

**Richtigstellung zu der Arbeit „Beobachtungen über den Einfluß der Typhusschutzimpfungen auf den Verlauf typhöser Erkrankungen von K. W. Essen, F. Hoffmann u. F. Boldt“, Dtsch. med. Wschr. 1949, 21.**

Von K. W. Essen

In der ob. angeführten Veröffentlichung hatten wir unter Verwendung einer von Heidenhain angegebenen Formel an Hand eines Materials von 515 Fällen den statistisch gesicherten Nachweis zu führen versucht, daß, gemessen an der Letalität und Rezidivrate kurzfristig (1—7 Tage) vor Ausbruch eines Typhus geimpfte Personen erheblich gefährdeter erscheinen als nicht Geimpfte. Dagegen schien die gleiche Formel den statistisch gesicherten Schluß zu erlauben, daß, wenn die Impfung 2 bis 4 Wochen vor dem Manifestwerden der typhösen Erkrankung erfolgte, Sterblichkeit und Rückfälligkeit dieser Personen niedriger lagen, als bei nicht Geimpften. Die Dauer des Impfschutzes wurde auf sechs Monate berechnet.

Inzwischen ist durch eine Veröffentlichung von Geks (Med. Klin. 1949: 730) die Unzuverlässigkeit der Heidenhainschen Formel nachgewiesen, was auch aus einer persönlichen Zuschrift von E. Weber hervorging. Die Nachprüfung der von uns gefundenen Differenzen zwischen den einzelnen Beobachtungsreihen mit der T-Probe (Geks, Weber) und mit den Kollerschens Tafeln (K. Scheer) ergab in fast allen Fällen, daß die beobachteten Unterschiede doch im Bereich der zufälligen Streuung liegen, so daß die von uns in der o. a. Arbeit gezogenen Schlüsse in ihrer Formulierung nicht aufrechterhalten werden können. Lediglich die außerordentlich häufige Rezidivneigung der in die Spätinkubation Geimpften gegenüber nicht geimpften Personen ergibt einen mit T-Probe nachweisbaren signifikanten Unterschied, der aber nicht überwertet werden darf, da das geprüfte Material immer noch nicht groß genug erscheint.

Wir können somit nur folgern, daß, in Übereinstimmung mit Veröffentlichungen von klinischer und pathologisch anatomischer Seite (Katsch, Rössle) auch nach unseren Fällen eine besondere Gefährdung von Typhuskranken dann entstehen kann, wenn diese 1 bis 7 Tage vor Ausbruch ihrer Erkrankung schutzgeimpft worden sind. Die Sammlung weiterer Erfahrung zu dieser Frage erscheint dringend wünschenswert, um von der klinischen Einzelbeobachtung zu auch statistisch gesicherter Erkenntnis zu kommen. Die von uns mitgeteilte Tatsache, daß ein Optimum des Impfschutzes dann vorliegt, wenn der Typhus 2—4 Wochen nach der Vakzination ausbricht, ist zwar auch nicht als statistisch gesichert anzusehen, findet aber in einer Veröffentlichung von R a e t t i g (Dtsch. Gesdh.wes. 1948: 486) ein interessantes Analogon. Dieser Autor berechnet nämlich an Hand mehrerer tausend Fälle den Zeitpunkt des günstigsten Einflusses der Schutzimpfung auf die Sterblichkeit auf 4 bis 8 Wochen.

(Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. med. Werner Essen, (24b), Eutin, Bismarckstraße 16)

**FRAGEN AUS DER PRAXIS**

**Frage: Diphtherieserum oder Penicillin?** Die Behringsche Forderung nach frühestmöglicher Anwendung des antitoxischen Serums bei Diphtherie (erster spätestens zweiter Krankheitstag) als Voraussetzung für jedweden Erfolg bei Antitoxintherapie dürfte in Klinik und Praxis nur selten erfüllt werden. Die Erfolge bei Diphtheriebehandlung sind mit Antitoxin daher im ganzen nur wenig befriedigend und wenig eindeutig. Da nach neuerer Ansicht bei der Diphtherie nicht nur eine Toxinämie, sondern zugleich eine Bakteriämie besteht, liegt es auf der Hand, in jedem Diphtheriekrankheitsfalle Penicillin, das sich als antibakterielles Mittel bei der Diphtherie gut bewährt hat, anzuwenden. — Kann nun Penicillin die Behandlung mit Diphtherie-Antitoxin ersetzen? — Gilt Unterlassung von Diphtherieserumgabe bei klinisch einwandfreier Diphtherie als ärztlicher Kunstfehler, wenn statt dessen Penicillin verabreicht wird?

