

● **Graaz, Hans: Nacktkörperkultur.** (Beitr. z. Sexualproblem. Hrsg. v. Felix A. Theilhaber. H. 10.) Berlin: Fritz Kater 1927. 23 S. RM. 0.40.

Der Mann, der nackt in der Gesellschaft nackter Frauen lasziven, erotischen Gedanken sich hingeben würde, würde durch die allen sichtbare Erektion seines Gliedes seine unsauberen Gedanken allen verraten. Also eine solche Gesellschaft von nackten Menschen zwingt schon zur Gedankensauberkeit, reinigt dadurch unsere Phantasie und nimmt unserem Sexualleben den bohrenden, quälenden Faktor. Die geschickte Enthüllung und Verhüllung, geschicktes Ausziehen und Anziehen, ein sexueller Reiz erster Ordnung, zeigt die Kleidermode aller Zeiten. Das gemeinsame Zusammensein zum Zwecke des Spieles, der Gymnastik, des Sportes, des Sonnenbades im „Lichtkleide“, wie jene Kreise ihr Nackendsein bezeichnen, nimmt dem Nackten den Charakter des Erotischen und des geschlechtlich Anreizenden, bringt beide Geschlechter in eine natürliche ruhige Stellung zueinander. Die Sexualität wird dadurch aus dem niedrigen Milieu des rein Triebhaften zu etwas Kultiviertem erhoben, zu dem was edel und fein empfindende Menschen schon immer aus ihr gemacht haben, zwingt auch die Dumpfen und Triebhaften, den Trieb zu sublimieren, so daß sie ihm nicht bei jeder verfänglichen Situation unterliegen (Prostitutionsgefahr), sondern sich seiner bedienen zur Verschönerung und Erhöhung des Lebens zu dem, was die Liebe im Leben edler Menschen schon immer gewesen ist. So wird das gemeinsame Nacktbaden durch die Abkühlung der Phantasie und durch die gegenseitige Rücksichtnahme der Geschlechter und damit Sublimierung des Sexualtriebes erzieherisch auf unsere sexuelle Vita, erzielt also gerade das Gegenteil von dem, was die Gegner der Nacktkultur vielfach fürchten.

Haberda (Wien).

Kunstfehler, Ärzterecht.

Haftung des Arztes bei Fehldiagnose. Begriff des „Kunstfehlers“. Ist zwischen den Vertretern einer „alten“ und einer „neuen“ Schule ein Unterschied zu machen? Voraussetzungen für den Vorbehalt eines Nachklageredes (Art. 46, Al. 2 O.R.). Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 57, Nr. 40, S. 961—962. 1927.

Bei einer 40jährigen Frau mit Cervixcarcinom wurde von dem behandelnden Arzte wegen Diagnose einer chronischen Endometritis mit parametritischen Entzündungsresiduen und unter Verkennung des Krebses keine Radikaloperation angeraten. Diese erfolgte erst einige Wochen später nach Untersuchung durch einen andern Arzt. Eine Schadenersatzklage wurde abgewiesen mit der Motivierung, daß ein Verschulden des Arztes infolge unrichtiger Diagnose nicht vorliege. Die Unterscheidung eines Experten in Ärzte alter und neuer Schule wurde abgelehnt, da für alle Ärzte in gleicher Weise die Voraussetzung besteht, daß sie ihr Fach beherrschen und die praktisch erprobten Methoden zur Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit kennen.

Schönberg (Basel).

Baily, Hamilton: Impending death under anaesthesia. (Drohender Narkosetod.) (Dudley road hosp., Birmingham.) Practitioner Bd. 118, Nr. 6, S. 368—374. 1927.

