

Versuche dieses als das beste bisher bekannte Heilmittel gegen Schlafkrankheit bezeichnet und betont, daß Bayer 205 für die systematische Bekämpfung der Schlafkrankheit besondere Bedeutung gewinne, weil es das Blut der befallenen Menschen langfristig sterilisiert. Kleine hat aber auch bei seiner Anwesenheit in Afrika 1927/28 die früheren Erfahrungen wieder voll bestätigt und bei einer vergleichenden Prüfung von Bayer 205 und Tryparsamid ersteres als weit überlegen gefunden. Solche Widersprüche bei Prüfung von Heilmitteln werden besonders unter afrikanischen Verhältnissen nicht selten durch verschiedene Versuchsordnung oder kleine Unterschiede in der technischen Ausführung bedingt. Es ist deshalb besonders schmerzlich, daß deutschen Aerzten nirgends in Afrika die Möglichkeit gegeben ist, an der Lösung so enorm bedeutsamer Fragen in Schlafkrankheitsgegenden sich zu beteiligen. Diese für das Wohl der afrikanischen Eingeborenen schädliche Ausschließung der deutschen Aerzte gewinnt jetzt wieder eine erhöhte Bedeutung, da im September 1929 bei der letzten Tagung der Deutschen tropen-medizinischen Gesellschaft ein neues Mittel gegen Schlafkrankheit bekannt gegeben wurde, von dem eine wirksame Ergänzung zu Bayer 205 erwartet werden kann.

Was schließlich Jamot über die Gefährlichkeit und Undurchführbarkeit der Lumbalpunktion im afrikanischen Busch sagt, findet unsere volle Zustimmung. Nur mit Grausen kann ich an das Lichtbild denken, das vor einiger Zeit in französischen Blättern verbreitet war, auf dem man eine lange Reihe von Negern auf improvisierten Tischen hocken sieht, jeden mit einer Kanüle im Rücken und hinter jedem einen schwarzen Heilgehilfen, der die Lumbalpunktion ausgeführt hat und das Abtropfen des Liquor beobachtet. Es kann Jamot nur zur Ehre gereichen, wenn er für ein solches Vorgehen die Mitverantwortung ablehnt.

Wenn wir auch wegen des Mißverhältnisses zwischen der Größe und Schwere des jetzt in Kamerun herrschenden Seuchenherdes und der kleinen Zahl der dort tätigen Aerzte Zweifel darüber äußern müssen, ob Jamot einen vollen Erfolg erringen wird, muß man doch anerkennen, daß Jamot schon jetzt eine große und nützliche Arbeit geleistet hat.

(Anschr. d. Verf.: Berlin-Dahlem, Humboldtstr. 27.)

Aus dem Deutschen Institut für Frauenkunde. Direktor:
Universitätsprofessor Dr. W. Liepmann.

Gerichtsarzt und Gynäkologie.

Von W. Liepmann.

Nach § 73 unserer gültigen Strafprozeßordnung erfolgt die Auswahl der zuzuziehenden Sachverständigen und die Bestimmung ihrer Anzahl durch den Richter. „Sind für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt, so sollen andere Personen nur dann gewählt werden, wenn besondere Umstände es erfordern.“ Bei dieser Sachlage unserer Strafprozeßordnung hat es sich an den deutschen Gerichten ganz selbstverständlich herausgebildet, daß bei Untersuchungsverfahren, die sich mit Abtreibung (§ 218 ff) oder mit fahrlässiger Körperverletzung und Tötung (§ 222) zu beschäftigen haben, die beamteten Gerichtsärzte bei der gerichtlichen Voruntersuchung allein gehört werden, sofern sie nicht bei eigener höherer Einsicht die Zuziehung eines speziellen Sachverständigen verlangen. § 193 der Strafprozeßordnung sagt zwar, daß dem von dem Angeeschuldigten benannten Sachverständigen die Teilnahme am Augenschein etc. zu gestatten ist, soweit dadurch nicht die Tätigkeit der vom Richter bestellten Sachverständigen behindert wird. Tatsache aber ist, daß der Angeklagte selbst von diesem ihm zustehenden Recht kaum weder etwas weiß, noch davon Gebrauch macht.

Wie sehr diese soeben geschilderten Maßnahmen nicht nur zum Schaden der beschuldigten Aerzte, sondern auch zum Schaden der Staatskasse führen, mögen die nachfolgenden, im letzten halben Jahr meiner Sachverständigentätigkeit gewonnenen Erfahrungen beleuchten.

