

VERHANDLUNGEN ÄRZTLICHER GESELLSCHAFTEN

Medizinische Gesellschaft Düsseldorf

Sitzung vom 13. Juli 1966

Vorsitz: K. GREEFF.

ARBAB-ZADEH, A. (Düsseldorf): **Die derzeitige Tendenz der Rechtsprechung über die ärztliche Aufklärungspflicht.** Unter Hinweis auf die besondere Auffassung der Rechtsprechung in der Bundesrepublik von der ärztlichen Aufklärungspflicht und auf die Tatsache, daß der ärztliche Eingriff von der Rechtsprechung nach wie vor als eine Körperverletzung angesehen wird, die lediglich nach Erfüllung bestimmter Voraussetzungen nicht unter Strafe gestellt wird, vergleicht der Verf. einige Urteile aus verschiedenen Etappen der deutschen Rechtsprechung über die Fragen der Einwilligung und der ärztlichen Aufklärungspflicht und hebt dadurch hervor, daß seit dem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 16. Okt. 1962 eine neue Tendenz in der Rechtsprechung bezüglich der Einwilligung und der ärztlichen Aufklärungspflicht erkennbar ist, welche auf eine Annäherung an den Standpunkt der Ärzteschaft zu dieser Frage ausgerichtet zu sein scheint. Die sowohl bei Juristen als auch bei den Ärzten zur Zeit übereinstimmend herrschende Lehrmeinung gibt der Verf. mit folgenden Sätzen wieder: Die ärztliche Aufklärung wird grundsätzlich als Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit der Einwilligung zu jeglicher Heilbehandlung angesehen. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten erfordert es, daß er über das, was mit ihm im Rahmen einer ärztlichen Heilbehandlung geschieht, in geeigneter Weise informiert wird. Der Arzt muß wissen, daß die ausgebliebene oder mangelhafte Aufklärung des Patienten, die diesen in völliger Dunkelheit über seinen Gesundheitszustand läßt, ja sogar falsche Hoffnungen in ihm erweckt, ebenso unangebracht ist wie eine Aufklärung, die Gedanken an den Tod in dem Maße erweckt, daß Hoffnung und Mut zum Weiterleben vernichtet werden. Der Arzt hat die wichtige Aufgabe, nach gründlicher Abwägung der gegebenen Umstände und unter Berücksichtigung des psychisch-physischen Zustandes seines Patienten eine Entscheidung zu treffen, die sowohl seiner Aufklärungs- als auch seiner Heilungspflicht gerecht wird. Die wichtigsten Gesetze des ärztlichen Wirkens sind nach wie vor: „salus aegroti“ und „nihil nocere“. Sich als Jurist über diese traditionellen moralischen Gesetze des ärztlichen Wirkens hinwegzusetzen ist ebensowenig sachdienlich wie das Ignorieren des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten durch den Arzt.

Diskussion: MEESSEN, KUHLENDahl, GREEFF.

REH, H. (Düsseldorf): **Seifenintoxikation.** Die Seifenintoxikation stellt eine seltene, meist tödlich verlaufende Komplikation des Seifenaborts dar. Sie beruht auf einer Einschwemmung von Seifenwasser in die intervillösen Räume oder die Gefäße des verletzten Myometriums. Es kommt zur allgemeinen Hämolyse mit Auftreten von Hämoglobin, Methämoglobin, Bilirubin und Hämatin in Blut und Urin. Der Verlauf der Vergiftung hängt ab von Menge, Konzentration und Druck der instillierten Seifenlösung. Klinisch besteht neben einem schweren Kreislaufkollaps eine Niereninsuffizienz, die zur Anurie und Tod an Urämie führt. Der Exitus tritt in der Regel nach 2–4 Tagen ein; es kommen auch Überlebenszeiten bis zu 14 Tagen vor. Intra vitam wird die Seifenintoxikation selten diagnostiziert, da die Ätiologie wegen der zu befürchtenden Strafverfolgung vielfach unbekannt ist. — Der forensische Nachweis ist durch die Sektion und die chemisch-toxikologische Untersuchung in Verbindung mit den polizeilichen Ermittlungen am Tatort zu erbringen. Pathologisch-anatomisch ergibt sich ein Zustand nach Abort mit herdförmiger Hyperämie, Hämolyse, Hämorrhagie, Thrombose, Nekrose und Demarkation sowohl in der Decidua als auch im Myometrium, besonders an der Placentarhaftstelle. Ähnliche Befunde sind zuweilen an den Tuben und Ovarien zu erheben. Die Nieren zeigen regelmäßig eine akute Nephrose, die bis zur völligen Tubulonekrose reichen kann und häufig mit einer hämoglobinurischen Nephroblastose im Sinne einer Crush- oder Schockniere kombiniert ist. Die schwerste Schädigung stellt die symmetrische bilaterale Rindennekrose dar, die ebenfalls unspezifisch ist; sie kommt auch vor bei vorzeitiger Placentarlösung, Eklampsie, Tod unter der Geburt, im Schock, nach Infektionen und Vergiftungen. Ein charakteristischer Befund scheint das generalisierte Shwartzman-Phänomen zu sein mit hämorrhagischer Infarzierung der