Die blaue Asphyxie (primärer Atemstillstand) hat selten ernste Folgen. Nötig ist: Reinigen der Luftwege, Vorziehen der Zunge, Sauerstoffgabe, künstliche Atmung; in hartnäckigen Fällen ist die Dehnung des Sphincter ani ein brauchbares Hilfsmittel. Für die weiße Asphyxie (primärer Herzstillstand) ist ruhiges, organisiertes Zusammenarbeiten des ganzen Personals nach festem Plan nötig. Da häufig zu früh mit den Wiederbelebungsversuchen aufgehört wird, hat eine Schwester die Aufgabe, vom Moment der Gefahr ab jede Minute laut auszurufen; die Bemühungen müssen mindestens 20 volle Minuten nach Aussetzen des Herzens fortgesetzt werden. Sofort Tieflagerung des Kopfes, Beckenhochlagerung. Zunächst wird der Operateur durch rhythmische Kompression des unteren Thorax künstliche Atmung einleiten. Setzt die Atmung nach 1—2 Minuten nicht wieder ein, muß das Operationsfeld mit einem sterilen Tuch bedeckt und sicher verklammert werden; dann künstliche Atmung mittels Armhebens nach Sylvester durch den Operateur und einen Assistenten. Nach 5 nutzlosen Minuten sind weitere Maßnahmen erforderlich: Eine Schwester hat inzwischen heiße Wasserkompressen hergerichtet, die auf die Herzgegend

gelegt und häufig gewechselt werden, während die künstliche Atmung weitergeht. Am besten kann der Narkotiseur an der Carotis nach dem Herzschlag tasten. Es folgt Adrenalininjektion ins Herz. Adrenalinlösung 1 : 1000, Spritze und $3\frac{1}{4}$ Zoll-Nadel müssen stets zur Hand sein; die Lösung muß alle 2 Monate erneuert werden. Die Injektion soll möglichst innerhalb 5 Minuten nach Herzstillstand ausgeführt werden. Verf. hat die Injektion 6mal in 5 Jahren ausgeführt, leider ohne Erfolg. Die künstliche Atmung geht weiter; der Operateur wechselt die Handschuhe zur Vorbereitung für die letzte Karte, die Herzmassage. Eine Minute nach der Injektion horchen nach den Herztönen; bei negativem Ergebnis Mittelschnitt im Epigastrium, Herzmassage, die rechte Hand im Bauch, die linke am Rippenbogen. Bei starrem Brustkorb muß durch einen Schnitt vom Bauch auf die Rippenknorpel der Zwerchfellansatz durchtrennt werden, die rechte Hand geht in die Brusthöhle ein und umfaßt das Herz samt seinem Perikard. In über ein Dutzend Fällen von Herzmassage kehrte der Herzschlag 4mal zurück, aber kurz hinterher trat doch der Tod ein. Nur ein Fall (3jähriges Kind mit Ileus) konnte dauernd gerettet werden, ein anderer lebte noch 50 Stunden (beide Male war die intrakardiale Adrenalininjektion vorher erfolglos gewesen). Das Herz kann auch spontan nach Stillstand wieder zu schlagen beginnen.

Tölken (Bremen).^{oo}

Jendralski, Felix: Augenschädigung durch Narkoseäther. (*Univ.-Augenklin., Breslau.*) v. Graefes Arch. f. Opth. Bd. 118, H. 4, S. 808—811. 1927.

Ein Kranker bekam nach einer Äthernarkose angeblich infolge „Verätzung“ des linken Auges durch abtropfenden Narkoseäther ein Hornhautgeschwür und stellte Entschädigungsansprüche. Klinische Beobachtungen über Augenschädigungen durch Narkoseäther lagen nicht vor, daher machte Verf. einige Versuche an Kaninchen. Obgleich den Tieren 5—10 Minuten lang reichlich Narkoseäther auf die Hornhäute der Augen gegossen wurde, traten nur leichte oberflächliche Trübungen und nach wenigen Tagen verschwindende Entzündungserscheinungen auf. Bei der mikroskopischen Untersuchung der geschädigten Hornhäute sah man Abschlüpfung der Epithelzellen, leichte Infiltration der oberflächlichen Stromaschichten. Die Ursache dieser Schäden kann nicht eine ätzende Wirkung des Äthers sein, sondern ist wohl hauptsächlich durch die intensive Verdunstungskälte bedingt.

