungen der Geisteskranken im weiten Umfang auf dem Wege einer Familienpflege mit sozialer Fürsorge durchführen. — Das psychiatrische Krankenhaus für heilbare Geisteskranken muß an der Seite des Städtischen Krankenhauses erbaut werden, nicht neben der Irrenanstalt, die vor allem eine Herberge für Chronische ist. Heute besitzt jede Anstalt ihren Beobachtungsdienst für die Eintretenden, und ein rasch heilbarer Geisteskranker kann in geeigneten Fällen nach der 2. oder 4. Woche in Freiheit gesetzt werden.

*Heinr. Többen (Münster i. W.).*

**Schnatenberg, W.:** *Die neue Rechtsauffassung über die „Aussteuerung“ in der Sozialversicherung.* Med. Welt **1941**, 485—486.

Verf. setzt sich für eine Aufhebung der Bestimmungen über die „Aussteuerung“ in der Krankenversicherung ein, da sie geeignet sind, den Gesundheitszustand chronisch kranker

Volksgenossen (Diabetiker, Tuberkulöse usw.) zum Schaden des Volksganzen zu gefährden. Eine Lockerung ist bereits durch das Gesetz vom 15. I. 1941 (RGBl. I, S. 34) erfolgt, welches bestimmt, daß Geschlechtskrankheiten, die ansteckungsgefährlich sind, für diese Krankheit Krankenpflege zeitlich unbegrenzt erhalten. Weitere Lockerungen sind zu erwarten. *B. Mueller.*

● **Visco, Antonio:** *L'aborto criminoso nel diritto penale nella medicina legale nella politica demografica. (Monogr. giuridiche d. nuovo diritto. Nr. 1.)* (Der kriminelle Abort im Strafrecht, in der gerichtlichen Medizin und in der Bevölkerungspolitik.) Milano: Fratelli Bocca 1941. XI, 608 S. L. 48.—.

Das vorliegende, von einem Juristen für Juristen geschriebene Buch bringt eine ausführliche, gut gelungene Darstellung der Lehre von der Fruchtabtreibung, wie sie der Richter und der Rechtswahrer beherrschen muß, um in der Praxis erfolgreich wirken zu können. Sie beginnt mit der Besprechung der Gründe, die die Bestrafung der vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft rechtfertigen. Sodann macht sie den Leser mit den einschlägigen Gesetzen Italiens und vieler anderer Staaten vertraut. Im Anschluß daran wird der Begriff des Abortes gekennzeichnet und gegen verwandte Begriffe, wie gegen die der Kindestötung und der Frühgeburt, abgegrenzt. Ein eigenes Kapitel ist der Erörterung der in Italien bestehenden ärztlichen Meldepflicht für Aborte gewidmet. Die Teile der Monographie, die sich mit gerichtlich-medizinischen Fragen befassen, sind ausschließlich referierenden Charakters: Sie behandeln die vom Gerichtsarzt zu lösenden Fragen auf Grund der Angaben des Schrifttums, ohne daß aus Eigenem etwas Neues zu ihrer Beantwortung beigesteuert würde. Der Rest des Buches dient der Aufklärung über die mannigfaltigen Schwierigkeiten, die sich in der Praxis bei der Anwendung der in Italien geltenden gesetzlichen Bestimmungen ergeben. Dabei wird nicht nur das einschlägige juristische Schrifttum, sondern auch die Spruchpraxis der Gerichte Italiens in reichem Maße herangezogen. Gerade diese Abschnitte sind es, die für den deutschen Leser besonders interessant sind, vermitteln sie ihm doch eine Anschauung von der Ausdeutung, die die italienische Abortgesetzgebung im Leben erfährt.

*v. Neureiter (Straßburg).*

**Schläger:** *Neue wichtige Entscheidungen aus dem Ehescheidungsrecht.* Dtsch. med. Wschr. 1941 I, 576—577.

Zu § 52 EG. hat das Reichsgericht entschieden, daß unter Umständen auch ein Lupus die Scheidung rechtfertigen kann, nämlich dann, wenn die Erkrankung Neigung zur Weiterentwicklung zeigt, wenn sie schon zur Zerstörung von Gesichtsteilen geführt hat und Heilung in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist. — Desgleichen wurde ein abdominaler Anus praeter naturalis als schwere ekelregeende Krankheit angenommen. — Das RG. hat ferner zur Frage der vorzeitigen Unfruchtbarkeit nach § 53 EG. entschieden, daß der Scheidungsanspruch entfällt, wenn der klagende Teil aus gesundheitlichen Gründen keine weitere Ehe würde eingehen dürfen bzw. wenn er selbst unfruchtbar ist. — § 53 EG. wird nur durch dauernde Unfruchtbarkeit erfüllt. Dieser Nachweis ist unter Umständen durch Sachverständige zu führen. Es wird ferner auf die Zumutbarkeit des Verzichts auf Nachkommenschaft eingegangen. *Elbel.*

**Naujoks, H.:** *Die Mitarbeit des Gynäkologen im Rahmen des neuen Ehegesetzes.* (Univ.-Frauenklin., Köln.) Zbl. Gynäk. 1941, 877—884.

