

nehme ich den postoperativen Harnröhrenkatheter, den Harris 10 Tage liegen ließ, schon nach kurzer Zeit, mit Vorliebe bereits nach 24 Stunden, weg.

Seit ich diese Methode in ihrer jetzigen Technik anwende, seit fast 2 Jahren, habe ich insgesamt 175 fortlaufende Fälle prostatektomiert. 5 Todesfälle, zumeist Embolien. Innerhalb von 5 Tagen waren 147 Fälle (86,5%) von ihrem Katheter endgültig befreit und urinierten spontan; da die Kranken zu dieser Zeit schon alle herumgehen, ist es begreiflich, daß 135 schon am Ende der 2. Woche entlassen werden konnten.

R. Boller: **Spätfolgen nach Cholezystektomie.** In den letzten drei Jahren sind an meiner Abteilung unter 261 Gallenblasenoperierten 168 Fälle mit postoperativen Beschwerden aufgenommen worden. Bei weitaus der Mehrzahl der Kranken stehen die Schmerzen im Vordergrund, seltener haben die Kranken erhöhte Temperatur und Ikterus. Ein Vergleich mit zahlreichen Literaturangaben aus verschiedenen Ländern ergibt, daß Spätbeschwerden nach Cholezystektomie in 12 bis 40% auftreten. Der umgekehrte Vergleich der Erfolge der konservativen Behandlung fällt auch nicht sehr günstig aus. Im eigenen Material ist auffallend, daß es sich nicht um fette Leute handelt, die Spätbeschwerden bekommen, sondern, daß das Durchschnittsgewicht bei 69 kg liegt. Männer werden wesentlich seltener von Spätbeschwerden betroffen als Frauen, etwa im Verhältnis 1 : 4. Das Operationsalter ist bei den Männern gleichgültig, bei den Frauen scheint die Operation in jüngeren Jahren eher von Spätbeschwerden gefolgt zu sein, als eine solche in späteren Jahren. Die meisten sind vor und nach der Operation obstipiert und die Obstipation wird auch in den meisten Fällen die Ursache zur Erstoperation gewesen sein und ist nach der Operation oft die Ursache für das Auftreten der Spätbeschwerden. Der Blutdruck ist bei den Fällen mit Spätbeschwerden im großen und ganzen normal; die Säureverhältnisse des Magens sind bei den häufigen dyspeptischen Beschwerden eher norm- und hyperazid als an- oder subazid. Die häufige Vorstellung, daß es nach der Cholezystektomie zu einem Versiegen der Säureproduktion des Magens kommt, kann infolge dessen nicht bestätigt werden. Besonders auffallend ist das gehäufte Vorkommen eines Diabetes in unserem Material. Wenn man die 261 Fälle, je nach der Aufnahmezeit auf unsere Abteilung, in eine erste und zweite Hälfte teilt, so sieht man, daß die Diabetesfrequenz unter den Cholezystektomierten gleich ist, und 5,4% beträgt. Diese Zahl ist im Hinblick auf die im allgemeinen knapp 2% betragende Diabetesfrequenz in der Bevölkerung außerordentlich hoch. Es bestätigt sich hier die Ansicht des „sekundären Diabetes“, die von Katsch, Noorden, Grafe und anderen besprochen worden ist. Mit Rücksicht auf die Häufigkeit des Diabetes nach Cholezystektomien muß die Forderung von Bertram u. a., die diabetesgefährdeten Gallenkranken frühzeitig zu operieren, um dem Ausbruch des Diabetes vorzubeugen, mit einer gewissen Reserve aufgenommen werden.