In den meisten Fällen, die sich mit Abtreibung (§ 218) und mit fahrlässiger Tötung (§ 222) beschäftigen, kann der Sachverständige sich nur dann von dem Vorfalle ein klares Bild machen, wenn ihm lebendige Vorstellungen des praktischen Lebens zur Verfügung stehen. Wie sieht es hier nun in der Mehrzahl der Fälle bei den beamteten Gerichtsärzten aus? Um nicht mißverstanden zu werden: ich kenne zahlreiche Gerichtsärzte, die über ein hohes Maß praktischen Wissens verfügen. Ich kenne zahlreiche Gerichtsärzte, die die Grenzen ihres praktischen Wissens genauestens kennen und immer rechtzeitig die Zuziehung eines Facharztes in diesen Fällen erbitten. Daß von diesen nicht die Rede sein soll, ist selbstverständlich.

Wenn in einem Prozeß, der sich in einer nahe der Reichshauptstadt gelegenen Stadt abspielt, ein Arzt auf Anzeige seiner

Kollegen verhaftet worden ist und wenn in dem nun zu eröffnenden Strafverfahren der vom Gericht beamtete Arzt feststellt, daß Quellstifte mittelalterliche Verfahren zur Abortbehandlung sind, wenn er ferner feststellt, daß die Einführung eines Spekulum zur Schwangerschaftsdiagnose als Abortivum zu betrachten ist, so weisen diese beiden Tatsachen auf ein so hohes Maß von gynäkologisch-medizinischer Unwissenheit und Lebensentfremdung, daß sie für jeden Arzt eine hohe Gefahr bedeuten, da ein solcher Sachverständiger ja jeden Arzt in den Augen des Gerichts nach bestem Wissen und Gewissen infolge seiner Unkenntnis als fahrlässig und kriminell hinzustellen geeignet ist.

In einem anderen Gerichtsverfahren handelte es sich nachgewiesenermaßen nicht um Schwangerschaft, sondern darum, daß eine Frauensperson aus Angst nach dem Verkehre amenorrhoeisch geworden war, eine Tatsache, die zwar selten, aber allen Gynäkologen hinlänglich bekannt ist, einen Arzt aufsucht, von diesem erfährt, daß sie nicht schwanger ist, und von ihm daraufhin Hormonal-Präparate verordnet bekommt, was durchaus wissenschaftlich richtig ist. Die Menstruation tritt wieder ein. Das Mädchen, hocherfreut, teilt dies einer Freundin mit, und bald spricht sich in dem kleinen Ort herum, daß der betreffende Arzt über Mittel verfüge, um bei „Blutstockung“ das Unwohlsein wieder in Gang zu bringen. Es kommt erst zur polizeilichen, dann zur gerichtlichen Vernehmung, und der Gerichtsarzt erklärt, daß solche psychische Amenorrhoeen nicht im Bereich der Wahrscheinlichkeit liegen.

In einem anderen Prozeß, der sich jüngst in einer Provinzstadt abspielte, behauptete der Gerichtsarzt in der Hauptverhandlung vor dem Schwurgericht, daß der Arzt, wenn er feststellt, daß der Zervikalkanal für einen Finger geöffnet ist, daß sich keine Frucht mehr in utero befindet und daß nur noch, wie bei Aborten ja gewöhnlich, die Plazenta festhaftet, nicht eine Ausräumung hätte vornehmen dürfen, sondern beobachten und warten müsse.

Dieses geringe Maß praktischer Kenntnisse war so groß, daß es selbst dem Verteidiger des beschuldigten Arztes auffiel und er an den Gerichtsarzt die Frage richtete, wann er denn zum letzten Male selbst einen Abort klinisch gesehen oder behandelt hätte. Er erhielt darauf die Antwort, dieses wäre im Jahre 1904, also vor 25 Jahren, erfolgt. Jeder Praktiker und jeder Gynäkologe wird mir zugeben, daß ein solcher Arzt, der über gar keine persönlichen Erfahrungen mehr verfügt, als Sachverständiger in diesem Verfahren nur schädlich wirken kann.