Verf. kommt im Hinblick auf die Geringfügigkeit der beobachteten Hornhautschädigungen trotz intensiver Berieselung der Augen mit Äther zu dem Schluß, daß unter geordneten klinischen Verhältnissen eine Augenschädigung durch abtropfenden Narkoseäther nicht zu befürchten ist, daß die nach Narkose manchmal beobachteten Hornhautläsionen meist durch unzweckmäßiges Prüfen des Hornhautreflexes durch den Narkotiseur bedingt sind. *Jendralski.*

Wieder, Lester M.: A study of ill effects from lumbar puncture, with report of a postpuncture fatality. (Eine Studie über üble Nachwirkungen der Lumbalpunktion, nebst Bericht über einen Unglücksfall nach der Punktion.) (*Dep. of dermatol. a. syphilol. univ. of Michigan, Ann Arbor.*) *Americ. Journ. of the med. sciences* Bd. 173, Nr. 6, S. 854—860. 1927.

Zusammenstellung und kritische Besprechung der in der Literatur niedergelegten Todesfälle infolge Lumbalpunktion. In der eigenen Klinik wurden 26 000 Lumbalpunktionen ausgeführt, unter diesen 2 Todesfälle beobachtet, die mit der Punktion ursächlich zusammenhängen:

Ein Patient bekam im Anschluß an die Lumbalpunktion eine eitrige Meningitis, einer starb am 3. Tag nach dem Eingriff; bei diesem wurde autoptisch die klinisch diagnostizierte Lues cerebros spinalis bestätigt, außerdem ein enorm starker Liquoraustritt aus der Punktionsöffnung ins umliegende Gewebe festgestellt, die Epiphyse war besonders in ihrem Vorderlappen gummös verändert und atrophisch; im übrigen Status thymico-lymphaticus. Die Medulla war nicht in das Foramen magnum hineingepreßt. Die Todesursache ist also in diesem Fall nicht völlig geklärt.

Willenweber (Köln).^{oo}

McKinley, Earl B., and Margaret Holden: Dangers attending intraspinal treatment with mercurochrome. (Gefahren bei der intraspinalen Anwendung von Merkurochrom.) (*Dep. of bacteriol., Columbia univ. coll. of physic. a. surg., New York.*) *Journ. of the Americ. med. assoc.* Bd. 88, Nr. 18, S. 1391—1392. 1927.

Die Autoren warnen vor der intraspinalen Anwendung des „Merkurochroms 220 löslich“.

Denn Kaninchen, die das Mittel in einer Dosis von 1 mg und mehr pro 1 kg Körpergewicht intraspinal injiziert erhalten hatten, waren bereits 1 Minute nach der Injektion unter Krämpfen zugrunde gegangen. 5 mg pro 1 kg Körpergewicht intravenös gegeben, wurden ohne Reaktion vertragen. *v. Neureiter (Riga).*

Reyer, George W., and Harold W. Kohl: Air embolism complicating thoracic surgery. Report of ten cases. (Luftembolie als Komplikation in der Thoraxchirurgie. Bericht über 10 Fälle.) (*Med. serv., Fitzsimons gen. hosp., Denver.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 87, Nr. 20, S. 1626—1630. 1926.