**Antwort:** Die Wirkung von Penicillin bei schweren Fällen von Rachendiphtherie — und nur bei solchen ist die Wirksamkeit einer Behandlungsmethode wirklich zu beurteilen — ist umstritten, nach eigenen Erfahrungen zum mindesten nicht entfernt so eindrucksvoll, wie die Penicillinwirkung bei vielen anderen Infektionen. Infolgedessen würde ich, solange nicht Antibiotika mit ausgesprochen antidiphtherischer Wirksamkeit bekannt sind, niemals wagen, auf das Diphtherieserum zu verzichten, trotz mancher Mängel, die man dem Diphtherie-

serum berechtigt und auch unberechtigt vorwirft. In allen schweren Fällen ist ein zusätzlicher Versuch mit hohen Penicillindosen durchaus berechtigt, wobei intravenöse Gabe mit dem Ziel raschester Wirkung anzuraten ist. Sehr eindrucksvolle Erfolge erlebt man hingegen mit der zusätzlichen Penicillinbehandlung des akuten Kehlkopfkrupps, der in vielen Fällen ein diphtherischer zu sein pflegt; die Wirkung erstreckt sich hier vielleicht nicht so sehr auf Diphtheriebazillen als auf saprophytische und pyogene Kokken, welche sowohl beim Diphtherie- wie beim Grippekrupp als Entzündungserreger auf der Schleimhaut eine Rolle spielen (vgl. dazu besonders Windorfer in dieser Zeitschrift 1950: 923). — Das Unterlassen einer nach wie vor üblichen und empfehlenswerten Serumtherapie der Diphtherie sollte man trotzdem nicht als „Kunstfehler“ im juristischen Sinne ansprechen, zumal es unbestreitbar ist, daß manche Diphtherien ohne Serum heilen und andere trotz frühzeitiger Serumwendung zugrundegehen; man soll es der Verantwortung eines Arztes anheimstellen, ob und wann bestimmte Gründe ihm ein Abweichen von der allgemeinen Meinung oder Regel erlauben; nur durch diese innere Freiheit des Arztes ist ja auch ein Fortschritt in der Medizin möglich, nicht durch gesetzliche Regelung ärztlichen Handelns.

d e R u d d e r, Frankfurt a. Main

**Frage: Gibt es nach dem heutigen Stande der Forschung eine wirklich sichere Methode der Empfängnisverhütung, die dabei die Eupareunie nicht beeinträchtigt?**