In einem weiteren Fall handelte es sich um eine auf Attest eines Internisten bei hochgradiger Basedowkrankung und beginnender Spitzentuberkulose von einem ersten Gynäkologen ausgeführte Schwangerschaftsunterbrechung. Hierzu erklärt der im Vorverfahren beauftragte Gerichtsarzt, daß es sich hier um glatte Abtreibung handle, da man bei Basedow in der Schwangerschaft eine Entfernung der Schilddrüse vornehmen müsse, was unterblieben sei, und daß die Untersuchung der Kranken ein Jahr später keine Zeichen von Lungenspitzenkatarrh ergeben habe. Im Hauptverfahren vor dem Schwurgericht waren sich sämtliche übrigen Spezialfachverständigen darüber klar, daß kein Mensch sich bei Schwangerschaft und Basedow die Schilddrüse extirpieren ließe und daß es wohl auch schwerlich einen Arzt geben würde, der auf dieses Verfahren verfallen würde; zweitens, daß die Ausheilung des Lungenspitzenkatarrhs lediglich deshalb erfolgt sei, weil rechtzeitig und schulgerecht, entsprechend der Entscheidung des Reichsgerichts zur Abwendung einer drohenden, auf andere Weise nicht zu beseitigenden Lebensgefahr, die Schwangerschaft unterbrochen worden wäre.

In allen diesen Fällen erfolgt selbstverständlich im Hauptverfahren Freispruch, der die Staatskasse mit den nicht unbeträchtlichen Ausgaben für Hauptverfahren, Zeugen und Sachverständige belastet, dem angeklagten Arzt aber, ganz abgesehen von der schweren bürgerlichen und ärztlichen Schädigung, die Verhaftung, Voruntersuchung und übles Gerede mit sich bringen, die Annehmlichkeit bereitet, daß sich in seinen Personalakten nunmehr bei der Polizei der Hinweis befindet, er sei in ein Abtreibungsverfahren verwickelt gewesen und wegen mangelnden Beweises freigesprochen worden. Mit Recht hat in einem jüngsten Verfahren der Vorsitzende der Berliner Ärztekammer betont, daß bei dieser Art der Voruntersuchung zu führen, jeder Arzt mit einem Bein vor dem Staatsanwalt steht, wenn er sich überhaupt mit der Ausräumung von Aborten beschäftigt.

Wenn man nun rein psychologisch solche Schwurgerichtsverhandlungen wieder vor seinem Gedächtnis abrollen läßt, so hat man immer das Gefühl, als wenn nicht der Staatsanwalt der Ankläger ist, sondern der der Praxis und dem Leben vollkommen entfremdete Gerichtsarzt, der, wie es in einem Gutachten eines solchen heißt, sich lediglich als Hilfsorgan der Staatsanwaltschaft betrachtet. Ganz die gleichen Momente könnte man anführen, wenn es sich um fahrlässige Körperverletzung z. B. nach Operationen handelt. Hier ist der beamtete Arzt vielfach den tatsächlichen Verhältnissen entfremdet, während der Praktiker, der über großes Material verfügt, besser und genauer weiß, wie überall mit Wasser gekocht wird und wie auch in den bestgeleiteten Kliniken Unglücksfälle bei Operationen vorkommen können und vorkommen.

Von den Entgleisungen sachverständiger Aerzte im Hauptverfahren, die darin bestehen, daß die Sachverständigen mit dem Worte Ueberzeugung m. E. häufig das Maß dessen überschreiten, was ihnen als Sachverständigen durch die Strafprozeßordnung ge-

geben ist, soll hier nicht die Rede sein. Das Gericht hat sich ein Urteil zu bilden. Der Sachverständige hat nach Anhören der Zeugen und des Angeklagten ein Gutachten dahin abzugeben, wie nach seinem sachverständigen Wissen der Fall liegt, wenn einerseits das richtig ist, was die Zeugen sagen, andererseits wenn das richtig ist, was der Angeklagte anführt. Alles was er darüber hinaus sagt, gehört nicht zur Sache und entwertet sein sachverständiges Gutachten.

Es wäre zu wünschen, daß in der Art und Weise, wie Döderlein das immer erneut getan hat, Prozesse dieser Art zur allgemeinen Kenntnis gebracht würden und damit von seiten der Kammern auf die Staatsanwaltschaften in dem Sinne eingewirkt würde, nicht erst im Hauptverfahren, sondern auch schon bei der Voruntersuchung erstklassige Sachverständige zuzuziehen, durch deren Gutachten dann den Aerzten manches Ueble erspart würde, aber auch die Staatskassen nur Vorteil haben würden.

Zusatz bei der Korrektur: In einem noch schwebenden Strafverfahren behauptet der von Gerichtswegen beauftragte Sachverständige, daß die Darreichung von Pantopon nach einem Abort beweise, daß der Beschuldigte mit einer Perforation des Uterus gerechnet habe, da — man höre und staune! — Pantopon ein bekanntes Spezifikum bei Perforationen sei.

(Anschr. d. Verf.: Berlin W 15, Fasanenstr. 41.)

Ueber die Anwendung der Elektrokoagulation bei Gehirntumoren.

