

Laqueur, A.: Gefahren und Schädigungen durch Maßnahmen aus dem Gebiet der physikalischen Therapie bei der Hausbehandlung. Fortschr. Ther. 10, 91—95 (1934).

Zu lange fortgesetzte Umschläge, zumal mit medikamentösen Flüssigkeiten, können nach den Ausführungen des Verf. gelegentlich zu Hautentzündungen führen, Heißluftkisten und Heizkissen, besonders bei Sensibilitätsstörung zur Hautverbrennung, zu lange fortgesetzte Quarzlichtbestrahlungen zu Hautschädigungen und unter Umständen auch zu einer Aktivierung einer latenten Tuberkulose. Die Gefahr einer Schädigung durch den elektrischen Strom bei Benutzung der zum Hausgebrauch hergestellten Galvanisierungs- und Hochfrequenzapparate wird bei einwandfreier Konstruktion als nicht groß angesehen. B. Mueller.

Levin, Max: Bromide psychoses: Diagnosis, treatment and prevention. (Brompsychosen: Diagnose, Behandlung und Verhütung.) (Harrisburg State Hosp., Harrisburg, Penn.) Ann. int. Med. 7, 709—714 (1933).

Verf. setzt auseinander, welche Schwierigkeiten der Erkennung einer Brompsychose im Wege stehen, vor allem, wenn gleichzeitig eine andere Psychose vorhanden ist, deren wegen vielleicht das Brom angewendet wurde. Zur Diagnose soll man die Walter-Hauptmannsche Probe anwenden und die Zeit des Auftretens und Schwindens geistiger Störungen mit der Zeit des Beginnes und der Beendigung des Bromgebrauches vergleichen; eine Brompsychose hellt sich gewöhnlich 2—6 Wochen nach dem Aussetzen des Broms auf. In einem vom Verf. beschriebenen Fall hätte das Zusammentreffen eines Bromdeliriums und einer beginnenden Paralyse leicht zu Irrtümern Anlaß geben können. 3 Arten von Brompsychosen unterscheidet er: 1. Geistige Hemmung, 2. Delirium und 3. Halluzinosis. Veränderungen am Nervensystem sind stets dabei. Die Behandlung soll in sofortigem Aussetzen des Broms, Kochsalzgabe, bei Unruhe Bäder, dagegen Narkotica höchstens ganz vorsichtig, im Notfalle Herzmittel bestehen. Bei jeder Brommedikation soll man größte Vorsicht und Kontrolle walten lassen. H. Müller (Dösen).

Ärzterecht.

Prost, Gerhard: Der Arzt im neuen Strafrecht. Dtsch. Ärztebl. 1933 II, 773 bis 775.

Erläuterung einiger voraussichtlich im kommenden neuen Strafgesetzbuch festzulegenden neuen Rechtsauffassungen nach der vom Preußischen Justizministerium zum Deutschen Juristentag 1933 herausgegebenen Denkschrift. Es sind dies: a) Straffreiheit kunstgerechter ärztlicher Eingriffe. Behandlung gegen den Willen des Kranken ist aber strafbar, ausgenommen diejenige, die die Erhaltung oder Ermöglichung der Wehrpflicht bezweckt und diejenige, zu der wegen Lebens- oder Gesundheitsgefahr die Einwilligung nicht rechtzeitig eingeholt werden konnte. b) Freigabe der Sterbehilfe (Euthanasie) und der Vernichtung lebensunwerten Lebens unter streng zu begrenzenden Bedingungen und Vorsichtsmaßregeln. c) Straffreiheit ärztlicher, beaufsichtigter Schwangerschaftsunterbrechung oder Tötung des Kindes in der Geburt aus eugenischen Gründen (bei zu erwartender erblicher Minderwertigkeit erheblicher Art, bei Schwangerschaft durch Notzucht oder durch offenbare Rassenschändung). d) Verbot der Eheschließung für Erbkranken. e) Bestrafung der gewissenlosen Gesundheitsgefährdung (des Volkes), z. B. durch falsche ärztliche Zeugnisse. f) Verpflichtung der Gerichte, aus § 51 freigesprochene Angeklagte, die eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder andere Personen bedeuten, in einer geschlossenen Irrenanstalt zu internieren. In Erwägung gezogen ist jedoch die Hinrichtung geisteskranker Verbrecher, die ein todeswürdiges Verbrechen begangen haben. P. Fraenckel (Berlin).

