

Allgemeines.

Holm, Kurt: Der subjektive Faktor in der ärztlichen Begutachtung und Wege zu seiner Verminderung. *Z. Gesdh.verw.* 1, 552—557 (1930).

Zusammenfassung: 1. Für die Gutachtertätigkeit auf allen Gebieten ist die besondere Erfahrung im Gutachterwesen gleichberechtigt mit der Forderung fachärztlicher Ausbildung. 2. Größere Gutachterstellen sollten sich durchweg ein Kollegium von Fachärzten als Gutachter halten. 3. Diese Untersuchungsstellen müssen mit allen diagnostischen Einrichtungen und Beobachtungsbetten so ausgerüstet sein, daß die ambulante Untersuchung wie die klinische Beobachtung der neuesten fachlichen Entwicklung der Medizin entspricht. 4. Als eine neue Methode der Untersuchung für Gutachtenzwecke, die zwischen der einmaligen ambulanten Untersuchung und der klinischen Beobachtung steht, ist die wiederholte ambulante Untersuchung auf Vorladung wie auch die ambulante Untersuchung auf Wunsch des zu Untersuchenden einzuführen und reichlich zu benutzen. Durch diese Neueinführung werden die schädigenden Ursachen des Arbeitstages nicht ausgeschaltet, und es werden rasch vorübergehende krankhafte Zustände erfaßt, was bei der bisher üblichen klinischen Beobachtung, die zu diesem Zwecke angestellt wurde, nicht der Fall ist. 5. Allen Gutachtern sollte die konsultative Praxis im Interesse der auftraggebenden Stellen und der zu Untersuchenden gestattet werden. Konsultative Praxis läßt sich bei Fachärzten mit einer hauptamtlichen Gutachtertätigkeit im Gegensatz zu freier Praxis sehr gut kombinieren.

Kurt Mendel (Berlin).^o

Poetter: Zur Feststellung und Statistik der Todesursachen. Genügt die heute ausgeführte Leichenschau? (*Med. Ges., Leipzig, Sitzg. v. 24. VI. 1930.*) *Klin. Wschr.* 1930 II, 1796—1797.

Poetter: Zur Feststellung und Statistik der Todesursachen. Genügt die heute ausgeführte Leichenschau? *Klin. Wschr.* 1930 II, 1879—1880.

Eine genaue Todesursachenstatistik ist sehr wichtig; nach einem Vortrag von Stadtbezirksarzt Pötter in Leipzig wird in Sachsen in 30% der Sterbefälle die Todesursache durch eine Leichenfrau (Heimbürgerin) angegeben. Leipzig hat seit fast 100 Jahren eine ärztliche Leichenschau. Auch dabei ist noch viel unvollkommen; insbesondere sollten die behandelnden Ärzte auf den Leichenscheinen nicht allgemeine Bezeichnungen angeben und in zweifelhaften Fällen eine Obduktion vornehmen. Vom Frühjahr 1929—1930 sind in Leipzig von 9296 Gestorbenen 4025 (= 43,4%) in öffentlichen Krankenhäusern gestorben; von letzteren wurden 2800 seziiert, bei 13% von diesen wurde die bei Lebzeiten gestellte Diagnose nicht bestätigt. Die Ärzte müssen in der richtigen Feststellung der Todesursache eine Berufspflicht sehen.

In der Aussprache wird in Anlehnung an eine gesetzliche Bestimmung in Österreich von Hueck gewünscht, daß in zweifelhaften Fällen eine Sektion vorgeschrieben werde.

Prinzing (Ulm).^{oo}

Meixner: Lehren des Halsmannprozesses. (*Wiss. Ärzteges., Innsbruck, Sitzg. v. 30. V. 1930.*) *Wien. klin. Wschr.* 1930 II, 1157—1158.

Referat über einen Vortrag, den Prof. Meixner in der Innsbrucker Ärztegesellschaft am 30. V. 1930 gehalten hat. M. erläutert an Hand zahlreicher Lichtbilder die Tatumstände des Falles Halsmann und weist in seinen Ausführungen ganz besonders darauf hin, zu welchen Unzuträglichkeiten es geführt hat, daß sich noch vor Abschluß der Voruntersuchung die Tagespresse eingemengt hat. Vielfach erschienen Berichte und Aufsätze, die sich zum größten Teil nur auf ganz unzulängliche Grundlagen zu stützen vermochten. M. wendet sich auch gegen die Zuziehung eines Experimental-

psychologen, des Prof. Erismann, dessen Ausführungen übrigens in einem Fakultätsgutachten abgelehnt wurden.