**Antwort:** Auf Grund der Lektüre des Artikels „Über Psychogynäkologie“ von Geheimrat E. K e h r e r, meinem verehrten Lehrer, dem unermüdlchen Vorkämpfer auf diesem wichtigen Teilgebiet unseres Faches, wird aus dem Leserkreis der Deutschen medizinischen Wochenschrift obige Frage gestellt. Tatsächlich ist diese Frage für die Praxis ein gewisser Angelpunkt des ganzen Problems. Die Beantwortung ist deshalb sehr schwierig, weil sie nicht nur objektiv Maßnahmen, Chemikalien, Instrumente beurteilen und bewerten kann, sondern weil sie auch das subjektive Empfinden, die persönlichen Wünsche, Ziele, Bedenken und Hemmungen der beiden Partner berücksichtigen muß. Dieselbe Methode, die bei einem Ehepaar angebracht, wirksam, zuverlässig ist und für viele Jahre beide Teile vollkommen befriedigt, wird von einem anderen strikte abgelehnt, als störend, unzuverlässig, unhygienisch, unappetitlich empfunden, ja als „tierisch“ bezeichnet. Die Lösung des Problems ist also nicht allein durch einen Ratschlag des Arztes möglich, sondern sie ist weitgehend abhängig von der Einstellung der Ratsuchenden. So z. B. ist es schon eine sehr wichtige und sehr verschieden beantwortete Frage, welcher der beiden Partner die Unbequemlichkeiten der Konzeptionsverhütung auf sich nehmen soll, der Mann oder die Frau. Die Männer weisen nicht selten eine solche „Zumutung“ weit von sich und erklären, daß es durchaus der Frau überlassen werden müsse, wie weit sie sich vor einer Schwangerschaft schützen will, die beiden Teilen unerwünscht ist. — Man kann wohl soviel kurz sagen: Die Cohabitatio interrupta, die auch heute noch die weitaus häufigste Methode darstellt, ist abzulehnen wegen der schweren Schädigungen, die Mann und Frau nach längerer Anwendung erfahren können. — Alle chemischen Mittel sind mehr oder weniger unzuverlässig und stellen auch nicht gerade eine sehr appetitliche Maßnahme dar. — Das Vertrauen auf eine Periode unfruchtbarer Tage hat schon manche Enttäuschung gebracht — trotz sorgfältigst geführter Menstruationskalender. Die breite Erörterung dieser Methode der Geburtenregelung in nichtärztlichen Kreisen gereicht dem Problem nicht zum Nutzen. — Die vaginalen Spülungen, die natürlich nur einen gewissen Wert haben, wenn sie unmittelbar post cohabitationem ausgeführt werden, stellen eine groteske Nichtbeachtung des Empfindens der Frau dar und können wohl kaum zur Erhaltung oder gar Wiedergewinnung der Eupareunie beitragen. — Intrauterine Pessare sind immer noch nicht ganz verschwunden; sie sind als gesundheitsschädlich strikte abzulehnen. — So bleiben letzten Endes nur zwei Methoden übrig: Der Schutz des Mannes durch das Kondom und der Schutz der Frau durch die Portiokappe oder das Okklusivpessar. Auch sie haben ihre Nachteile und erbitterten Gegner. Aber hinsichtlich der Sicherheit des Erfolges stehen sie zweifellos an der Spitze aller dieser Bemühungen. Wenn auf der Seite des Mannes der Wille zur Übernahme der Unbequemlichkeiten, ein gewisses Geschick, Übung in der Handhabung, Geduld, ausreichende Potenz vorliegt, so kann die Benützung des Kondoms nicht nur sehr sicher sein, sondern auch der Frau vollen Genuß und absolute Befriedigung bringen. Treffen diese Bedingungen nicht zu, lehnt der Mann seine Mitwirkung bei den antikonzptionellen Bestrebungen ab, so bleibt



nur der Schutz der Frau durch den Verschluss des Os externum mit Hilfe der verschiedenen Kappen, die entweder vom Arzt appliziert werden müssen oder — was durchaus möglich ist — von einer geschickten Frau selbst eingeführt und entfernt werden können. — Ich weiß wohl, daß ich keineswegs allgemeine Zustimmung bei den genannten Ansichten finden werde, die ich nur ganz kurz andeuten konnte. Aber ich glaube kaum, daß von anderer Seite eine für alle Partner und Situationen passende Patentlösung genannt werden kann.

H. N a u j o k s, Frankfurt

**Frage:** Gibt es erfolgversprechende Behandlungsmethoden der Rhinitis atrophicans? Bei einer Patientin, die seit mehreren Jahren an dieser Krankheit leidet, brachten alle bisherigen Behandlungsmaßnahmen keine Besserung, sondern die Beschwerden verstärkten sich ständig. Ein Kratzen und Würgen führt nach den Mahlzeiten zu häufigem Erbrechen und laufender Gewichtsabnahme.

**Antwort:** Die Rhinitis atrophicans ist ein therapeutisch sehr schwer zu beeinflussendes Leiden. Die Beseitigung der Krusten durch die Gottsteinsche Tamponade (Einlegen von Watte in die Nase für mehrere Stunden), durch Nasenspülungen oder Einblasen von Marfanil-Prontalbinpuder bringt nur vorübergehende Linderung, aber keine Heilung. Auch die Behandlung mit einer vom Perezschen Bazillus gewonnenen Vakzine brachte uns keinen überzeugenden Erfolg. Die weitaus besten Behandlungsergebnisse hatten wir mit der von Lautenschläger oder von Hinsberg angegebenen Operation, deren Prinzip auf einer Verengung der Nase durch Verlagerung der seitlichen Nasenwände beruht.