Einer kurzen Darstellung der Symptome und einem Überblick über das vorliegende Schrifttum, speziell auch die experimentellen Arbeiten, folgt der Bericht über 10 im Fitzsimons Heereskrankenhaus im Verlaufe von etwa 4 Jahren bei vielen Tausenden von intrapleurale Lufteinblasungen beobachtete Fälle von cerebraler Luftembolie, von denen 5 zum Tode führten. In 7 von diesen 10 Fällen saß der Patient oder war im Begriff vom Operationstisch aufzustehen, als die Emboliesymptome sich bemerkbar machten. Verf. fordert deshalb, daß in allen Fällen, wo Anzeichen dafür bestehen, daß eine Luftembolie eingetreten sein kann, die Vorschrift, den Kopf für mindestens 10 Minuten tief zu halten, streng befolgt wird. Die Tief Lagerung soll 30° gegen die Horizontale betragen. In 4 Fällen traten die Erscheinungen der Luftembolie auf, ohne daß Luft eingeführt worden war. Übelsein war in 4 Fällen das erste Symptom, über heftige Schmerzen in der operierten Seite wurde von 7 Kranken geklagt. Tonische und klonische Krämpfe standen 6mal im Vordergrund des Krankheitsbildes, 6mal waren geringere bis erste Sehstörungen vorhanden. 6 Kranke wurden völlig bewußtlos. *Graf (Landeshut i. Schles.).*

Gammel, John A.: Arterial embolism: An unusual complication following the intramuscular administration of bismuth. (Arterielle Embolien, eine seltene Komplikation nach intramuskulären Wismutinjektionen.) (*Lakeside hosp. a. dep. of dermatol. a. syphilol., Western reserve univ. school of med., Cleveland.*) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 88, Nr. 13, S. 998—999. 1927.

Verf. beschreibt 3 Fälle der eigenartigen, an der Glutaealregion nach Injektion ungelöster Wismutpräparate bisweilen auftretenden, livedoartigen, äußerst schmerzhaften Exantheme, die in der deutschen Literatur als „lokale embolische Bismogenol-Exantheme“ von Freudenthal aus der Jadassohnschen Klinik beschrieben sind und deren Pathogenese (arterielle Wismutembolien) durch Freudenthal geklärt wurde. Der 3. Fall des Verf. verlief außergewöhnlich schwer, indem außer ausgedehnten Nekrosen auch eine Peroneuslähmung auftrat. *Max Jessner (Breslau).*

Moench, G. L.: Two cases in which death followed insufflation of the fallopian tubes. (Zwei Todesfälle im Anschluß an Tubendurchblasung.) Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 89, Nr. 7, S. 522—523. 1927.

Nachdem bis Mai 1927 weit über 200 Fälle von Tubendurchblasungen ohne jede Störung vorgenommen worden waren, starben kurz hintereinander zwei Frauen im Anschluß an diesen Eingriff, trotzdem die Technik die gewohnte war und ein Druck von 220 mm Quecksilber nicht überschritten wurde.

1. 26jährige, seit 12 Jahren steril. Beide Eileiter zeigten sich bei der Probe verschlossen. Es wird eine Cervixdilatation und Abrasio in leichter Äthernarkose angeschlossen, wobei Patientin plötzlich unter Kollapserscheinungen ad exitum kommt. Obduktionsbefund: Appendektomiearbe; Netzverwachsungen; alte pleuritische Adhäsionen; reichlich Gasmassen im rechten Herzen, in der Vena cava inferior und in der Vena femoralis dextra; Uterus myomatosus; Perimetritis; verschlossene und leicht nach unten verzogene Tube; Blut und Gase im rechten Eileiter. Todesursache ist eine Luftembolie. Vermutlich waren durch die Curettage Blutgefäße eröffnet worden. Nach Tubendurchblasung soll nach Möglichkeit kein operativer Eingriff vorgenommen werden. — 2. 31jährige; seit 5 Jahren steril. Genitale o. B. Statt Kohlensäure wird zur Einblasung Sauerstoff verwendet und der Druck bis zu 200 mm Hg gesteigert. Dabei kollabiert Patientin und stirbt in wenigen Minuten. Vor der Sektion fand eine Einbalsamierung statt. Obduktionsbefund: Gas und trübe Flüssigkeit im Abdomen; Perforation einer Dünndarmschlinge; Adhäsionen zwischen Uterus und Rectum; rote Flecken in der hinteren Uteruswand (Perforation?). Die Todesursache kann hier nicht restlos geklärt werden; gegen die Möglichkeit einer Uterusperforation spricht die Tatsache, daß die verwendete starke Kanüle

eine größere Wunde hätte hinterlassen müssen. Wahrscheinlich wurden durch die starke Drückanwendung die Eileiterverschlüsse geöffnet, die Adhäsionen zwischen Uterus und Rectum gesprengt und gleichzeitig durch Loslösen des verwachsenen Eileiters der Darm verletzt. Oder zuviel Gas in der Bauchhöhle hat den Shock herbeigeführt. *Dehler (Erlangen).^{oo}*