Die Ausführungen des Verf. zeigen, daß im Rahmen der praktischen Anwendung des neuen Ehegesetzes dem Gynäkologen sehr wichtige Aufgaben zufallen. Er hat den Juristen über eine Reihe ärztlicher Begriffe und biologischer Vorgänge zu beraten und ihn bei der Urteilsfindung durch seine Sachkenntnis und sein Gutachten zu unterstützen. Durch ihn soll die Frau vor unberechtigten Anklagen und Vorwürfen geschützt werden, damit schwere, menschliche und wirtschaftliche Folgeerscheinungen gemildert oder verhütet werden. Vor allem soll er an einer weitreichenden und sachlich richtig begründeten Auswirkung der wichtigen Gesetzesbestimmungen entscheidend mitarbeiten, indem er die Verhältnisse objektiv darlegt. Eine exakte Formulierung und vor allem eine einheitliche Auffassung der ärztlichen Begriffe ist unbedingt

erforderlich, damit Widersprüche zwischen verschiedenen Gutachten vermieden werden und die meist recht langwierigen Verfahren möglichst schnell zu einer gerechten und befriedigenden Lösung kommen. Bei voller Würdigung und weitgehender Berücksichtigung der individuellen Interessen und der seelischen Bindungen in der Ehe muß der planvolle Einsatz eines gesunden, fruchtbaren Partners innerhalb des Fortpflanzungsprozesses das Ziel sein. Die §§ 37, 38, 53, 54 und 58 bzw. deren Kommentare enthalten Ausdrücke und Begriffe, die Verf. vom gynäkologischen Standpunkt aus beleuchtet.

*H. Fuchs (Posen).*

**Schaefer, Walter: Die Operationen am Eileiter zum Zwecke der Unfruchtbarmachung. (Univ.-Frauenklin., Kiel.)** Med. Klin. 1941 I, 612—616.

Erfahrungen über die Unfruchtbarmachung durch Operation in den Jahren 1936 bis 1940 aus medizinischer und eugenischer Anzeige. Gedrängte Übersicht über die verschiedenen Operationsmethoden, ihre Anwendungshäufigkeit, ihre Gefahren, Komplikationsmöglichkeiten und Versagerhäufigkeit. Durch verbesserte Auswahl der zur Operation geeigneten Fälle konnten die postoperativen Störungen von 16,9% im Jahre 1934 auf 7,1% im Jahre 1936 herabgedrückt werden. Es wird die absolute und relative Gegenanzeige besprochen. Versager, d. h. Schwangerung nach durchgeföhrter Operation, kommen bei jeder Methode vor und sind, abgesehen von Irrtümern, durch die Regenerationskraft der Eileiter und ihres Endothels zu erklären, die auch experimentell am Kaninchen festgestellt werden konnte. Price erwähnt 8 Schwangerschaften auf 1500 Operationen nach Madlener. Erfolgskontrolle durch röntgenologische Darstellung der Eileiter zeigt überraschend häufig neben bedeutenden Veränderungen auch undichte Tuben. Anatomischer Befund: Schädigung der Muskulatur (also Ausfall der Tubenperistaltik), zerstörtes Endothel, an dessen Stelle Bindegewebe tritt. Die Ausschabung vor der Unfruchtbarmachung, die von Esch vorgeschlagen wurde, ist, soweit es sich um Erbgesundheitsgerichtsfälle handelt, nach Ansicht des Ref. besser zu unterlassen, da sie einen zusätzlichen, nicht vorgesehenen Eingriff darstellt und geeignet ist, die Komplikationsstatistik zu verschlechtern. Gerichtsärztlich von Bedeutung sind die Wiederherstellungsoperationen, die nach Ottow in 25% erfolgreich sind. Wegen dieser Sabotagemöglichkeit wird völlige Entfernung der Eileiter erwogen. Gesamtschlußfolgerung für den Gerichtsarzt: Keine aus eugenischen oder medizinischen Gründen sterilisierte Frau, gleichgültig mit welcher Methode, kann grundsätzlich und für alle Zeiten als 100 proz. empfängnisunfähig bezeichnet werden. Diesbezügliche Angaben in Gerichtsverfahren müssen also immer von Fall zu Fall nachgeprüft werden, ähnlich wie beim Manne, der ja auch zeugungsfähig bleiben kann trotz Operation oder es nachträglich gelegentlich wieder wird. *Rogal (Bremen).*