L e i c h e r, Stuttgart

**Frage:** Welches ist die beste Behandlung der Blennorrhoe gon. neonator.?

**Antwort:** In der Therapie der Ophthalmoblennorrhoe des Neugeborenen hat sich Penicillin bestens bewährt. Wir geben 400 000 E Depotpenicillin in einmaliger Dosis und träufeln alle 2—3 Stunden einige Tropfen einer Lösung von 200 000 E Penicillin-G in 3 cm Wasser in jedes Auge.

d e R u d d e r, Frankfurt a. Main

**Frage:** Wie kann ich einem 20jährigen männlichen Patienten auf Wunsch der Eltern ohne sein Wissen Alkoholabusus ungefährlich abgewöhnen?

**Antwort:** Gemäß § 1627 BGB hat der Vater kraft seiner elterlichen Gewalt das Recht und die Pflicht, für die Person und das Vermögen des Kindes zu sorgen. Es könnten also die Eltern einem nicht Volljährigen auch Antabus-Contrapot im Verlaufe einer ärztlichen Behandlung ohne dessen Wissen und Einverständnis geben lassen. — Vom ärztlichen Standpunkt jedoch ist eine Contrapotbehandlung ohne Wissen des Betroffenen abzulehnen. Erstens schon deshalb, weil der Gesundheitwille bei dieser Form der Alkoholentziehungskur von wesentlicher Bedeutung ist und zweitens ganz besonders deshalb, weil die Gefahr besteht, daß es zu einer „Körperverletzung“ kommen kann, wenn nämlich der Patient trotz aller Bemühungen und Vorsichtsmaßnahmen im Verlaufe der unwissentlich durchgeführten Contrapotkur plötzlich eine größere Menge Alkohol als bei dem sogenannten Alkoholtest zu sich nimmt und so durch die langanhaltende Tachykardie in ernstere Gefahr geraten kann.

G o b l e t, Bremen

**Frage:** Seit dem letzten Krieg sieht man in der Sprechstundenpraxis öfters das Bild der chronischen und schwer beeinflussbaren Dickdarm- bzw. Mastdarmentzündung. Was ist die Ursache dieser Häufung und welche Behandlungsmethoden führen heute am besten zum Erfolg?

**Antwort:** In Ergänzung zu der Antwort von Herrn Dr. Fritz Pendl wäre noch darauf hinzuweisen, daß ein großer Teil derjenigen Personen, die als Soldaten im Felde gestanden haben, die Möglichkeit hatte, sich mit Amöben zu infizieren. Amöbeninfektionen waren nach unseren Beobachtungen während des Krieges bei den aus Rußland, Italien, vom Balkan und vor allem aus Nordafrika kommenden Personen gar nicht selten. Auch heute befinden sich unter den Heimkehrern aus russischer Gefangenschaft Ruhramöbenträger. Diese Personen, die mit Ruhramöben, Zysten oder Minutaformen infiziert gefunden wurden, sind gefährdet, denn bei ihnen kann jederzeit eine Amöbenruhr zum Ausbruch kommen. Diese Amöbenruhr kann, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt wird, leicht in das Bild einer Colitis ulcerosa übergehen. Es empfiehlt sich also in jedem Fall von Colitis ulcerosa auf Amöben und Protozoen zu untersuchen,

sei es im frisch gelassenen Stuhl oder noch besser im Material, das man bei der Rektoskopie von der Schleimhaut und den Geschwüren entnommen hat. Nach unseren Erfahrungen reichen Frischuntersuchungen nicht immer aus, sondern es ist ratsam, auch im gefärbten Präparat nach Amöben zu suchen. Diese Kombinationsuntersuchung gewährleistet größere Sicherheit, auch schwache Infektionen nicht zu übersehen. Beim Nachweis von Amöben wird dann selbstverständlich eine entsprechende Therapie durchzuführen sein, mit Yatren oder Enterovioform, Emetin und nach den neuesten Erfahrungen auch mit Aureomycin. Allerdings ist dabei eine Medikation von mindestens 2 g tägl. über 7—10 Tage notwendig. Bei Berücksichtigung auch dieser Ätiologie wird es möglich sein, manche Bilder von Colitis gravis noch aufzuklären und einer wirksamen Therapie zuzuleiten.

M o h r, Hamburg

**Frage:** Können für eine 1943 trotz Röntgenbild nicht gestellte Diagnose einer Halsrippe, die in der Folge außer erheblichen Schmerzen zu einer ausgedehnten Atrophie des N. medianus und ulnaris mit Schwäche und Sensibilitätsstörungen an der rechten Hand führte, noch jetzt billigerweise Schadenersatzansprüche gestellt werden?