Haselhorst, G.: Ist die Hysterographie eine ungefährliche Untersuchungsmethode? (*Univ.-Frauenklin., Hamburg-Eppendorf.*) Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 51, Nr. 29, S. 1821 bis 1824. 1927:

Die Anschauung des Verf., daß die Hystero-Salpingographie doch keine ganz harmlose Untersuchungsmethode sei, wird durch zwei Beobachtungen bestärkt.

In einem Falle handelte es sich um ein 22jähriges Mädchen mit retroflektiertem Uterus und einem kindskopfgroßen Tumor vor demselben. Aufnahmetemperatur 37,6, BKS. 15 mm (20 cm Höhe nach 1 Stunde). Abstrich: Cervix-Urethra: Gonokokken negativ. Der Uterus wird mit 40% Jodipin unter leichtem Druck ausgefüllt mit Lührscher Spritze und unter peinlichster Asepsis. In den nächsten Tagen zunehmende Leibschmerzen, geringe Blutung und Temperaturanstieg bis 39,7. Bei der Laparotomie fand man das Bild eines aseptischen Reizzustandes und etwas Exsudat, welches bakteriologisch steril blieb. Im 2. Fall handelte es sich um eine 22jährige Frau, die im 2. Monat gravide ist, und zur Unterbrechung kommt. 3 Tage nach der Hysterographie Temperaturanstieg bis 39,8. Am 5. Tage Blutungen und Temperatur 40,5. Nach Ausstoßung einer 6 cm langen Frucht und einer stinkenden, fauligen Placenta Temperaturabfall auf 37°. In den Gewebsschnitten konnten Haufen von grampositiven Kokken und grampositiven Stäbchen festgestellt werden.

Der starke Reizzustand im 1. Fall und der Spontanabort im 2. Fall sind Folgen der Jodipinauffüllung. Wir haben bisher trotz BKS., Palpationsbefund, Provokation mit Lichtbogen und Proteinkörperinjektion keine Möglichkeit, ruhende Herde mit Sicherheit zu erkennen und latente Keime im Cervicalkanal, Uterus und Tuben nach früheren entzündlichen Prozessen auszuschließen. *Odenthal (Bonn).^{oo}*

Odenthal, W.: Über Gefahren der Utero-Salpingographie. (*Univ.-Frauenklin., Bonn.*) Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 51, Nr. 29, S. 1824—1829. 1927.

Die Hysterographie hat einige schädliche Folgen an der Bonner Frauenklinik gezeitigt. Bei diesen ist es zwar nicht zum Exitus gekommen, wie bei den von Hellmuth aus der Würzburger Klinik veröffentlichten Fällen. Es entstanden aber Veränderungen, die in einem Falle bei der Laparotomie das Bild eines Fremdkörpergranulom zeigten, wie es bei Paraffininjektionen mitunter beobachtet wird. Man findet eigentümliche große Riesenzellen und nekrotische Partien nicht nur im Lumen der Tube, sondern auch auf der Oberfläche und am Ovarium. Daneben bestanden glattwandige Hohlräume von verschiedener Größe und mit Fetttropfchen versehen an den gleichen Stellen. Störungen wurden, wie die beiden Fälle zeigten, dann beobachtet, wenn das Kontrastmittel bei den verschiedenen Kontrollaufnahmen im Tubenlumen liegenbleibt und nicht in die Bauchhöhle übertritt. Es handelt sich also in diesen Fällen um einen Verschuß im abdominellen Teil der Tube. Bisher sind Störungen bei sämtlichen gebräuchlichen Kontrastmitteln aufgetreten. Da die oben beschriebenen Veränderungen sich trotz peinlichster Asepsis und Beachtung der Gegenindikationen bildeten, so wird für die Zukunft davor gewarnt, die Indikation zur Hysterographie zu erweitern. Nach Meinung des Verf. soll sie nur bei unkomplizierter Sterilität benutzt werden. *Odenthal (Bonn).^o*

