Boehms beruflicher Lebensweg war indessen nicht so glatt, wie es nach diesen äußeren Daten erscheinen mag. Die Großzügigkeit seiner Anschauungen in beruflichen Dingen, nicht zuletzt geboren aus der Erkenntnis der zeitlichen Bedingtheit der meisten medizinischen Systeme, sein Persönlichkeitsideal, die Verkörperung eines gelegentlich etwas distanzierenden Herrentums, schaffte ebensosehr Gegner wie die Eigenart seiner Fächer, die noch, insbesondere in Deutschland, durchaus im Kampf um ihre Selbständigkeit stehen. Andererseits wurde seine lebenskluge Mäßigung gegen übersteigerte Zentralisierungspläne anfangs oft nicht in ihrer Notwendigkeit erkannt. Boehm hat durch den außerordentlichen Aufstieg der Entwicklung seiner Institute bewiesen, daß diese seine Haltung die richtige war. Insgesamt war und ist ja die Stellung der beiden Fächer in Deutschland hinter derjenigen in den meisten Kulturstaaten des Auslandes sehr weit zurück, und Boehms Tod bedeutet gerade deswegen einen außerordentlichen Verlust, besonders in der schwach besetzten Phalanx der physikalischen Therapie.

Seine Persönlichkeit war außerordentlich vielseitig: sie war charakterisiert durch vornehme Eleganz und eine hochgezüchtete persönliche Kultiviertheit in allen Dingen des Lebens einerseits, enge Naturverbundenheit wie tiefes Verständnis für das einheimische Brauchtum andererseits. Boehm bewegte sich mit derselben Selbstverständlichkeit in höchsten Kreisen, auch des Auslandes, wie er mit seinen Jägern Volksfeste feierte, in stilstrengen internationalen Kongressen wie inmitten überzeugter Anhänger Kneippscher Prinzipien. Entsprechend ihrer Vielseitigkeit bot seine Individualität eine Vielzahl differenter Aspekte, deren innere Einheit der einfache Mensch und der Patient fühlte, der Kritiker naturgemäß nicht immer erfassen konnte.

Seinen Mitarbeitern war Boehm ein freundlicher, entgegenkommender Chef, insbesondere sofern er sie zu seinem Kreise rechnen konnte; gegenüber den anderen war
er von liebenswürdiger Distanziertheit. Aber auch hier
schlug er ungern etwas ab, eine Tatsache, welche seine
Oberärzte manchmal vor schwierige organisatorische Aufgaben stellte. Auch einfache Menschen konnte er mit
geradezu erstaunlicher Anhänglichkeit umsorgen; noch
auf seinem Krankenbett war es ihm ein ernstes Anliegen,
daß sein längst verstorbener Laborant Josef Müller durch
eine Veröffentlichung von dritter Seite in ein nicht geradezu freundliches Licht gekommen war. Auch seinen Tieren
ließ er eine sehr warme Obsorge zuteil werden.

Boehm konnte im übrigen entgegen der Fama durchaus andere Anschauungen vertragen; noch im vorletzten Jahr zog er zu wichtigen Besprechungen usw. Vertraute scherzend mit dem ausdrücklichen Auftrag eines Advocatus diaboli oder Oppositionsführers zu, allerdings, die Form mußte entsprechend sein. Eine Bemerkung Boehms eineinhalb Jahr vor seinem Tode zeigte dem Verfasser die Tragik, welche über den späten Altersjahren bei Typen wie Boehm zwangsläufig liegen kann, denen das Informbleiben oberstes Gesetz ist, das nach dem eigentlichen Einbruch des Alters innerlich und äußerlich allmählich naturgemäß immer schwieriger werden und schließlich auch da und dort jäh durchbrochen werden kann.

Im Privatleben war Boehm, der erst nahe der 50er Jahre heiratete, ein Gatte von einer Besorgtheit und Vorbildlichkeit, wie sie wohl keiner seiner Assistenten je erreichte. Seine durch alle politischen Situationen gehaltene Treue zu den Wittelsbachern, mit welchen ihn mehr als nur die ärztliche Tätigkeit verband, ist bekannt.

Gegenüber Patienten war er, ob arm oder reich, von unendlicher Geduld. Durch sein Verständnis für psychischfunktionelle Zusammenhänge war er bereits während seiner Oberarztzeit der gern geduldete Gegenspieler seines anders eingestellten Chefs Geheimrat v. Müller. Boehm-

Patienten waren auf mancher Station nicht gerne gesehen, weil bei ihnen in der psychischen Behandlung jede Konkurrenz versagte. Es war deswegen auch selbstverständlich, daß die Boehmschen Verordnungen manchmal nur aus seiner Hand wirkten. Begreiflicherweise stießen diese Tendenzen im Beruflichen und in der Krankenbehandlung im engen Raum des ärztlichen Seins gelegentlich auf harten Widerstand. Sie waren teils anderswo nicht tragbar oder, wie manche seiner Anschauungen, um ein bis zwei Jahrzehnte zu früh vorgetragen worden.