Die Therapie der Beschwerden nach Cholezystektomie richtet sich nach der Diagnose. Es ist streng zwischen Dyskinesie, Neubildung von Steinen, Infektion der Gallenwege, Leberschädigung usw. zu unterscheiden. Bei den Entleerungsstörungen ist der Sphinkterspasmus, die sogenannte „maladie de sphincter“ der französischen Autoren, differentialdiagnostisch zu erfassen. Bei der gewöhnlichen Dyskinesie kommt die Duodenalspülung mit großen Flüssigkeitsmengen in Frage, die am besten in Form der wiederholt von uns empfohlenen Duodenalberieselungen am leichtesten und vorteilhaftesten durchgeführt werden können. Wir kombinieren die Duodenalberieselungen mit Euphyllininjektionen und sehen davon in manchen Fällen ausgezeichnete Erfolge. Euphyllin bewährt sich auch neben Nitroglycerin bei Sphinkterspasmus; bei Zuständen, bei denen wir den Sphinkterspasmus aufheben wollen und gleichzeitig eine ausgiebige Gallenentleerung zu erreichen beabsichtigen, ist Azetylcholin zu verwenden. Hier sei kurz darauf hingewiesen, daß die Franzosen neuerdings bei gewissen Entleerungsstörungen die Cholezystektomie durch die Sympathikotomie bzw. Vagotomie zu ersetzen bestrebt sind.

In unserem Material mußten nur zwei Fälle einer Rezidivoperation unterzogen werden. Es besagt dies nicht, daß nicht wesentlich mehr Fälle einer neuerlichen Operation unterzogen werden müssen, weil Fälle mit Fieber, Schüttelfrost und Ikterus meist gleich zum Erstoperateur gehen. Die geringe Zahl der Rezidivoperationen, die in unserem Material notwendig waren, ist dadurch zu erklären, daß wir

in allen Fällen, wo kein Abflußhindernis bestand, mit der modernen, antiseptischen Therapie und den Duodenalberieselungen zum Ziele gekommen sind. Das mechanische Abflußhindernis, sei es nun ein zurückgelassener oder neu gebildeter Stein, sei es eine Strikturen, kann nur chirurgisch angegangen werden.

Zum Schluß wenige Worte zur Erstoperation. Die Einführung der Antibiotika in die Therapie hat es uns ermöglicht, auch in hoch fieberhaften Fällen Zeit zu gewinnen und konservativ das Krankheitsbild zu beherrschen, bis die Entscheidung gefällt werden kann, ob ein chirurgischer Eingriff notwendig ist, oder die interne Behandlung ein ausreichendes Behandlungsergebnis erzielen läßt. Es hat sich dadurch eine gewisse Änderung gegenüber der früher von Chirurgen wiederholt geforderten Frühoperation ergeben. Insbesondere ermöglicht uns das Abklingen der akuten Erscheinungen, durch die verschiedenen Funktionsprüfungen der Klinik und Röntgenologie, ein Urteil über die Restfunktion der Gallenblase abzugeben. Eine Gallenblase, die noch irgendwie funktionsfähig ist, soll — unabhängig davon, ob sie Steine enthält oder nicht — geschont werden, um der späteren Dyskinesie vorzubeugen. Nur durch ein enges Zusammenarbeiten zwischen Chirurgen und Internisten, durch eine exakte Diagnosestellung vor der Operation und durch eine auf mehrere Monate nach der Operation ausgedehnte Nachbehandlung wird es möglich sein, die Spätbeschwerden nach Gallenoperationen einzuschränken bzw. zu vermeiden. Dabei wird die strikte Indikation zu einem Eingriff und insbesondere zur Entfernung bzw. Nichtentfernung der Gallenblase eine Voraussetzung bleiben. Es ist durchaus wahrscheinlich, daß, wieder mit Rücksicht auf die moderne, antiseptische Therapie, sich die Gallenchirurgie von der routinemäßigen Cholezystektomie abwendet und versucht, den Gallenabfluß in den Darm mit der Choledochoduodenoanastomie zu erreichen. Dies hat auch für eine eventuell im späteren Leben des Kranken notwendig werdende Palliativoperation bei einem Papillen- oder Pankreaskarzinom große Bedeutung.