Madisson, Hans: Die Schweigepflicht des Arztes in der Gesetzgebung. Eesti Arst 13, 1—41 u. franz. Zusammenfassung 41—42 (1934) [Estnisch].

Verf. behandelt in seiner Arbeit ausführlich den Begriff des ärztlichen Berufsgeheimnisses, die den Bruch dieses Geheimnisses mit einer Strafe verfolgenden Gesetze, das Recht des Arztes auf Zeugnisverweigerung vor Gericht und die (vom Verf. bejahte) angebliche Pflicht des Arztes, ihm in Ausübung des ärztlichen Berufes kundgewordene Verbrechen den Behörden anzuzeigen. Verf. erkennt eine ärztliche Schweigepflicht nur für den Fall an, daß eine darauf bezügliche bestimmte Willensäußerung des Kranken vorliege sowie daß durch den Bruch

der Schweigepflicht ein erheblicher (materieller) Nachteil für ihn erwachse. Da Verf. auf dem Standpunkte steht, daß öffentliche Interessen wichtiger seien als private, bestreitet er das Recht des Arztes auf Zeugnisverweigerung, hält die Herausgabe von Krankengeschichten usw. für gerechtfertigt, fordert von Ärzten, als einem bewußten Staatsbürger, die Anzeige ihm bekannt gewordener Verbrechen. Die Arbeit ist vielfach angreifbar und wird im Bereich ihres Leserkreises auf Widerspruch und Zurückweisung stoßen. *Bresowsky* (Dorpat).

Krankenhaus und ärztliches Berufsgeheimnis. Freie Wohlf.pfl. 8, 381—387 (1933).

Zu kurzer Wiedergabe nicht geeignete Ausführungen über die Geschichte des ärztlichen Berufsgeheimnisses, die jetzt geltenden gesetzlichen Bestimmungen darüber, ihre Lücken, über diejenigen Persönlichkeiten, die evtl. außer dem Arzt zur Geheimhaltung verpflichtet sind (Unternehmer von Privatanstalten, nicht ärztliche Angestellte derselben), über die zur Entbindung vom Schweigegebot Berechtigten, die evtl. zivilrechtlichen Folgen unbefugter Offenbarung von Privatgeheimnissen (Schadenersatzpflicht) sowie über die Bedeutung des Einverständnisses des Berechtigten. *H. Pfister* (Bad Sulza).

Schlayer: Krankenhaus und Krankenhausarzt. Dtsch. Ärztebl. 1934 I, 66—68.

Der erfahrene Kliniker stellt zunächst einmal die Frage, ob im Krankenhaus der Führungsgrundsatz herrschen, also der Arzt der verantwortliche Leiter sein solle. Die Frage wird im wesentlichen bejaht, wobei noch darauf hingewiesen wird, daß städtische oder andere Dezernten für das Krankenhauswesen über den Kopf des verantwortlichen Arztes, ohne seinen Rat einzuholen, nicht in das Gefüge des Krankenhauses eingreifen dürfen. Ein zweiter Punkt ist die Frage, ob der Krankenhausarzt Beamter sein soll oder nicht. Hier gehen die einzelnen Auffassungen der Ärzte auseinander. Verf. erörtert auch die Meinung von Geinitz (Stettin), der die Krankenhausärzte von den Krankenhäusern wirtschaftlich ganz unabhängig machen will. Die dritte Frage, die besprochen wird, ist die, ob der Krankenhausarzt Kassenarzt sein soll, die nach der Durchführungsbestimmung vom 29. VIII. 1933 für den hauptamtlichen Krankenhausarzt mit „nein“ beantwortet wurde. Es wird jedoch auch hier darauf hingewiesen, daß die Verhältnisse in den deutschen Krankenhäusern sehr verwickelt sind und nicht so leicht für alle Fälle zu beantworten. *Nippe* (Königsberg).