Damit sei der Versuch einer Schilderung der Persönlichkeit Boehms geschlossen. Boehm hätte ohnehin hiezu wahrscheinlich die Frage gestellt, ob man denn den geplagten Ärzten so viel Zeit wegnehmen dürfe, ob es sich überhaupt lohne, Leben mit Worten erfassen zu wollen; in einem besinnlichen Augenblick, wie er gelegentlich auch dem Außenstehenden merklich wurde, hätte er vielleicht mit leisem Lächeln darauf verwiesen, daß für die Nachwelt nicht der gründlichste, sondern der zufällig übriggebliebene Nekrolog maßgebend zu sein pflege. Die ihm wesensmäßig sicher nahe liegende Frage des Pilatus wäre, aus Höflichkeit und weil sie etwas abgebraucht ist, unausgesprochen geblieben.

Wir alle, die wir seine engeren Mitarbeiter sein durften, werden seine Persönlichkeit in bleibender Erinnerung behalten und danken ihm insbesondere für sein ärztlichmenschliches Vorbild und die vielen Imponderabilien der Lebensführung, mit denen er uns vertraut gemacht hat. Vor allem aber haben wir den Wunsch, daß das, was an dem Erbe Boehms in Zukunft für einen größeren Kreis Bedeutung haben kann, nämlich die Selbständigkeit, Einheit und Zielsetzung seines Institutes mit seiner altbewährten Kombination aus den zwei sich ergänzenden, hier organisch verwachsenen Fächern von maßgebender Seite rechtzeitig in seiner Bedeutung erkannt und allen Schwierigkeiten zum Trotz bewahrt werden möge.

Anschr. d. Verf.: München 8, Städt. Krh. r. d. Isar, Ismaningerstr. 22.

Fragekasten

Frage 25: Welche strafrechtlichen bzw. zivilrechtlichen Folgen können für einen Arzt bzw. die übrigen Beteiligten eintreten, wenn z.B. eine Mutter eines oder mehrerer Kinder durch Unterlassung eines "direkten Angriffes" bei der Geburt geopfert wird? (Im Buch "Der Kardinal" von Morton wird die Anschauung bezüglich Opferung der Mutter z.B. vertreten.)

Antwort: Nach der Auffassung, die das Reichsgericht in RGStr. 61, 247 (1927) und 62, 147 (1928) entwickelt hat und die dann später in § 14 Ges. z. Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14.7. 1933 übernommen worden ist, handelt ein Arzt im Falle der medizinisch indizierten Schwangerschaftsunterbrechung nicht rechtswidrig. Von dieser Ansicht soll, wenn sie auch im Schrifttum auf Widerspruch gestoßen ist (so bei Hermann Marx, Grundprinzipien des Rechts und übergesetzlicher Notstand 1933 S. 24: nur Schuldausschließungsgrund, Karl Peters, Abtreibung in: Die Kirche i. d. Welt, 1. Jahrg. 1947 S. 74, ferner Jur. Rundschau 1949 S. 497 und neuerdings sehr eingehend Heribert Waider, Die "Rechtswidrigkeit des artifiziellen Abortes und der Perforation in medizinisch indizierten Fällen", Köln, Diss. 1950: nur Strafausschließungsgrund), hier ausgegangen werden, zumal auch der BGH. sich der reichsgerichtlichen Auffassung angeschlossen hat (NJW. 1951 S. 412 Nr. 26). Die Rechtfertigung einer Handlung birgt nicht die Pflicht zum Handeln in sich. Auch aus dem ärztlichen Berufsrecht oder der Ubernahme der Behandlung der Frau, die das Kind erwartet, kann keine Verpflichtung des Arztes hergeleitet werden, den Eingriff vorzunehmen. Das ist um so weniger möglich, als das Reichsgericht ausdrücklich betont hat, daß seine Entscheidung nur die rechtliche Wertung berühre, die sittliche Wertung aber offen lasse. Hinzu kommt, daß Art. 4 BGG. die Gewissensfreiheit garantiert. Es kann niemand rechtlich gezwungen werden, gegen sein Gewissen zu handeln.