**Naujoks: Die Umgrenzung des Begriffs der „Unfruchtbarkeit der Frau“.** Dtsch. Recht A H. 22, 1180 (1941).

Verf. weist einleitend darauf hin, daß der Wille und die Fähigkeit zur Erzeugung von Nachkommen im neuen Ehegesetz mehr in den Vordergrund gerückt ist. Im 2. Abschnitt der Arbeit werden die ärztlichen Begriffe des Ehegesetzes an Hand von Beispielen umrissen. Beziiglich der Beiwohnungsunfähigkeit der Frau (§ 37) wird gesagt, daß es zweifellos in seltenen Fällen bei der Frau anatomische Veränderungen (derbe, unnachgiebige Hymenalmembran, angeborene Verengerungen und narbige Verschlüsse, Mißbildungen) geben könne, die einen Verkehr unmöglich machen oder erschweren, daß aber in einer weit größeren Zahl von Fällen ernste Störungen bei der Frau erst sekundär auftreten und daß andererseits Störungen der Beiwohnungsfähigkeit des Mannes recht schwierig nachzuweisen seien, wenn nicht augenfällige anatomische Befunde vorlägen, wie Verwundungen, Narbenschrumpfung, Hypospadie u. a. Beziiglich der beharrlichen Weigerung ohne triftigen Grund, Nachkommen zu empfangen (§ 48), müßten Beiwohnungsunfähigkeit, Schmerhaftigkeit und Schonungsbedürftigkeit nach Krankheiten und Geburten als „triftige Gründe“

angesehen werden und könnten gelegentlich vorkommen. Zur „Verweigerung der Empfängnis“ gehöre die heimliche Anwendung antikonzeptioneller Maßnahmen. Was die rechtswidrigen Mittel zur Verhinderung der Geburt (§ 48) angehe, so könne nur die gegen den Willen des Ehemannes heimlich, hartnäckig, vielleicht sogar mehrfach vorgenommene Beseitigung der Frucht durch die Frau oder einen Helfershelfer vom Gesetz als Ehescheidungsgrund festgelegt werden. Zum Begriff der Unfruchtbarkeit wird gesagt, daß Kinderlosigkeit ihre Ursachen haben könne in: Impotentia coeundi, Impotentia generandi und Sterilität der Frau, Infertilität, Geburtshinderissen und somatischer oder psychischer Dissonanz gerade bei den Partnern, die durch die Ehe miteinander verbunden sind. — Der Zustand der Sterilität der Frau sei ein sehr komplizierter. Man unterscheidet den Begriff der angeborenen und erworbenen Sterilität. Die beiden Begriffe seien nicht zu verwechseln mit der absoluten und relativen Sterilität. Sowohl eine angeborene als auch eine erworbene Sterilität könnten absolut sein. Als relativ sei der Zustand zu bezeichnen, wenn lediglich eine Erschwerung, eine Verzögerung der Befruchtung bestehe. In praxi drehe sich alles um die gutachtlische Bewertung der relativen Sterilität (z. B. durch Lageveränderungen der Gebärmutter, mangelhafte Entwicklung, Verengerungen des Kanals usw.). Die Beurteilung „unfruchtbar“ habe wegen der möglichen peinlichen Konsequenzen äußerst vorsichtig zu geschehen. Weiter spreche man von primärer und sekundärer Sterilität. Primär steril sei eine Frau, wenn niemals eine Schwangerschaft zustande gekommen sei, sekundär steril sei sie, wenn nach einer oder mehreren Geburten oder auch Fehlgeburten nunmehr seit längerer Zeit keine Konzeption eintrete, also eine Unfruchtbarkeit zu bestehen scheine. Sterilität sei anzunehmen, wenn trotz dringenden Kinderwunsches nach 2—3jähriger Ehe eine Schwangerschaft nicht eingetreten sei. Nach 6jähriger Ehe bestehe noch eine Wahrscheinlichkeit von 1%, daß ohne nennenswerte Behandlung eine Befruchtung eintrete. Selbstverständlich gebe es auch Ausnahmefälle mit sehr viel längerem Zeitraum. Der Begriff der Infertilität umfasse die tragischen Vorgänge des habituellen Abortes, der habituellen Frühgeburt, des wiederholten intrauterinen Absterbens der Frucht in der Schwangerschaft oder unter der Geburt oder bei Übertragung. Bei der Gebärunfähigkeit handele es sich meist um ein stark verengtes Becken oder um Weichteilhindernisse oder andere Komplikationen, die zur Erzielung eines lebenden Kindes eine größere Operation (Kaiserschnitt) erforderten. Derartige Dinge könnten ärztlicherseits nicht als Ehescheidungsgründe anerkannt werden. Dyspareunie und somatische Dissonanzen könnten zu Kinderlosigkeit aus ungeklärten Gründen führen. Was die vorzeitige Unfruchtbarkeit (§ 53) anbetriffe, so müsse schon im Anfang der 40er Jahre eine wesentliche Herabsetzung der Geburtshäufigkeit angenommen werden. Sterilisierende Eingriffe nach dem 40. Lebensjahr könnten deshalb als Ursachen vorzeitiger Unfruchtbarkeit nicht anerkannt werden. Da zum Vorbringen des Scheidungsbegehrrens nur der berechtigt sei, der selbst fruchtbar sei (§ 53, 3), verlangt Verf. in allen Fällen vorher genaue Untersuchung des anderen Partners, meist wohl des Mannes. Anlaß der Unfruchtbarkeit (§ 54) könne der Mann oder die Frau sein. Nur in einem Drittel der Fälle sei die Frau die primäre und alleinige Ursache. Für die „sittliche Berechtigung des Scheidungsbegehrrens“, für die „besondere Härte“ ist es nach Ansicht des Verf. von sehr unterschiedlicher Bedeutung, ob eine nichtinfektiöse, eine infektiöse, eine infektiöse verschuldete bzw. eine unverschuldete Erkrankung, z. B. eine Kriegsverletzung, die Sterilität bewirkt hat. Der Zeitpunkt, zu dem der eine Partner über seine eigene Unfruchtbarkeit bzw. Fruchtbarkeit Kenntnis erhalten habe (Kenntnis der Unfruchtbarkeit (§ 58), werde sich leicht feststellen lassen, nicht aber, wann der andere Partner davon Kenntnis erhalten habe. Bezuglich der Feststellung der Unfruchtbarkeit weist Verf. auf die Unsicherheit der Untersuchungsmethoden bei der Frau hin und rät zu größter Vorsicht.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