Eine erneute Untersuchung im Sommer 1949 ergab das eindeutige Bestehen einer Halsrippe, die als Ursache der bereits 1943 begonnenen Beschwerden mit Sicherheit aufzufassen ist. Die inzwischen sofort ausgeführte Operation hat zwar das Schwinden der Schmerzen gebracht, jedoch nicht die Nervenschädigung und somit Schwäche und Kälte gerade in der rechten Hand beseitigen können, obwohl fast ein Jahr vergangen ist, während dessen eine Teilbesserung günstigen Falles erwartet werden konnte. Wie liegen im vorliegenden Fall die Rechtsverhältnisse? In Anbetracht des Patienten und seines Berufes als Laborant besteht natürlich ein besonderes Interesse an der guten Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand.

**Antwort:** Die ärztliche Haftung ist Verschuldenshaftung. Damit wird die Grundfrage in der rechtlichen Beurteilung des Tatbestands sein müssen, ob in der im Jahre 1943 in der Auswertung der Röntgenaufnahme unterlassenen Diagnose einer Halsrippe als Ausgangspunkt der heute irreversiblen Nervenschädigung nach dem damaligen Stand der ärztlichen Wissenschaft ein Verschulden zu erblicken ist. Diese Frage bedeutet mit anderen Worten: Erkannte der diagnostizierende Arzt die Halsrippe als unbedingt kausal und ausschließliche Ursache für die beklagten Beschwerden nicht, obwohl er sie erkennen mußte, und ist demzufolge sein Nichterkennen als Verschulden zu werten? Bei dieser retrospektiven Beurteilung ist zu fragen, zu welchem diagnostischen Ergebnis im vorliegenden Falle voraussichtlich ein Röntgenologe mit durchschnittlichen Fachkenntnissen unter den gleichen technischen Voraussetzungen bei dem damaligen Stand der ärztlichen Wissenschaft gelangt wäre. Es müßte eine Überspitzung der Sorgfaltspflicht bedeuten, wollte man der Beurteilung das heutige Fachwissen des besten Röntgendiagnostikers an einer besteingerichteten Röntgenabteilung als Maßstab unterlegen. Kommt man bei dem vorliegenden Tatbestand unter den angegebenen Voraussetzungen zu dem Ergebnis eines schuldhaften Nichterkennens, so ist der Arzt vor allem aus dem (stillschweigenden) Behandlungsvertrag mit dem Patienten haftpflichtig. Er hat daraus Vorsatz und Fahrlässigkeit zu vertreten (§ 276 BGB). Außerdem hat er mit seiner schuldhaften Unterlassung den Tatbestand des zivilrechtlichen Delikts, der unerlaubten Handlung im Sinne des § 823 BGB verwirklicht. Während der Schadenersatzanspruch aus Vertrag erst in 30 Jahren verjährt, erlischt der Anspruch aus unerlaubter Handlung 3 Jahre nach dem Zeitpunkt, in welchem der Verletzte von dem Schaden und der Person des Ersatzpflichtigen Kenntnis erlangt (§ 952, 1 BGB.). Als solchen Zeitpunkt müßte man hier den Sommer 1949 ansehen, da hier die erneute Röntgenaufnahme den Schaden in seinem vollen Umfang aufgezeigt hat. Die Schadenersatzforderung erstreckt sich aus unerlaubter Handlung auf die Nachteile, welche die unerlaubte Handlung für den Erwerb oder das Fortkommen der Verletzten herbeiführt (§ 842 BGB). Außerdem hat der Verletzte Anspruch auf Kosten, die infolge des Gesundheitsschadens durch Vermehrung der Bedürfnisse des Verletzten entstanden sind (§ 843, Abs. 1 BGB). Letztlich hat der Schädiger für den immateriellen Schaden, den der Verletzte erlitten hat, z. B. Schmerzen, durch eine billige Entschädigung in Geld aufzukommen (§ 847 BGB). Den ihm durch die Nichterfüllung (oder nicht gehörige Erfüllung) des Behandlungsvertrags entstandenen Schaden macht der Verletzte nach § 280 BGB geltend. Die Beweislast, daß ihn bei Nichterfüllung des Vertrages kein Verschulden trifft, obliegt dem Schuldner, d. h. hier dem Arzt (§ 275 BGB).

H. G ö b b e l s, Hamburg