Schlußwort zu den Aussprachebemerkungen: R. Boller: In der Literatur liegen zahlreiche Angaben von seiten der Chirurgen vor, in denen selbstkritisch zu den Folgezuständen Stellung genommen wird. Ich glaube, daß diese Selbstkritik in Wirklichkeit nur einen kleinen Teil der Fälle betrifft; bei den meisten sind Spätbeschwerden eine Folge der unrichtigen Indikationsstellung bzw. bei richtiger Indikationsstellung der mangelnden Anpassung.

Wenn Kunz für die häufige Eröffnung des Choledochus ist, so wird es um so leichter sein, die Gallenblase zu schonen, wenn sie noch irgendwie funktionsfähig ist und daß die Choledochoduodenoanastomose gute Erfolge hat, hat Finsterer ausgeführt.

Denk hat sicherlich recht, daß viele Gallensteinranke nicht operiert werden müßten, dann aber doch operiert werden, und ich glaube, daß gerade diese Fälle mit Spätbeschwerden wiederkommen.

Oppolzer sagt zu meiner Überraschung, daß er mit den Antibiotika keine Erfolge bei fieberhaften Gallenwegsaffektionen erzielen kann; wir haben diesbezüglich Ausgezeichnetes gesehen, und ich glaube, daß die Kombination der antibiotischen Behandlung mit Duodenalberieselungen, also die gleichzeitige Durchschwemmung großer Flüssigkeitsmengen durch die Gallenwege, für unsere guten Erfolge maßgebend ist. Oppolzer glaubt, daß der Umstand, daß in unserem Material zwei Drittel der Cholezystektomierten einen Leberschaden hat, dafür spricht, daß die Gallenblasenkranken zu spät dem Operateur zugewiesen werden, erwähnt aber gleichzeitig, daß in Wien 5 000 Gallenblasen operiert werden. Nach eigenen Informationen ist diese Zahl viel zu hoch; sie würde aber gerade das Gegenteil beweisen, nämlich, daß sicherlich viele Gallenblasen zu früh operiert werden.

Zum Schluß möchte ich nochmals darauf hinweisen, daß nur im Zusammenwirken von Chirurgen und Internisten die postoperativen Beschwerden wesentlich eingeschränkt oder vermieden werden könnten, und wenn Schönbauer besonders Gewicht auf die Wichtigkeit dieser gemeinsamen Tätigkeit in dem Sinne legt, daß der Internist prä-, per- und postoperativ mit dem Chirurgen den Kranken betreut, so möchte ich besonderes Gewicht darauf legen, daß der Chirurg den Gallenkranken prä- und nicht nur peroperativ mit dem Internisten gemeinsam beurteilt, damit die Operationsindikation zeitgemäß und einvernehmlich gestellt, hinausgeschoben oder abgelehnt werden kann. (Selbstberichte.)

Kleine Mitteilungen

Ärztliche Anzeigepflicht bei Unterbrechung der Schwangerschaft?

In der britischen Zone wird von den behandelnden Ärzten und Krankenhäusern vielfach noch heute auf Grund von Artikel 12 der

4. Ausführungsverordnung zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses — das nur in Bayern, Württemberg-Baden, Hessen sowie in der sowjetischen Besatzungszone ausdrücklich aufgehoben oder für vorläufig nicht anwendbar erklärt wurde — meist formular-

mäßig jede Früh- oder Fehlgeburt dem zuständigen Amtsarzt gemeldet, der darauf die Meldung an die Kriminalpolizei zur Einleitung eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens wegen des Verdachts der Abtreibung (§ 218 StGB.) weitergibt.

Gegen die Anzeigerstattung bestehen erhebliche rechtliche Bedenken. Sie stellt einen Bruch der ärztlichen Schweigepflicht dar, die durch § 13 der Reichsärzteverordnung ausdrücklich geboten ist. Dieser Bruch der durch Gesetz vorgeschriebenen ärztlichen Schweigepflicht kann nur dann rechtlich zulässig sein, wenn er ebenfalls durch Gesetz angeordnet ist oder mindestens auf einer gesetzlichen Ermächtigung beruht.