**Paech und Trembur: Aus der neusten höchstrichterlichen Rechtsprechung auf dem Gebiet des Arztrechtes.** Dtsch. med. Wschr. 1941 I, 515—520.

Unterlassung der Lebertherapie bei perniziöser Anämie durch einen Heilbehandler hat das RG. als fahrlässige Unterlassung angesehen, die eine Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung rechtfertigt, sofern Kausalzusammenhang zwischen der Unterlassung und dem Tode besteht (Urteil vom 12. II. 1940, 3 D 939/39, DR. 1940, 791). — Ein Arzt, der einer Schwangeren ein Selbstmordmittel verabreicht, nach dessen Genuß sie stirbt, leistet Beihilfe zu der von der Schwangeren verübten Abtreibung (Urteil des RG. vom 28. VIII. 1939, 5 D 413/39, DR. 1940, 26). — Ein Arzt hatte in Dirnenkontrollbüchern durch Stempel bescheinigt, daß bei der Untersuchung kein krankhafter Befund erhoben sei. Tatsächlich waren die Dirnen nicht zur Untersuchung erschienen, die Untersuchung hatte gar nicht stattgefunden, der Arzt hatte die ihm von seiner Sprechstundenhilfe vorgelegten Bücher einfach unterschrieben. Der Arzt wurde aus § 278 StGB. (Ausstellung eines unrichtigen Zeugnisses über den Gesundheitszustand zum Gebrauch bei einer Behörde) und aus § 327 StGB. (Verletzung von seuchenpolizeilichen Aufsichts- und Absperrungsmaßregeln) verurteilt; das RG. trat dieser Rechtsfindung (durch Urteil vom 25. VI. 1940, 1 D 762/39, DR. 1940, 1516) bei. — Ein Arzt, der eilig zu einem Schwerkranken gerufen wird, ist aus diesem Grunde nicht berechtigt, sich irgendwie über die Bestimmungen der RStVO. hinwegzusetzen; ein „übergesetzlicher Notstand“ kann ihm nicht zuerkannt werden (Urteil des OLG. München vom 7. VII. 1939, 1 Ss. 181/39, DR. 1940, 25). — Über die anderen in diesem Aufsatz berührten Entscheidungen ist bereits in dieser Zeitschrift berichtet worden.