Soweit sich das juristische Schrifttum mit der gestellten Frage befaßt hat, gehen die Ansichten übereinstimmend dahin, daß die Unterlassung einer medizinisch indizierten Schwangerschaftsunterbrechung keine Verletzung einer Rechtspflicht bedeute und daß daher keine zivilrechtlichen oder strafrechtlichen Nachteile für den Arzt oder sonstige Beteiligte aus der Unterlassung hergeleitet werden könne. Eberhard Schmidt, der auf dem Boden der reichsgerichtlichen Auffassung steht, führt SJZ. 1949 Sp. 564 aus: "Eine Rechtspflicht, in den Konflikt der Rechtsgüter einzugreifen, hat der Arzt nicht gehabt. Hätte er sich etwa, bekannten katholischen Grundsätzen folgend, angesichts des Konfliktfalles von der Behandlung zurückgezogen und die Schwangere ihrem Schicksal überlassen, niemand hätte ihm Verletzung einer Rechtspflicht, die Gesundheitsinteressen der Schwangeren wahrzunehmen, vorwerfen können. Selbst nach dem Erbgesundheitsgesetz ist kein Arzt verpflichtet, eine lebensrettende Schwangerschaftsunterbrechung vorzunehmen. Nur das Recht zu einer solchen hat die Entscheidung des RG. vom 11.3.1927, hat das Erbgesundheitsgesetz im Anschluß an diese Entscheidung feststellen wollen." Diese Ausführungen decken sich mit dem in dem angeführten Artikel: Abtreibung von mir aufgestellten Satz: "Der Arzt, der aus seinem Gewissen heraus die medizinische Schwangerschaftsunterbrechung ablehnt, macht sich weder strafrechtlich noch zivilrechtlich haftbar." Eingehend ist diese Ansicht auch von Waider a. a. O. S. 439 begründet. worden.

Es kann daher die gestellte Frage dahin beantwortet werden: Ein Arzt, der eine Mutter eines oder mehrerer Kinder durch Unterlassung eines "direkten" Angriffes bei der Geburt nicht rettet, hat keine zivilrechtlichen oder strafrechtlichen Folgen zu erwarten.

Prof. Dr. jur. Karl Peters, Münster.

Frage 26: 25j. Landwirt, hat im Jahre 1944 eine Granatsplitterverwundung des rechten Kniegelenkes erlitten (Einschuß in der Kniekehle). Die Narbe ist völlig reaktionslos, das Kniegelenk ist komplett in Streckstellung versteift (Gelenkspalt völlig verschwunden, hinter den medialen Tibiaknorren sieht man am Rö.-Bild zahlreiche metallische Fremdkörper). Wie sind die Möglichkeiten bzw. Aussichten einer Plastik, um eine Beweglichkeit zu erzielen? Der Patient ist ansonsten kerngesund, kräftig und intelligent und wünscht sehnlichst ein bewegliches Knie, vor allem wegen des Traktorfahrens.

Antwort: In dem geschilderten Falle erscheinen mir die Möglichkeiten für die Durchführung einer Kniegelenksplastik für gegeben und die Aussicht für den Erfolg bei sachgemäßer Durchführung günstig. Insbesondere ist die Angabe wichtig, daß der Patient einem wiederherstellenden Eingriff positiv gegenübersteht und daher die Energie aufbringen wird, die für die Durchführung der längeren physikalischen und gymnastischen Nachbehandlung unerläßlich ist. Die unmittelbare postoperative Nachbehandlung ist heute ja bekanntlich durch die Möglichkeiten der Anwendung antibiotischer Mittel wesentlich erleichtert.

Prof. H. v. Seemen, München.

Referate Kritische Sammelreferate

Aus der Chir. Klinik des St.-Marien-Krankenhauses Frankfurt/M. (Direktor: Prof. Dr. H. Flörcken)

Kleine Chirurgie

von Heinz Flörcken

Einer Arbeit von Hermann Hegnauer, München (Zur Bedeutung der Sexualhormone für die Karzinogenese. Med. Klin. 50, 1951), entnehme ich, daß die oestrogenen Substanzen von Butenandt lediglich in die Gruppe der "bedingt krebsauslösenden Stoffe" eingereiht werden muß und daß auch das Gelbkörperhormon die Entwicklung des Brustdrüsenkrebses in keiner Weise fördert. Dem Testosteron scheint eine gewisse Bedeutung für die Entstehung des Prostatakarzinoms zuzukommen. Für den Brustkrebs der Frau hat sich neben der Ausschaltung der Sexualdrüsen die Behandlung mit männlichen Wirkstoffen eingebürgert, das Verfahren stellt aber lediglich eine palliative Maßnahme dar. Für einen einigermaßen sicheren Erfolg sind hohe Dosen (100-200 mg Androgenstoffe bei eine Gesamtdosis von 2-3 g pro Kur) nötig. Beträgt die hormonale Erfolgsquote beim Brustdrüsenkrebs 20-30%, so liegt sie für die Behandlung des Prostatakarzinoms mit oestrogenen Substanzen mit 80% wesentlich höher. Daß durch diese Hormonmedikation mal in einzelnen wenigen Fällen Mammakarzinome induziert werden (Liebegott, Klin. Wschr. 1948), beeinträchtigt das Verfahren nicht. Bei den vielfach ambulant durchgeführten Hormonbehandlungen hat die Arbeit ihre Bedeutung auch für die "Kleine Chirurgie".