Nebennieren, Blutungen in den Herzmuskel und unter die serösen Häute. Das foudroyant verlaufende Krankheitsbild wird mit der antibiotischen Behandlung in Zusammenhang gebracht und als Endotoxinschock aufgefaßt. — Ein sehr wesentlicher, allerdings nicht obligatorischer Befund ist das Auftreten von fettanfärbbaren Substanzen (vorwiegend Neutralfette) in den Organen, besonders im Endo- und Myometrium sowie in Lunge und Nieren in Form einer Hyperlipidämie bzw. Hyperchylomikronämie, die histomorphologisch ohne weiteres von der klassischen traumatischen Fettembolie zu unterscheiden ist. Für den histochemischen Nachweis hat sich die Färbung mit Sudan IV (Scharlachrot) besonders gut bewährt. Die Genese der Neutralfette beruht auf einer intravasalen Fettsynthese aus den zu Fettsäure und Alkali dissoziierten Seifen.

Diskussion: MEESSEN, ZINDLER, HUTH, GREEFF.

PULVER, K.G. (Düsseldorf): **Die Ischämietoleranz des menschlichen Herzens.** Für die moderne Herzchirurgie ist die Kenntnis der Ischämietoleranz des Herzens von entscheidender Bedeutung. Im Zusammenhang mit vergleichenden Untersuchungen über die Kardioplegietoleranz des menschlichen Herzens an 1000 Patienten, die mit Hilfe extrakorporaler Zirkulation zur Korrektur von Fehlern am Herzen und an den großen Gefäßen in der Düsseldorfer Klinik operiert wurden, ergaben sich interessante Befunde, die zur Klärung der Ischämietoleranz des menschlichen Herzens beitragen können: Es wurden bei 297 Patienten einmalige Herzischämien über eine Dauer von 1–144 min im Temperaturbereich zwischen 35° und 5° C durchgeführt. Als klinisch entscheidende Parameter zur Beurteilung der Ischämietoleranz wurden die Wiederbelebarkeit der narkotisierten Herzen sowie die Entlassungsfähigkeit der Patienten näher untersucht. — Unter Berücksichtigung eventueller Vorschädigung sowie der Operabilität der Herzen konnte festgestellt werden, daß bei nicht vorgeschädigtem Myokard und ideal korrigierbaren Vitien die Ischämietoleranz bei 35° C ca. 15 min, bei 25° C ca. 30 min, bei 15° C ca. 60 min und bei 5° C ca. 120 min beträgt. Das ergibt einen Q_{10} von 2,0; d. h.: eine Temperatursenkung um 10° C erhöht die tolerable Ischämiezeit jeweils auf das Doppelte.

Diese Toleranzen gelten allerdings nur, wenn das Herz während der Erholungslatenz keine Arbeit zu leisten braucht und die Coronarperfusion künstlich durchgeführt wird.

Diskussion: KONRAD, BIRKS, MEESSEN, POCHÉ.

Sitzung vom 11. Mai 1966

Vorsitz: K. GREEFF.

JAHNKE, K. (Düsseldorf): **Das Syndrom der idiopathischen Hyperlipämie mit Diabetes mellitus und seine klinische Bedeutung.** Die Vermehrung der Serumlipide bei schlecht eingestelltem Diabetes ist seit langem bekannt. Sie geht immer mit einer Vermehrung der Ketokörper im Blut einher und verschwindet, wenn der Diabetes wieder unter Kontrolle kommt. In manchen Fällen bleibt eine Hyperlipämie (milchiges Serum!) aber auch nach völliger Kompensation des Diabetes bestehen. Auch können extreme Formen von Hyperlipämie bei ganz mildem Diabetes beobachtet werden. Umgekehrt zeigten systematische Untersuchungen bei der sog. idiopathischen Hyperlipämie außerordentlich häufig (in 80%) Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels. Dabei handelte es sich zumeist um einen manifesten, aber milden Diabetes oder um einen latenten Diabetes. Einer massiven Hyperlipämie ohne Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels kann ein Diabetes in wenigen Jahren nachfolgen.

Diese Fälle von idiopathischer Hyperlipämie mit Diabetes mellitus zeigen einige Besonderheiten: 1. Auftreten vorzugsweise im 5.–7. Lebensjahrzehnt. 2. Ausgeprägte Neigung zu Übergewicht und Adipositas. 3. Hohe Frequenz degenerativer Gefäßveränderungen, insbesondere Coronarerkrankungen. Offensichtlich handelt es sich um ein besonderes klinisches Syndrom, das sich von der essentiellen Hyperlipämie im jugendlichen Alter nicht nur durch die fast regelmäßige Koinkidenz mit diabetischen Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, sondern auch durch das seltene Auftreten xanthomatöser Veränderungen unterscheidet.

Bei systematischen Untersuchungen wird dieses Syndrom relativ häufig angetroffen. Wegen der ausgeprägten arteriosklerotischen Gefäßkomplikationen ist die Prognose nicht gut.