In der Aussprache zu dem Vortrage sprach Erismann und erläuterte von seinem Standpunkt aus, daß er auf Grund der psychologischen Beurteilung der Persönlichkeit Halsmanns keinen Beweggrund zu der Tat zu finden vermöchte. — Im Schlußworte macht Meixner darauf aufmerksam, daß sich die Ausführungen Erismanns zum Teile auf Briefe stützen, die Halsmann aus der Haft geschrieben hat. Meixner spricht solchen Briefen eine volle Beweiskraft ab. *Schwarzacher* (Heidelberg).

● **Liek, Erwin: Das Wunder in der Heilkunde.** München: J. F. Lehmann 1930. 208 S. RM. 3.60.

Liek erklärt im Vorwort, daß die Wissenschaft der stärkste Feind des Wunders ist, die mechanische Weltauffassung aber versagt hat, heute wieder Plan und Schöpfer anerkannt wird. L. spricht das Wunder als das einzig Reale an, das es gibt, und führt aus, daß jeder einzelnen Zelle ein gewisser Grad von Bewußtsein, Gedächtnis und Zielstrebigkeit zuzuerkennen, tief innen im Menschen ein innerer Schöpfer am Werke ist, der im Grunde ausschließlich heilt. Der Arzt kann nur die Arbeit des inneren Schöpfers, der Erfahrungen von vielleicht Milliarden Jahren hat, unterstützen.

L. steht nicht an, u. a. zu erklären, daß er sich nicht scheuen würde, gewisse unglückliche Kranke zu Zeileis zu schicken, der Asthma durch Beblitzen heilt. Schließlich sagt L. unumwunden, daß er keinen grundsätzlichen Unterschied zwischen dem alten Zauberer und dem heutigen Arzt erblickt. Wenn auch die gewandte Schreibweise L.s Anerkennung verdient und darüber hinaus zugegeben werden kann, daß es sein ernstes Bestreben ist, den Kranken ein wohlwollender und verstehender Helfer zu sein, so geht doch zum mindesten vieles, was er sagt, weit über die Grenzen wirklichen Geschehens und wissenschaftlichen Denkens hinaus. *Klieneberger* (Königsberg).

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

● **Lockemann, G., E. Boecker und B. F. v. Bülow: Dritter Bericht über die Erforschung der Haffkrankheit. — Lentz: Rückblick.** (Veröff. Med.verw. Bd. 32, H. 2.) Berlin: Richard Schoetz 1930. 116 S. RM. 6.50.

Der erste, von v. Bülow und Otto bearbeitete Abschnitt des Berichtes versucht etwaige Zusammenhänge zwischen Haffkrankheit und chemischen und biologischen Vorgängen im Haffwasser und im Haffschlamm zu ergründen. Die Verf. gelangen bei diesen Erörterungen zu der Annahme, daß durch bestimmte Fäulnisvorgänge unter der Wirkung von Wärme und Ruhe, und vielleicht unter bakteriellen Einflüssen ein Giftstoff entsteht, der vermutlich von Schnecken, Muscheln, Würmern, Larven usw. aufgenommen und gespeichert wird. Eine Speicherung erfolgt weiter, wenn Fische, besonders Aale, diese Kleintiere in genügender Menge fressen. Eine Schädigung scheint aber erst dann zu erfolgen, wenn Warmblüter (Wasservogel, Katzen, Menschen) die mit Giftstoff bespeicherten Kaltblüter aufnehmen. Die von E. Boecker dargestellten epidemiologischen Erörterungen versuchen den Nachweis zu erbringen, daß in erster Linie der Genuß noxebehafteter Aale, vielleicht auch der anderer Fische, als krankheitsvermittelnde Ursache anzusehen ist, daß dagegen die „Gastheorie“ sich nicht mehr halten läßt. Mit der Einschränkung des Aalgenusses sei auch die Zahl der Erkrankungen schnell zurückgegangen. Sicherlich sei aber auch ein Zusammenhang mit klimatischen Erscheinungen vorhanden, indem der zeitliche Ablauf der Erkrankungen darauf schließen lasse, daß die Anzahl der noxebehafteten Aale im Haff oder der Grad ihrer Giftigkeit mit zunehmender Wärme zu-, bzw. bei Eintritt kühlerer Witterung abgenommen hat. Bezüglich der Verteilung der Krankheitsfälle auf Alter und Geschlecht hat sich ergeben, daß vorwiegend die mittleren Altersklassen und das männliche Geschlecht befallen werden. In einem kritischen Rückblick zu vorstehenden Bearbeitungen vertritt Lentz den Standpunkt, daß weder die durch abnorme Fäulnisvorgänge im Haffschlamm vermutete Giftspeicherung in den Fischen noch auch die Annahme einer Arsenvergiftung als auslösende Ursache der Haffkrankheit als befriedigende Erklärungen angesehen