*B. Mueller* (Königsberg i. Pr.).

**Goldhahn, Richard: Der ärztliche Kunstfehler. Bedeutung und Kritik des Begriffes.** (Kreiskrankenh., Liegnitz.) Med. Welt 1940, 1249—1252.

**Schramm, Gerhart: Der ärztliche Kunstfehler.** (Vgl. Med. Welt, 1940, Nr. 49, S. 1249.) Med. Welt 1941, 327—329.

**Goldhahn, R.: Schlußwort.** Med. Welt 1941, 329.

Für den Begriff Kunstfehler werden 2 Definitionen gegeben; nach der einen, die auf Virchow zurückgeht, ist ein Kunstfehler ein Außerachtlassen der anerkannten Regeln ärztlicher Wissenschaft und Praxis; nach der anderen, die der Strafrechtslehrer Schmidt gegeben hat, fallen unter den Begriff Kunstfehler alle Unrichtigkeiten, die den Maßnahmen des Arztes irgendwie anhaften. Erst späterhin ist zu entscheiden, ob die Unrichtigkeit als schulhaft anzusehen ist oder nicht. Der Jurist Schramm setzt sich für die Beibehaltung des von Virchow geprägten Begriffs des Kunstfehlers ein, während er die Definition von Schmidt ablehnt. Der Arzt Goldhahn dagegen schlägt vor, den Begriff Kunstfehler überhaupt fallen zu lassen. Regeln, die heute noch allgemein anerkannt sind, können morgen sich als unrichtig erweisen; der erste, der mit Recht davon abwich, beginn eigentlich einen Kunstfehler. Auch wird der Ausdruck Kunstfehler in Gesprächen und im Briefwechsel von Ärzten oft so mißbraucht und so subjektiv angewendet, daß für den angegriffenen Arzt schwere und unberechtigte Schäden entstehen können. *B. Mueller* (Königsberg i. Pr.).

**Hart, A.: Gefahren der intramuskulären Einspritzung an vorschriftsmäßiger Stelle.** (Chir. Univ.-Klin., Würzburg.) Zbl. Chir. 1941, 1028—1031.

Verf. geht auf die drei hauptsächlichen Spritzenschäden, die Infektion, die Nervenstörungen und Gefäßverletzungen ein und veranschaulicht die Gefahren durch Mitteilung je eines einschlägigen Falles, die in der Würzburger Klinik sich ereignet haben. Zur Erklärung der am häufigsten vorkommenden Infektionsfälle möchte Verf. nicht die Spritze oder die Injektionsflüssigkeit anstudieren, sondern die mangelhafte Hautreinigung. Gerade die Gesäßgegend ist bei dem Reichtum an Eiterkeimen und vor allem an sporenbildenden Keimen der Anaerobiergruppe einer besonders sorgfältigen Entkeimung bedürftig. Es wird in der Klinik bei Einspritzungen in die Haut diese nicht nur mit Alkohol, sondern mit Jodalkohol oder einem neuzeitlichen Ersatz-

mittel desinfiziert. Ferner ist bei Einspritzungen besonders der N. ischiadicus gefährdet. Es muß dabei die Nadel immer senkrecht eingeführt werden etwa 3 Querfinger unterhalb des Darmbeinkammes in der hinteren Achsellinie. Die Injektionsflüssigkeit soll nur intramuskulär deponiert werden, und man muß sich bewußt bleiben, daß eine auf Muskelfascie und Knochenhaut gespritzte Lösung sich entlang diesen Gebilden weiter ausbreiten kann. Besonders gefährlich sind in dieser Hinsicht die intramuskulären Einspritzungen von Chininlösungen. Dazu teilt Verf. einen einschlägigen Fall seiner Beobachtung mit. Eine Besonderheit bildet der 3. angeführte Fall einer Prontosilinjektion in die Gesäßgegend, die zur Entstehung eines großen Aneurysma geführt hatte durch eine Verletzung oder Wundschädigung der A. glutaea superior. Lebensgefährliche Blutung bei Vornahme einer Incision unter der Annahme, daß es sich um einen Abscess handele, wogegen die Unterbindung der A. hypogastrica rasche und sichere Blutstillung brachte. *Bode (Köln).* °°

**Canuyt, Georges:** *Les accidents mortels de l'anesthésie locale.* (Die tödlichen Zwischenfälle bei der Lokalanästhesie.) (*Clin. Oto-RhinoLaryngol., Univ., Strasbourg.*) *Anesth. et Analg.* 5, 161—256 (1939).