Cordes: Ansprüche der Ärzte an Fürsorgeverbände aus freiwilliger Geschäftsführung. Ärztlicher Blankettwille. Hilfsbedürftigkeit. Z. Gesdh.verw. 5, 54—59 (1934).

Unerfreuliche, aber häufiger vorhandene Differenzen zwischen Ärzten und Fürsorgeverbänden sind die Folge ärztlicher Hilfsleistungen bei Kranken, welche selbst nicht zahlungsfähig, sondern unterstützungsbedürftig sind, ohne daß der Arzt dieses weiß oder sofort erkennen kann. Der Aufsatz bringt die gerichtliche Behandlung mehrerer solcher Streitfälle, wobei eine erschöpfende Behandlung der dabei möglichen Gesichtspunkte in einer gedrängten Übersicht der Ergebnisse einer Verhandlung mitgeteilt wird. Der ärztliche Sachverständige wird im allgemeinen sich mit diesen rein juristischen Fragen nicht zu befassen haben, sondern wird normierte Beweisfragen ärztlicher Art vom Richter vorgelegt erhalten (Ref.). Doch ist unter Umständen die Kenntnis der in dieser Abhandlung zusammengetragenen rechtlichen Gesichtspunkte usw. auch für den gutachtenden Arzt wichtig. *Nippe* (Königsberg i. Pr.).

Duvoir, M., et Fl. Bonnet-Roy: L'application de l'article 1384 du code civil à la pratique de la médecine. (Die Anwendung des Artikels 1384 des Code civile auf die medizinische Praxis.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 13. X. 1933.*) Ann. Méd. lég. etc. 13, 599—606 (1933).

Für die Automobilunfälle wird neuerdings statt des Art. 1382 der Art. 1384 in Schadenersatzprozessen angewandt. Nach ersterem mußte der Verletzte den Beweis erbringen, daß der Schaden durch die Schuld des Automobilisten verursacht sei. Nach letzterem ist derjenige, der den Gegenstand unter seiner Aufsicht hat, ohne weiteres für den Schaden verantwortlich, wenn dieser Gegenstand den Schaden gemacht hat. In ärztlichen Haftpflichtprozessen diesen Art. 1384 anzuwenden, wie zum Teil vorgeschlagen wird, lehnen die Verf. unter eingehender Begründung aus moralischen und rechtlichen Gründen ab, und zwar sowohl für das aktive ärztliche Handeln (Operation, Einspritzung) wie für das Unterlassen eines therapeutischen oder diagnostischen Eingriffs, da dadurch der Arzt bei seinem Handeln gefährdet würde.

G. Strassmann (Breslau).

Ducosté, Maurice: „Droit de guérir“ et thérapeutique intra-cérébrale. (Über das „Recht zur Heilung“ und über intracerebrale therapeutische Eingriffe.) (*Asile, Ville-juif.*) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 11. XII. 1933.*) Ann. Méd. lég. etc. **14**, 77—92 (1934).

Ducosté verteidigt zunächst lebhaft seine Methode, Injektionen von Heilmitteln direkt durch ein kleines Bohrloch im Schädeldach mittels Spritze auszuführen. Er weist darauf hin, daß bei Gehirnleiden die meisten Heilmittel die Blut-Liquorschranke nicht durchbrechen können und will die intracerebrale Injektion mit Erfolg bei Paralyse, Schizophrenie, Epilepsie, Encephalitis lethargica, Tetanus angewandt haben, bei Paralyse mit weit größerem Erfolg als die Malariakur verspricht. Diese Kranken sollen „gesünder, jugendlicher, leistungsfähiger als vor der Krankheit geworden sein“ (! Ref.).