Feuchtinger, Rudolf: Über einen Fall von Radiumnekrose der Kehlkopfknorpel. (*Univ.-Klin. f. Hals-Nasen-Ohrenkrankh., Wien.*) Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngorhinol. Jg. 61, H. 5/6, S. 689—695. 1927.

Die Schädigungen in den oberen Luft- und Speisewegen nach Bestrahlung lassen sich in 3 Typen einteilen: 1. Trockenheit der Mukosen, 2. langdauernde starke Ödeme, 3. Nekrosen der Knorpel und Knochen. Zu den letzteren gehört der folgende Fall:

28jähriger Mann mit ausgedehntem Rhino-Laryngosklerom. Einlage von 30 mg Radiumsalz für 47 Stunden innerhalb von 4 Wochen, gefiltert durch Schwermetall, in den Larynx durch Tracheotomie. Nach 2 Wochen Fieber und Schmerzen nach dem Ohr mit wechselndem Larynxödem. Nach 4 Wochen Beginn des Knorpelzerfalles, angezeigt durch sehr starken Foetor. Septische Temperaturen, Aspirationsinfektion der Lungen. Durch 2malige breite Freilegung der erkrankten Larynxteile gelang es nach Entfernung und Abstoßung eines großen

Teiles des Knorpelgerüsts innerhalb eines halben Jahres, das Leben und einen Teil der Funktion zu retten.

Lüscher jun.,

Dehler, Hans: Das gynäkologische Röntgencarcinom. (*Univ.-Frauenklin., Erlangen.*) Arch. f. Gynäkol. Bd. 130, H. 2, S. 239—274. 1927.

Die von Bumm im Jahre 1922 geprägte Bezeichnung „Röntgencarcinom der Frau“, die dann von anderen Autoren kurzweg in „gynäkologisches Röntgen-Ca.“ umgewandelt wurde, wird nach exakter und ausführlicher Registrierung der in der Literatur niedergelegten Fälle von Carcinom, die nach Röntgenbehandlung eines gutartigen Genitalleidens der Frau aufgetreten sind und Mitteilung von 3 eigenen Fällen kritisiert und ihr für die bis jetzt bekannt gewordenen Fälle von Carcinom in der Röntgenmenopause die Berechtigung abgesprochen. Die kritische Würdigung der Fälle zeigt, daß etwa in der Hälfte das Ca. bereits vor der Bestrahlung bestanden haben dürfte und daher zum größten Teil vermeidbaren Fehlern der Diagnose zur Last fällt. Die bei der Kastrationsbestrahlung an Uterus und Ovar gelangenden Strahlen sind weder vom physikalischen noch vom biologischen Standpunkt aus betrachtet, geeignet als carcinogen zu wirken.

Clara Schoenhof (Prag).

Fürst, Walter: Über Strahlenschädigungen vom Standpunkt des Gynäkologen aus. (*Univ.-Frauenklin., Zürich.*) Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 57, Nr. 25, S. 591—597. 1927.