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. 7. 1933 in der Fassung des Gesetzes vom 26. 6. 1935 hat auch in den Ländern, in denen es nicht aufgehoben ist, nur noch insoweit Geltung, als es sich mit der Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation befaßt. Die 4. AusführungsVO. zu diesem Gesetz hält sich insoweit im Rahmen des Gesetzes, als sie nähere Regelungen wegen der im Gesetz vorgesehenen Schwangerschaftsunterbrechung trifft. Eine solche Regelung ist aber nicht der Artikel 12 der 4. AusführungsVO. Artikel 12 bestimmt u. a.: „Jede Unterbrechung der Schwangerschaft sowie jede vor vollendeter 32. Schwangerschaftswoche eintretende Fehlgeburt (Fruchtabgang) oder Frühgeburt ist binnen 3 Tagen dem zuständigen Amtsarzt schriftlich anzuzeigen“. Zur Anzeige sind der hinzugezogene Arzt, die hinzugezogene Hebamme und jede sonst zur Hilfeleistung hinzugezogene Person mit Ausnahme der Verwandten, Verschwägerten oder der zum Hausstand der Schwangeren gehörenden Personen verpflichtet.

Diese Anzeigeverpflichtung der 4. AusführungsVO. hat nichts mit der im Gesetz geregelten Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischer Indikation oder mit dem sonstigen Gegenstand des Gesetzes (Unfruchtbarmachung erbkranker Personen) zu tun. In AusführungsVO. zu dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses konnten nach § 17 Erbges.Ges. nur die zur Durchführung dieses Gesetzes erforderlichen Rechts- und Verwaltungsvorschriften erlassen werden. Keinesfalls war es zulässig, daß in einer zur Ausführung erlassenen Verwaltungsvorschrift ein ganz anderer Gegenstand geregelt wurde und daß zur Bekämpfung der Abtreibung eine ärztliche Anzeigeverpflichtung eingeführt wurde, die noch dazu gegen eine anderweit gesetzlich vorgeschriebene Schweigepflicht verstieß.

Daher ist die in Art. 12 der 4. AusführungsVO. angeordnete Anzeigepflicht als rechtsunwirksam anzusehen. Der Arzt, der trotzdem Fehlgeburten und Unterbrechungen der Schwangerschaft namentlich — gegen eine rein zahlenmäßige Meldung, die aus statistischen und anderen Gründen weiterhin erwünscht wäre, beständen keine Bedenken — dem Amtsarzt anzeigt, setzt sich der Bestrafung nach § 13 der Reichsärzteordnung vom 13. 12. 1935 (für Hebammen gilt § 300 StGB.) aus. Danach wird ein Arzt, der unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm bei Ausübung seines Berufs anvertraut oder zugänglich gemacht ist, mit Gefängnis bis zu 1 Jahr und Geldstrafe oder einer dieser Strafen bestraft. Ein Arzt ist nach § 13 Abs. 3 nur dann strafrei, wenn ein solches Geheimnis „zur Erfüllung einer Rechtspflicht oder sittlichen Pflicht . . . offenbart“. Das Vorliegen einer sittlichen Pflicht scheidet aus, da darunter nur die bisher von der Rechtsprechung schon anerkannten Fälle zu verstehen sind, in denen etwa ein Arzt eine ansteckende Krankheit des Bräutigams der Verlobten mitteilt. Eine Rechtspflicht liegt nicht vor, wenn die Grundlage der Anzeige, Artikel 12 der 4. AusführungsVO., keine Rechtswirkung hat.