Im Anschluß daran wird nun erörtert, ob der Arzt auch gegen den ausgesprochenen Willen des Kranken das Recht habe, Heilmaßnahmen anzuwenden, die er gemäß seiner besseren Einsicht in den biologischen Ablauf der Krankheit für richtig halte. Dieses wird bejaht, ja für die Pflicht des Arztes erklärt. Häufig führen minderwertige Motive zur Verweigerung ärztlicher Maßnahmen. Nur wenn die Aussichten zweifelhaft sind, käme dieses sonst allgemein gültige Prinzip nicht in Frage. Klugheit gebiete freilich vorher eine Konsultation mit erfahrenen Kollegen und deren schriftlich niedergelegte Zustimmung. Bei einer noch nicht allgemein anerkannten Heilmethode wie der intracerebralen Injektion sei das Vorgehen des Arztes schwierig, obwohl er nicht zweifle, daß die „französische Methode“ (im Gegensatz zur Malariakur W. v. Jaureggs) sich bald durchsetzen werde. D. läßt sich bei Geisteskranken schriftliches Einverständnis des Vormunds usw. geben und ist dann seiner Ansicht nach auch in den ganz seltenen Fällen geschützt, wo der Ausgang ungünstig ist oder etwa der Einwand unterlassener Malariainpfung später erhoben werden könnte. Sein Verfahren sei durch zahlreiche Tierversuche genügend gesichert und wissenschaftlich als ungefährlich begründet.

Besserer (Münster i. W.).

Spurennachweis.

● **Lenhartz, Hermann: Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. Fortgef. v. Erich Meyer. 11. Aufl. Bearb. v. A. v. Domarus u. R. Seyderhelm. Berlin: Julius Springer 1934. X, 370 S., 2 Taf. u. 180 Abb. RM. 18.60.**

Seit dem Erscheinen der letzten Auflage des früher viel benutzten Buches ist mehr als ein Dezennium vergangen. Die neue Auflage bringt den alten Aufbau, aber den großen Fortschritten der Laboratoriumsmethodik ist ausgiebig Rechnung getragen. Die straffe Darstellung ermöglicht eine ausreichende Einführung in die Technik der einzelnen Methoden; alles klinisch Wichtige ist erwähnt. Besonders die Mikromethodik ist voll zu ihrem Recht gekommen. Vielheit der Technik ist mit Recht dort, wo nichts Wesentliches an Vereinfachung oder Exaktheit erreicht wird, unerwähnt geblieben oder stark beschnitten. Bei den Liquoruntersuchungen hätte allerdings meines Erachtens neben der Goldsolreaktion (S. 351) die einfachere und gleiches leistende Mastixreaktion beschrieben werden können. — Das Buch gehört in dem neuen Gewande sicher zu den handlichsten und zuverlässigsten Führern im klinisch-chemischen Laboratorium und wird sich sicher, ebenso wie früher, zahlreiche Freunde erwerben.

Besserer (Münster i. W.).

Hamperl, H.: Die Fluoreszenzmikroskopie menschlicher Gewebe. (Path.-Anat. Inst., Univ. Wien.) Virchows Arch. 292, 1—51 (1934).

Die vorliegenden Untersuchungen wurden zum Teil mit dem Fluoreszenzmikroskop, welches Reichert-Wien (nach den Angaben von Haitinger) zusammengestellt hat, ausgeführt, zum Teil wurden sie noch kontrolliert von dem nach der Angabe des Verf. mindestens ebenso leistungsfähigen Fluoreszenzmikroskop der Firma Zeiss.

Hinsichtlich der Methodik sei nur so viel hier erwähnt, daß zum Teil die Organgewebe in frischem Zustand in physiologischer Kochsalzlösung zerzupft untersucht wurden, in der größeren Zahl jedoch an Schnittpräparaten. Als solche kamen zunächst in Betracht Gefrierschnitte, entweder an unfixiertem Material, oder, da das letztere schwer zu bearbeiten ist, an formolfixierten Organstückchen. Bei letzterer Methode ist sehr bemerkenswert, daß das sonst im histologischen Bild so störende Formalinpigment keine Fluoreszenz aufweist, andererseits aber verursacht die Formolfixierung offenbar durch Eiweißfällung entweder eine Steigerung der Fluoreszenz oder es ruft erst überhaupt eine Fluoreszenz hervor (sekundär erregte Fluoreszenz). Neben den Gefrierschnitten, die in Glycerin eingeschlossen untersucht wurden,