Die temporäre Kastration wird wegen der Unsicherheit und der Möglichkeit von Keimschädigungen ganz abgelehnt. Ebenso die durch Bestrahlung herbeigeführte Unterbrechung einer bestehenden Schwangerschaft, da man zwar die Früchte mit Sicherheit abtöten kann, aber dafür die Gefahren des verschleppten Aborts eintauscht. Ungewollte Bestrahlungen des schwangeren Uterus führen zu einer schweren Schädigung der Frucht, weshalb man solche Schwangerschaften unterbrechen sollte. — Bei den durch technische Fehler bei der Bestrahlung vorkommenden Schädigungen ist zwischen solchen des ganzen Körpers und lokalen Überdosierungen zu unterscheiden. Die unvermeidbare Allgemeinschädigung ist durch fortlaufende Blutbildkontrolle zu überwachen. Besonders muß man sich aber hüten, bei Fernfeldern durch ungenügende Ausblendung einen ungewollt großen Bezirk des Körpers zu bestrahlen, wodurch man leicht zu Überdosierungen mit tödlicher Wirkung kommt. Die eigentliche lokale Überdosierung im Sinne einer primären Verbrennung sollte in einem gut geleiteten Institut überhaupt nicht vorkommen; gewöhnlich handelt es sich um grobe Fehler, wie Weglassen des Filters. Anders steht es mit den sog. Spätschädigungen, deren Zustandekommen noch nicht restlos geklärt ist und die immer vorkommen können. Man soll deshalb an der untersten Grenze des Nötigen bleiben und lieber später wiederholen, als auf einmal zu viel zu geben. Der Arzt tut gut, sich für alle Fälle gegen Haftpflicht zu versichern.

v. Schubert (Berlin).

Pines, A.: Über die Möglichkeit der Übertragung einer Infektion bei Einspritzung des Inhalts sterilisierter Ampullen. Trudy naučnogo chimiko-farmaceutičeskogo instituta Jg. 1926, Nr. 14, S. 29—32. 1926. (Russisch.)

In Anlehnung an andere Beobachtungen fand der Verf., daß Infektion durch Einbringung von Keimen, die an der Oberfläche des Ampullenglases haften, möglich ist. Es ist bestimmt anzuraten, außer allen anderen Vorsichtsmaßregeln bei Injektionen die Ampullen vor dem Öffnen mit Spiritus abzureiben.

Autoreferat.

Iselin, F.: Der Schutz des ärztlichen Berufsheimnisses im Entwurf zu einer Strafprozeßordnung für den Kanton Basel-Stadt. Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 57, Nr. 38, S. 911—913. 1927.

Nach Besprechung der gesetzlichen Bestimmungen über das Berufsheimnis in den verschiedenen Ländern referiert der Autor über den Entwurf der baselstädtischen Strafprozeßordnung, wonach das Berufsheimnis von Geistlichen, Notaren, Rechtsanwälten und Ärzten und ihren Hilfskräften geschützt wird. Auch Amtsärzte sollen den Schutz genießen, soweit es Handlungen bei der Ausübung ihres Heilberufes betrifft. Strittig ist im Entwurf noch der Punkt, ob die Preisgabe des Berufsheimnisses abhängig gemacht werden soll vom Interesse der Berufsperson oder der Freigabe des Geheimnisses durch den Patienten. Referent tritt für die letztere Forderung ein. Nach dem neuen Entwurf wird auch das in der Krankengeschichte

niedergelegte Berufsgeheimnis so weit gewahrt, als der Verfasser der Krankengeschichte zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt ist. *Schönberg* (Basel).

Stähelin, R.: Der Schutz des ärztlichen Berufsgeheimnisses im Entwurf zu einer Strafprozeßordnung für den Kanton Basel-Stadt. Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 57, Nr. 38, S. 913—916. 1927.

Referent bespricht die ärztliche praktische Seite des Entwurfes zur neuen baselstädtischen Strafprozeßordnung. Die Schweigepflicht des Arztes kann keine absolute sein. Eine Durchbrechung derselben ist erwünscht aus verschiedenen Motiven im Interesse der Gesamtheit, oder einer bestimmten Gemeinschaft von Menschen (Krankenkassen), mit Rücksicht auf ein höheres ethisches Interesse (Mord, Geschlechtskrankheit), bei Befreiung des Arztes von der Schweigepflicht durch den Kranken. Auch aus Unbedachtsamkeit, Nachlässigkeit oder Fahrlässigkeit kann das Berufsgeheimnis durchbrochen werden. Selbst in den Staaten, in denen die Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht unter Strafe gestellt ist, wird eine solche nicht unter allen Umständen bestraft. *Schönberg* (Basel).