Im Anschluß an einen selbstbeobachteten Todesfall nach Anästhesie des Kehlkopfes mit Cocain wird die Frage der Todesfälle nach Lokalanästhesie (L.A.) eingehend behandelt. Es werden die gebräuchlichen Mittel, das Cocain und das Novocain in ihrer pharmakologischen Wirkung besprochen, auf die Bedeutung des Adrenalinzußatzes wird hingewiesen. Der Grad der Giftigkeit des Cocains ist bedingt durch die Schnelligkeit seiner Resorption. Bei Cocain und Novocain besteht neben der lokalen anästhesierenden Wirkung noch eine allgemeine, toxische Wirkung. An Hand zahlreicher Schrifttumsangaben wird dargelegt, daß man von einer tödlichen Dosis nicht sprechen kann, es sei denn, unter genauest definierten Voraussetzungen. Konzentration der verwendeten Lösung sowie Schnelligkeit der Injektion spielen für die Giftwirkung eine große Rolle. Bei fraktionierter Verabreichung kann ein Vielfaches einer sonst tödlichen Dosis gegeben werden. Schon bei den Tierversuchen wurden beachtliche individuelle Unterschiede in der Verträglichkeit beobachtet. Das klinische Bild der Vergiftung wird an zahlreichen Fällen ausführlich beschrieben. Die Symptome beginnen entweder am Anfang oder während des Verlaufs oder am Ende der Anästhesie. Der Kranke wird plötzlich blaß, verliert das Bewußtsein. Es treten krampfartige Bewegungen des Kopfes und der Gliedmaßen, tonische und klonische Krämpfe, welche an einen epileptischen Anfall erinnern, auf. Cyanose des Gesichtes; die Pupillen werden weit; rascher, fadenförmiger Puls, der bald nicht mehr fühlbar ist. Stillstand der Atmung beschließt das gewöhnliche Bild der Vergiftung. Der Tod tritt meist rasch, oft schlagartig ein. Neben diesem häufigsten Vergiftungsbild können auch andere Formen beobachtet werden: Foudroyante Form, komatöse Form, synkopale Form, respiratorische Form. Todesfälle im Verlauf der L.A. werden seltener in der allgemeinen Chirurgie, in der Augenheilkunde und Zahnheilkunde beobachtet, häufiger in der Urologie und weitaus am häufigsten in der Oto-Rhino-Laryngologie. Verf. schildert die Einrichtungen, welche in Amerika und in den skandinavischen Ländern zum Studium bzw. zur Untersuchung der L.A.-Zwischenfälle getroffen wurden. Durch Umfragen, die Verf. im Jahre 1938 bei Kollegen in Frankreich machte, wurde versucht, einen Aufschluß über die Häufigkeit tödlicher Vergiftungsfälle zu gewinnen. Insgesamt wurden 30 Todesfälle in Erfahrung gebracht. Bei einigen dieser Berichte sind Leichenöffnungsbefunde angegeben. Außer Blutfüllung der inneren Organe (Leber, Nieren, Milz, Hirn und Hirnhäute) wurde ein typischer Befund nicht erhoben. In einem Fall (26jährige Frau, Tod innerhalb 5 min) wurde akutes Lungenödem festgestellt. — Am häufigsten dürfte ein fataler Irrtum, die Unterschiebung einer zu hoch konzentrierten Lösung bzw. eines falschen Präparates die Ursache der tödlichen Vergiftung sein. Es werden Fälle erwähnt, in denen an Stelle 1 proz. Novocainlösung irrtümlicherweise 10 proz. Cocainlösung verwendet wurde. Von besonderem Interesse