Daher wird jeder Arzt, der heute noch namentliche Anzeigen nach Artikel 12 der 4. AusführungsVO. erstattet, ernstlich prüfen müssen, ob er diese Anzeigerstattung noch verantworten kann. Auch die Weitergabe der Anzeige durch den Amtsarzt kann als Beihilfe angesehen werden. Dabei wird ausdrücklich bemerkt, daß die Entscheidung dieser Frage mit der grundsätzlichen Einstellung zu dem § 218 StGB. nichts zu tun hat. Auch wer der Meinung ist, daß die Strafbarkeit jeder Unterbrechung der Schwangerschaft unbedingt geboten ist, darf nicht ungesetzliche Wege gehen, um die nach seiner Meinung erwünschte Verfolgung von Abtreibung herbeizuführen.

Dr. jur. Georg Schulz, Braunschweig.

Tagesgeschichtliche Notizen

— Für die im Februar einsetzende Aktion einer freiwilligen Tuberkulose-Schutzimpfung in der Deutschen Demokratischen Republik sind vorgesehen: alle tuberkulin-neg. Kinder, die vom 1. 4. 1949 bis 31. 3. 1950 geboren sind, alle tuberkulin-neg. Schüler der Geburtsjahrgänge 1936 bis 1944, tuber-

kulin-neg. Jugendliche bis zu 25 Jahren, die beruflich mit Tbc-kranken oder Tbc-infiziertem Material in Berührung kommen, ferner alle Medizinstudenten und Krankenpflegeschülerinnen, und alle sonstigen Personen, von denen die Impfung gewünscht wird, wenn sie tuberkulin-neg. sind. Es werden ferner so bald als möglich die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, die Schutzimpfungen der Neugeborenen in den geburtshilflichen Kliniken durchzuführen.

— In Bad Pyrmont ist ein Trockenbadhaus für Behandlung mit Kohensäuregas für Herz- und Kreislaufkranke eingerichtet worden.

— Eine medizinisch-naturwissenschaftliche Gesellschaft zur Förderung der wissenschaftlichen Zusammenarbeit der Kliniken und Institute ist in Wuppertal gegründet worden.

— Die Oberrheinische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie hält ihre erste Sitzung nach der Wiedergründung am 25. Februar 1951 in Freiburg Br., Univ.-Frauenklinik, Sebastian-Kneipp-Str. 13, ab.

— Der Internationale Kongreß für medizinische Anthroposophie findet vom 28. März bis 1. April 1951 in Schwäb.-Hall statt.

— Die Frühjahrstagung der Vereinigung Rheinisch-Westfälischer Dermatologen findet in Münster am 26./27. Mai 1951 statt. Thema: Periphere Durchblutungsstörungen.

— Die Tagung der deutschen Homöopathen findet am 3. Mai 1951 in Hamburg statt.

— Der Südwestdeutsche Röntgenologenkongreß findet vom 25. bis 27. Mai 1951 in Konstanz statt.

— Der Ärztliche Bezirksverein Augsburg veranstaltet am 3./4. März 1951 die 4. Vortragsreihe der Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin. Thema: Frauenkrankheiten, Geburtshilfe und Ernährungsstörungen des Säuglings. Referenten: Fikentscher, München; Bickenbach, Tübingen; Kneise, Halle; Zuckschwerdt, Göppingen; Schimert, München; Seitz, Pfaffenhofen; Dyroff, Erlangen; Lüttge, Bamberg; Gauss, Bad-Kissingen; Catej, Mammolshöhe; Weber, München und Dahr, Göttingen. Öffentlicher Vortrag von Prof. A. Mayer, Tübingen, über „Die seelischen Krisen der Frau in ihren entscheidenden Jahren“. Nächste Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin am 7./8. Juli 1951: „Herz- und Kreislaufkrankheiten, Blutkrankheiten“. Anmeldg. an Sekretariat des ärztl. Bezirksvereins Augsburg, Schüzlerstr. 19, Kursgebühr DM 5.—.

Geburtstag: 75: Prof. R. Bierich, Hamburg, am 21. 1. 51.