Von Dr. H. Olivecrona in Stockholm (Schweden).

Die Methoden zur Eröffnung des Schädels sind während der letzten 20 Jahre so vervollkommen worden, daß sie zur Zeit wohl als standardisiert gelten können und daß nur bei wenigen, in der Regel leicht erkennbaren Typen von Gehirntumoren, die Eröffnung des Schädels auf größere Schwierigkeiten stößt. Die Freilegung eines Gehirntumors ist demnach vom technischen Gesichtspunkt aus als ein im großen und ganzen abgeschlossenes Problem zu betrachten. Der Schwerpunkt in Bezug auf die chirurgische Behandlung der Gehirntumoren liegt heutzutage bei der Frage, wie die freigelegte Geschwulst behandelt werden soll. Dieser Frage ist auch aus anderer Ursache eine wachsende Bedeutung zugekommen. Die Verfeinerung der neurologischen Diagnose und die Einführung der Ventrikulographie haben der Lokaldiagnose eine so große Sicherheit verliehen, daß es nunmehr zu den Ausnahmen gehört, daß der Tumor bei der Operation nicht gefunden wird, währenddem, wie sich die jetzige Generation von Neurologen und Chirurgen sicherlich erinnert, die Verhältnisse vor nicht allzu langer Zeit umgekehrt lagen.

Cushing hat durch Einführung der Elektrokoagulation in die Gehirnochirurgie uns ein technisches Hilfsmittel in die Hand gegeben, das in fast allen Fällen von Gehirntumor wertvoll und in vielen Fällen unentbehrlich ist. Eine ganze Reihe von Fällen, die mit gewöhnlichen Methoden als inoperabel angesehen werden müssen, sind dadurch der radikalen Behandlung zugeführt worden und in vielen Fällen kann die Operation mit wesentlich geminderter Gefahr durchgeführt werden. Die Schwierigkeit bei der Entfernung eines Gehirntumors wird in erster Linie durch die Blutung, in zweiter Linie durch die oft sehr schwer zugängliche Lage des Tumors, die in vielen Fällen die Freilegung nur eines kleinen Abschnittes des Tumors zuläßt, bedingt. Selbstverständlich sind bei schwer zugänglichem Tumor die Schwierigkeiten der Blutstillung besonders groß. Die weiche, fast halbflüssige Konsistenz des Gehirns, die dünnwandigen zerreißenlichen Gefäße machen die in der allgemeinen Chirurgie gebräuchlichen Methoden der Blutstillung unanwendbar. Für die besonderen Bedürfnisse der Gehirnochirurgie sind daher spezielle Methoden der Blutstillung ausgearbeitet worden, unter welchen besonders hervorzuheben sind die Silberklemmen von Cushing, temporäre Tamponade mit feuchter Watte oder Muskelstückchen, Spülung mit heißer Kochsalzlösung usw. Die meisten von diesen Methoden können durch die bei der Passage eines hochfrequenten elektrischen Stromes von der aktiven Elektrode zum Gewebe entstehende Hitze ersetzt werden. Wir werden in diesem Zusammenhang nicht näher auf die Wirkungsweise der hochfrequenten Ströme oder auf die technischen Einzelheiten ihrer Handhabung eingehen. An dieser Stelle soll nur hervorgehoben werden, daß die Ströme für drei verschiedene Zwecke gebraucht werden können. Um die oberflächliche Gewebeschicht eines Tumors zu koagulieren und zu dehydrieren, wird die aktive Elektrode nahe an der Oberfläche des Tumors gehalten, so daß die Funken zum Gewebe hinüberspringen. Dabei wird eine oberflächliche Schicht

des Gewebes und seiner Gefäße koaguliert und entwässert und ein gewisser Grad von Schrumpfung des Gewebes tritt ein. Um eine tiefere Koagulation des Gewebes und Zerstörung der größeren Gefäße zu erreichen, wird ein anderer Stromtyp verwendet und die aktive Elektrode am besten in Form einer Kugel oder einer Platte dem zu behandelnden Gewebe direkt aufgelegt. Durch genügend langdauernde Einwirkung wird dabei allmählich eine vollständige Verkohlung des Gewebes erreicht. Schließlich wird auch die aktive Elektrode dazu verwendet, Einschnitte im Gehirn oder Tumor zu machen, wobei die kleineren Gefäße der Schnittfläche von der entstehenden Hitze zerstört werden. Größere Gefäße müssen entweder mit Silberklemmen gefaßt werden oder mit einem Strom mit geringerer Schwingungszahl und Kugelelektrode koaguliert werden. Im übrigen dürfte die praktische Handhabung der Elektrokoagulation aus den unten angeführten Fällen hervorgehen.