Riddell, Lord: An address on the law and ethics of medical confidences. (Über die gesetzlichen und moralischen Grundlagen des ärztlichen Berufsgeheimnisses.) *Lancet* Bd. 213, Nr. 1, S. 4—8 u. 14—16. 1927.

In England ist die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses nicht besonders gesetzlich geregelt, indessen wird eine Verletzung desselben von den Gerichten als ein schwerer Vertrauensbruch beurteilt. In Schottland dagegen kann der Arzt in solchem Falle nach gesetzlichen Bestimmungen vom Patienten zur Verantwortung gezogen werden. Nach der in England geltenden allgemeinen Rechtsauffassung kommen für das ärztliche Berufsgeheimnis folgende Gesichtspunkte in Betracht: „I. Der Arzt des Vertrauens muß das Berufsgeheimnis wahren, insoweit ihm nicht das Gesetz gestattet anders zu handeln. II. Gesetzlicher Zwang oder die Zustimmung des Patienten zur Offenbarung sowie moralische und soziale Pflichten ebenso, wie die Wahrung eigener berechtigter Interessen schließen die Schuldfrage aus. III. Es gibt keine ärztliche Schweigepflicht. Als Zeuge muß der Arzt die ihm gerichtsseitig gestellten Fragen beantworten. IV. Wie jeder andere Staatsbürger hat der Arzt die Pflicht, bei der Entlarvung und Festnahme von Schwerverbrechern mitzuwirken.“ — Diese Grundsätze werden an der Hand einer Reihe von praktischen Beispielen und fingierten Fällen erläutert und auf ihre Konsequenzen und die sich daraus für den Arzt mitunter ergebenden Schwierigkeiten hin analysiert. *K. Reuter* (Hamburg).

Bähr: Schweige- und Zeugnispflicht des Arztes. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 76, H. 4/5, S. 296—304. 1927.

Verf. beantwortet 6 Fragestellungen, die sich aus dem Thema ergeben. 1. Die Beantwortung der Frage, wie weit die Schweigepflicht des Arztes geht, bringt keine neuen Gesichtspunkte. Die Anschauung des R.G., daß der Arzt nicht unbefugt offenbart, wenn ihn „höhere sittliche Pflichten“ dazu bestimmen, wird begründet durch die Auffassung des ärztlichen Berufes als „Dienst am Volke“; ihr ist bekanntlich durch den Absatz 3 des § 293 A.E. Rechnung getragen. 2. Der beamtete Arzt unterliegt ebenso der Schweigepflicht wie der nicht beamtete. 3. In bezug auf Aussagerecht bzw. Pflicht vor Behörden (Gericht) wird Neues nicht beigebracht. 4. Der Umstand, daß Aussagerecht und -pflicht der ärztlichen Gehilfen nicht in gleicher Weise wie das der Ärzte geregelt ist, wird als ein Mangel bezeichnet, dessen Änderung bei der Reform des Strafrechtes anzustreben ist. 5. Dasselbe gilt in bezug auf die Einsichtnahme ärztlicher Aufzeichnungen durch das Gericht, deren Beschlagnahme das Schweigerecht illusorisch macht. 6. An letzter Stelle wird das Verhältnis von Aussagerecht zu Aussagepflicht im allgemeinen, nicht in bezug auf gerichtliches Verlangen erörtert. Es wird der Berechtigung in Hinsicht auf höhere sittliche Pflichten zu offenbaren, die zwar nicht rechtlich, aber moralisch bedingte Pflicht zur Aussage gegenübergestellt, die aber wegen dieser Begründung rechtlich nicht strafbar sei (Beispiel: Warnung der Braut vor Ehe mit krankem Bräutigam). *Giese* (Jena).