G. Wolfsohn, Jerusalem (J. Int. Coll. Surg. Juni 1951), empfrehlt zur Verhütung von anaphylaktischen Serumreaktionen auf Grund einer elfjährigen Erfahrung die gleichzeitige Injektion von 1% iger Procainlösung mit 14 Tropfen Epinephrin auf 100 ccm. Die Menge hängt ab von der Größe der Serumgabe, 5 ccm Procain genügen für 1—2 ccm Serum, für 5 ccm Serum sind 10—20 ccm Procain erforderlich. Bei größeren Serumgaben, besonders bei Kindern, nimmt man eine 0,5% ige Procainlösung. Zuerst wird die Procainlösung i. m. injiziert, nach einigen Minuten wird durch die liegengebliebene Kanüle das Serum gegeben; wichtig ist, daß das Serumdepot allseits von der Procainlösung umgeben ist.

In einem Aufsatz über Dauerergebnisse der Chirurgie der Durchblutungsstörungen (N. med. Welt 1950) weist der Verfasser auch hin auf die von Sauerbruch vor Jahren angegebenen "multiplen Inzisionen", einen Eingriff, der manchmal noch als letzter Versuch Erfolg hatte. Dabei werden zahlreiche Inzisionen durch Haut und Faszie des Ober- und Unterschenkels (Ober- und Unterarm) gelegt.

Hans Bartholomé (Zbl. Chir. 1951) berichtet über 162 aseptische Operationen, bei welchen er als Nahtmaterial Supramidextrafäden (Bad. Anilin- und Sodafabrik) mit Erfolg benützte; eine Wundinfektion, die er erlebte, hält er nicht für nahtmaterialbedingt, bei 3 Fisteln stießen sich 1—2 Subkutannähte ab. Die Glätte und Elastizität erfordert ein dreifaches Knotenschlingen. Besonders für die Verhältnisse eines kleinen Landkrankenhauses mit gefährdeter Asepsis ist das neue Nahtmaterial zu empfehlen, da es sich doch auch bei "hochaseptischen Eingriffen" (z. B. Gelenkoperationen) bestens bewährt. Aus eigener Erfahrung weiß ich die Supramidfäden zu schätzen, ihre Verwendung sollte aber auf rein aseptische Operationen beschränkt bleiben; bei Infektionen kommt es, wie bei anderen nicht resorbierbaren Fäden, u. U. zu langwierigen Fisteleiterungen. Im Schrifttum ein Fall von tödlicher postoperativer Nachblutung, bedingt durch Abgleiten des glatten Fadens (Ref.).

Auch für das Arbeitsgebiet der "Kleinen Chirurgie" dürfte das Buch von Paul Rostock: **Tetanus** (Chirurgie in Einzeldarstellungen, Berlin, W. de Gruyter 1950) willkommen sein. Prophylaxe und Therapie werden weitgehend gewürdigt, die Antibiotika und Curare vermochten die Letalität nicht nennenswert zu beeinflussen.

H. C. Hesseline und H. D. Priddle (Amer. J. Obstetr. Juni 1951) befassen sich mit der Möglichkeit, die akute puerperale Mastitis zu kupieren und nicht zur Abszedierung kommen zu lassen. Die Anfangsdosis von 240 000 E. Penicillin in 24 Stunden 1948/49 wurde später erhöht auf 600 000 E. und schließlich auf 1 200 000 E., die bis 48 Stunden nach Normalisierung der Temperatur gegeben wurden. Dabei wurden die Patientinnen hospitalisiert, das Abpumpen der Milch wurde sofort eingestellt, strengste Ruhigstellung der Brüste. Von 35 an akuter Mastitis erkrankten Müttern unter insgesamt 3931 Wöchnerinnen zeigte so keine eine Abszeßbildung. Als vorbeugende Dosis bei den ersten Anzeichen einer Mastitis sind i. allg. 6—800 000 E. pro 24 Stunden ausreichend. Der frühe Beginn der Therapie ist wesentlich für eine erfolgreiche Behandlung.

Nach Rudolf Stewens, Wuppertal-Elberfeld (Dtsch. med. Wschr. 1951, 52: 1656), konnte durch Einführung der Trockenbehandlung der Brustwarzen mit Palliacolpuder die Häufigkeit der abszedierenden Mastitis im Wochenbett von 1,7% zur Zeit der Salbenbehandlung auf 0,85% gesenkt werden. Nach Zusatz von Sulfonamiden zum Palliacol (Präparat der Firma Dr. A. Wander) verringerte sich diese