sind die Fälle, in denen eine beträchtliche Überdosierung überlebt wurde. 6 ccm 10 proz. Cocainlösung subcutan eingespritzt, bewirkten in einem Falle nur 2 Stunden anhaltende Vergiftungserscheinungen. In einem anderen Falle wurde zur L.A. vor Laryngektomie 20 proz. Novocainlösung eingespritzt, insgesamt 2 g. Es trat ein lebensbedrohender Zustand ein, von dem sich die Kranke nach einigen Stunden erholte. Die Überdosierung beruht entweder auf Einspritzung zu großer Mengen oder zu konzentrierter Lösungen. Als Grenzdosis gibt Verf. 0,3 Cocain in 10—20 proz. Lösung zur Pinselung der Schleimhäute der oberen Atemwege an. Zur Infiltrationsanästhesie sollen vorsichtigerweise nicht mehr als 0,2 g Novocain in 1 proz. Lösung verwendet werden. Der Status thymico-lymphaticus scheint nach Ansicht der Obduzenten (Verf.) eine große Bedeutung für den Tod nach L.A. zu haben. Nach einer angeführten Statistik wurde bei 54 Leichenöffnungen 23 mal ein persistierender oder abnorm entwickelter Thymus gefunden. Nach einer amerikanischen Statistik (29 Tote unter 40 Jahre alt,  $\frac{1}{4}$  war jünger als 20 Jahre) wurden Thymusgewichte von 20—50 g festgestellt. Verf. hält es für erlaubt, den Status thymico-lymphaticus als ursächlich anzusehen, solange man keine andere Erklärung finden kann. Die beste Erklärung der Todesfälle ist die Annahme einer besonderen individuellen Überempfindlichkeit (vgl. Tierversuch). Von nicht unerheblicher Bedeutung dürfte ferner der psychische Zustand des Kranken im Augenblick der L.A. sein. Unter Hinweis auf Brouards Arbeiten glaubt Verf., daß eine „präoperative Angst“ geradezu zu gefährlichen Zwischenfällen prädisponiere. Unter solchen Umständen dürfe eine L.A. nicht gemacht werden. Die Todesfälle, welche sich trotz allem nicht erklären lassen, werden auf Koinzidenz unglücklicher Umstände zurückgeführt (plötzlicher natürlicher Tod, Tod aus Angst während der L.A.). Solche Zufälligkeiten werden allerdings ein äußerst seltenes Ereignis darstellen. Die besondere Häufigkeit der Todesfälle nach L.A. in der Oto-Rhino-Laryngologie wird mit der anatomischen Beschaffenheit der Operationsgebiete erklärt (Reflexzentren, Vascularisation). — Die Prophylaxe soll vor allem in der Vermeidung von Irrtümern und Überdosierungen bestehen. Genaue Bezeichnung der Flaschen bzw. Verwendung gefärbter Flaschen für die verschiedenen Konzentrationen und Mittel, evtl. gefärbte Lösungen. Im Operationssaal soll alles, was für die erste Hilfe gebraucht wird, vorhanden sein. Die Therapie besteht in Wiederbelebungsmaßnahmen, Einspritzen von Excitantien. Eine besondere Betrachtung verlangt die intrakardiale Adrenalin-Injektion. Da dem Anaestheticum fast immer Adrenalin zugesetzt ist, besteht bei der Injektion die Gefahr der Überdosierung. Verf. glaubt übrigens, daß die Todesfälle vielleicht zum Teil auf Adrenalinwirkung zurückgeführt werden können: Infolge der Angst vor dem Eingriff habe der Kranke wegen erhöhter Adrenalinausschüttung eine Hyperadrenalinämie. Dazu komme noch das mit dem Anaestheticum in den Körper gebrachte Adrenalin. — Über die Anzahl der Todesfälle in ihrem Verhältnis zu den gemachten L.A. kann keinerlei Angabe gemacht werden, da aus begreiflichen Gründen von den Ärzten nur der kleinste Teil der Todesfälle bekanntgegeben wird. Sicherlich ist ihre Anzahl so klein, daß sie die Bedeutung der L.A. in keiner Weise einzuschränken vermag.

Huber (Berlin).

**Parrique, G.: À propos d'un accident mortel de primo-injection.** (Bericht über einen Unfall mit tödlichem Ausgang bei Erstinjektion.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 20. V. 1940.*) Ann. Méd. lég. etc. **20**, 238—242 (1940).

Verf. berichtet über einen plötzlichen Todesfall nach erstmaliger Injektion von Diphtherieantiserum bei einem 3jährigen Kinde. Es handelt sich um ein Kind, das der Vorgeschichte nach keine Empfindlichkeit gegen Serumbehandlung vermuten ließ: das Kind war weder asthmatisch, noch hatte es Nesselausschlag gehabt; es hatte bisher auch noch keine Eiweißsubstanzen vom Pferde aufgenommen. Die Diphtherieerkrankung war mittelschwer. Die Injektion wurde unter Beachtung aller üblichen Vorsichtsmaßnahmen etwa 48 Stunden nach Krankheitsausbruch gemacht, und zwar mit gewöhnlichem Diphtherieantiserum. 5 min nach der Injektion setzten Atemnot,

Erbleichen, Erbrechen, Zuckungen ein. 7 min nach der Injektion trat trotz Adrenalingaben und künstlicher Atmung der Tod ein. — Aus dieser Erfahrung heraus fordert Verf. trotz der außerordentlichen Seltenheit derartiger Unfälle besondere Vorsichtsmaßnahmen bei Anwendung der Serumtherapie. Er hält es für zweckmäßig, vorbeugende und therapeutische Injektionen auch bei Erstinjektionen auf zwei Male zu verteilen und vor allem nur gereinigtes, d. h. enteiweißtes Serum zu verwenden. — Verf. hält entsprechende Vorschriften nicht nur im Hinblick auf die betreffenden Patienten, sondern auch mit Rücksicht auf die zivilrechtliche Haftpflicht des Arztes für erforderlich, die nach seiner Auffassung im französischen Recht klarer formuliert werden müßte.