Soviel mir bekannt ist, haben bisher keine europäischen Chirurgen ihre Erfahrungen auf diesem Gebiete vorgelegt. Meine bisherigen Erfahrungen, die sich seit Beginn des Jahres 1929 auf etwa 50 Fälle von Gehirntumor beziehen, dürften daher von Interesse sein. Im folgenden werden daher einige Fälle angeführt, die als repräsentativ für häufige und wichtige Typen von Gehirntumor gelten können.

I. Meningeale Endotheliome (Meningiome).

Die Meningiome machen etwa 12—15 Proz. sämtlicher intrakranieller Tumoren aus. Sie sind gutartig, wohl abgekapselt und rezidivieren nicht, insofern sie vollständig entfernt werden und sind also a priori als geeignete Objekte der chirurgischen Behandlung zu bezeichnen. Leider sind aber die technischen Schwierigkeiten bei der Exstirpation eines derartigen Tumors in der Regel sehr groß, was damit zusammenhängt, daß diese Geschwülste sehr oft eine erhebliche Größe erreichen, fast immer sehr gefäßreich, und in sehr vielen Fällen an schwer zugänglichen Stellen nahe bei den großen Blutleitern gelegen sind, z. B. parasagittal an der Seite der Hirnsichel, an der Hirnbasis, im Brückenwinkel usw. Die folgenden Fälle können vom technischen Gesichtspunkt aus als Vertreter der vier wichtigsten und häufigsten Lokalisationen dieser Geschwulstform angesehen werden, nämlich parasagittal, an der Konvexität des Großhirns, suprasagittal und am Brückenwinkel. Aus neurologischem Gesichtspunkt sind zwei dieser typischen Fälle weniger zufriedenstellend, indem sie erst ventrikulographiert werden müßten, ehe eine sichere Lokaldiagnose gestellt werden könnte.

Fall Nr. 1. K. N. ♀, 33 Jahre. Chirurgische Klinik des Seraphimer Krankenhauses Nr. 779, 1929.

Parasagittales Meningiom, wahrscheinlich vom Winkel zwischen Falx und Tentorium auf der linken Seite ausgegangen. Keine sicheren Lokalsymptome. Ventrikulographie. Osteoplastische Freilegung und Exstirpation des Tumors in zwei Sitzungen. Geheilt entlassen.

Seit Ende 1926 Kopfschmerzen und Erbrechen, welches letzteres jedoch bald aufhörte. Gleichzeitige Verringerung der Sehschärfe. In einem anderen Krankenhaus wurde eine Stauungspapille schon im Oktober 1926 gefunden. Wurde mit Röntgenstrahlen behandelt, jedoch ohne Besserung. Die Sehschärfe nahm allmählich ab und im Frühjahr 1929 konnte die Kranke nicht mehr lesen. Eingesandt am 12. IV. 1929 von Dr. O. Mossberg in Oerebro unter Diagnose Gehirntumor.

Allgemeine Drucksymptome. Doppelseitige atrophische Stauungspapillen. Sehschärfe rechts 0,3, links 0,2. Gesichtsfelder konzentrisch eingeschränkt.

Lokalsymptome: Nervenbefund vollständig negativ.

Röntgen: Etwas vertiefte Impressionen in der Frontalregion. Die Sella ist etwas vergrößert, stark entkalkt.

Klinische Diagnose: Ein Tumor der hinteren Schädelgrube konnte mit Sicherheit ausgeschlossen werden, aber eine nähere Lokaldiagnose konnte nicht gestellt werden. Der langdauernde Verlauf sprach zugunsten eines gutartigen Tumors. Man konnte möglicherweise ein parasagittales Meningiom im rechten Frontallappen vermuten, aber eine sichere Diagnose konnte ohne Ventrikulographie nicht gestellt werden.

Ventrikulographie am 20. IV. Beim Versuch, das Hinterhorn des linken Seitenventrikels zu punktieren, stieß man auf einen etwas links von der Mittellinie und unmittelbar unter der Rinde gelegenen festen blauen Tumor. Eine Probeexzision wurde vorgenommen und zeigte, daß ein Meningiom vorlag. Darnach wurde der rechte Seitenventrikel, der bedeutend nach rechts verschoben war, punktiert und 10 cm Luft eingeblasen. Die Platten zeigten, daß der rechte Seitenventrikel nach rechts verschoben war und daß der linke Ventrikel und der dritte Ventrikel nicht ausgefüllt waren.