Ehrungen: Prof. Max Nonne wurde von der Univ. Hamburg zu seinem 90. Geburtstag am 13. 1. 51 feierlich beglückwünscht und zum Ehrensenator ernannt. Gleichzeitig wurde er zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie ernannt und erhielt die Deneke-Denkmonne verliehen. — Am 30. 1. 51 feierte der emer. Prof. und fr. Dir. der Kinderklinik in Freiburg, Prof. C. Noeggerath sein goldenes Doktorjubiläum. Bei der Glückwunschfeier der Univ. Freiburg wurde ihm die akademische Ehrenurkunde der med. Fak. Leipzig überreicht. — Prof. E. Rothlin, Basel, von der Akademie der Univ. Coimbra und der Societä di Farmacologia zum Ehrenmitglied ernannt. — Dr. Karl Merck, Seniorchef der Fa. E. Merck, Darmstadt, wurde zu seinem 65. Geburtstag der Ehrendoktor der naturwiss. Fak. der T. H. Darmstadt verliehen.

Hochschulnachrichten: Freiburg: Prof. F. Zöllner, o. Prof. für HNO-Heilk., hat einen Ruf an die Univ. Wien abgelehnt.

Göttingen. Prof. H. G. Bode hat die Berufung auf das Ordinariat für Dermatologie nach Hamburg nicht angenommen. — Oberarzt Prof. K. H. Schäfer auf das Ordinariat für Kinderheilkunde nach Hamburg berufen.

Hamburg. Prof. G. Budelmann hat als Gast an der Nobelpreisfeier in Stockholm teilgenommen. — Prof. R. Hansen hat Lehrbefugnis f. Frauenheilk. u. Geburtsh. (nicht f. physiol. Chemie) wieder erhalten. — Doz. P. Jordan ist von seiner Stellung als Oberarzt der Hautk. u. Polikl. zurückgetreten u. aus dem Lehrkörper ausgeschieden. Leipzig. Dr. med. habil. H. Dost wurde die Lehrbefugnis f. Kinderheilk. wieder erteilt.

Zürich. Priv.-Doz. Dr. B. Milt wurde zum ao. Prof. f. Geschichte der Medizin und Biologie und z. Dir. des medizingesch. Inst. gewählt.

Todesfälle: Prof. J. Bonvicini, Tulln bei Wien, am 27. 1. 51, 79j. — Internist Dr. G. Riebold, Dresden, am 20. 12. 50, 73j.

Diesem Heft liegen folgende Prospekte bei: Chemische Werke Minden G.m.b.H., Minden — A. Nattermann & Co., Köln — Frankfurter Arzneimittelfabrik G.m.b.H., Frankfurt — Dr. Willi Benend K.G., München-Solln.

Bezugsbedingungen: Vierteljährlich DM 6.—, für Studenten und nicht vollbezahlte Ärzte DM 4.40 vierteljährlich zuz. DM —.75 Postgebühren. In der Schweiz Fr. 7.70 einschl. Porto; in Österreich S 33.60 zuz. Porto; in den Niederlanden hfl. 5.50 + 1.10 Porto; in USA \$ 1.45 + 0.30 Porto; Preis des Heites DM —.80. Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um ¼ Jahr, wenn nicht eine Abbestellung bis zum 15. des letzten Monats eines Quartals erfolgt. Alle 8 Tage erscheint ein Heft. Verantwortlich für die Schriftleitung: Prof. Dr. Landes und Dr. Hans Spatz, München 38, Eddastr. 1, Tel. 30477. Verantwortlich für den Anzeigenteil: Karl Demeter, Anzeigenverwaltung, Gräfelring vor München, Würmstr. 13, Tel. 89345. Verlag: J. F. Lehmann, München 15, Paul-Heyse-Str. 26, Tel. 56396. Postscheck München 129, Konto 408 264 bei der Bayerischen Vereinsbank München. Druck: Carl Gerber, München, Angertorstraße 2.