Buhtz (Breslau).

**Belz, W.: Soll man die Appendektomie andeuten? Erwiderung auf die Anregung von A. Vogl im Zbl. Chir. 1941, Nr. 5. Zbl. Chir. 1941, 652—653.**

Der von Vogl im Zbl. Chir. 1941 I, 219 gemachte Vorschlag die gleichzeitig von anderen Bauchschnitten aus besorgte Appendektomie durch einen oberflächlichen Hautschnitt über der Appendixgegend anzudeuten, wird abgelehnt. Als Gründe werden — neben dem alten chirurgischen Grundsatz, unnötige Schnitte zu vermeiden — die den meisten Kranken eigene Abneigung vor Narben und die Auffassung der ständigen Rechtspflege in solchen Fällen angeführt. Eine mündliche oder schriftliche Mitteilung an den Patienten über das Verbleiben des Wurmfortsatzes in der Bauchhöhle scheint dem Verf. vollkommen ausreichend. Im übrigen wird davor gewarnt, sich bei schweren Leibbeschwerden zu sehr an die früher erfolgte Appendektomie zu klammern und sich durch sie vom Öffnen der Bauchhöhle abbringen zu lassen. Trotz herausgenommenen Wurmfortsatzes können zahlreiche andere pathologische Vorgänge ein aktives Vorgehen erforderlich machen.

Beil (Göttingen).

**Misslack, K.: Ansteckung im städtischen Krankenhouse. Unter welchen Voraussetzungen haftet die Stadtgemeinde? Z. ärztl. Fortbildg 38, 187 (1941).**

1. Ein 6jähriges Kind lag in einem städtischen Krankenhouse, es sollte dort operiert werden. Im gleichen Zimmer lag ein Kind, das an einer Mittelohrentzündung litt, die von einem Scharlach ausgegangen war. Das klagende Kind erkrankte gleichfalls an Scharlach, die sich anschließende Mittelohrentzündung führte zur Ertaubung beider Ohren. Es wurde eine Klage auf Schadenersatz aus vertraglicher Haftung gegen die Stadt angestrengt, die in allen Instanzen durchging und auch vom RG. bestätigt wurde. Ein Klage aus unerlaubter Handlung gegen die behandelnden Ärzte auf Zahlung von Schmerzensgeld ging jedoch in der Revisionsinstanz nicht durch; das RG. erkannte an, daß zwar die behandelnden Ärzte in ihrer Gesamtheit fahrlässig gehandelt hätten, weil sie das Kind nicht isolierten, führte aber aus, daß das Verschulden dieses oder jenes Arztes erst nach Prüfung der Dienstvorschriften und der Gepflogenheiten des Krankenhauses beurteilt werden könne. Die Frage der außervertraglichen persönlichen Haftung der Ärzte mußte daher noch einmal vom Landgericht überprüft werden. (Wie der Rechtsstreit endgültig ausgegangen ist, wird nicht mitgeteilt; d. Ref.) Die Mitteilung der Entscheidung stammt aus „Reichsgerichtsbriefe“ III, 46/40 vom 13. XII. 1940. — 2. Ein Bezirksfürsorgeverband hielt eine operative Behandlung einer Hüftgelenksverrenkung bei einem minderjährigen Mädchen für erforderlich, weil eine Unterlassung der Operation für die Entwicklung des Kindes sehr nachteilig gewesen wäre und es unter Umständen der öffentlichen Fürsorge anheimgefallen wäre. Da die Eltern die Operation nicht gestatteten, beantragte der Bezirksfürsorgeverband beim Vormundschaftsgericht die Entziehung des Sorgerechtes; der Antrag wurde vom Vormundschaftsrichter nach Anhörung der Eltern abgelehnt. Auf die Beschwerde des Fürsorgeverbandes ordnete das Landgericht weitere Begutachtungen an. Aus ihnen ergab sich, daß die Operation mit weitreichender Wahrscheinlichkeit erfolgreich durchgeführt werden könne und daß auch von der Narkose nach menschlichem Ermessen nichts zu fürchten sei. Das Landesgericht entzog daraufhin den Eltern das Sorgerecht und ordnete eine Pflegschaft an (LG. Halle 8 T 213/38). B. Mueller (Königsberg i. Pr.).