

Wagner, G. A.: Zur Interruptinfrage. Mschr. Geburtsh. **90**, 445—446 (1932).

Verf. lehnt die Einleitung bzw. Durchführung des künstlichen Abortes durch Injektion von Pasten ab. Nur in einem Viertel der Fälle wurde das Ei vollständig ausgestoßen. In manchen Fällen verzögerte sich die Ausstoßung über 5—6 Tage. Teils kam es zu außerordentlich heftigen Blutungen während der Ablösung, teils zu einem Abortus incompletus. Beide machten eine nachträgliche Ausschabung oder digitale Ausräumung erforderlich. Bei Anwendung der Pasten weist Verf. ferner auf die Gefahr einer Sepsis, Luft- und Pastenembolie hin. Aus diesen Gründen warnt der Autor vor ihrer Anwendung.

H. R. Schmidt (Düsseldorf).

Hannes, Walther: Gibt es ungefährliche Methoden der Schwangerschaftsabbréchnung? (*Geburtsh.-Gynäkol. Abt., Städt. Krankenhaus, zu Allerheiligen, Breslau.*) Zbl. Gynäk. **1932**, 947—953.

Bei richtiger Anwendungstechnik sowie unter Ausschluß ungeeigneter Fälle haften dem Verfahren der künstlichen Schwangerschaftsabbréchnung mittels „Interruptin“ keine größeren Gefahren an, als den anerkannten Methoden der Schwangerschaftsabbréchnung; das Interruptinverfahren besitzt unter den angedeuteten Einschränkungen anderen Verfahren gegenüber sogar gewisse offensichtliche Vorteile. Nicht nur die Indikationsstellung zur künstlichen Schwangerschaftsabbréchnung, sondern auch ihre technische Durchführung ist eine sehr ernsthafte und nicht selten schwierige Angelegenheit, die auch in der Hand des Geübten keineswegs ungefährlich ist. Deswegen fordert Verf., daß die Ausführung der Schwangerschaftsabbréchnung ausschließlich in die Hand des Facharztes gelegt wird. Keinesfalls gehört die Technik einer Schwangerschaftsabbréchnung in die Sprechstunde als ambulante Leistung.

Rossenbeck.

Haselhorst, G.: Beitrag zur Kenntnis der cerebralen Luftembolie bei Abtreibung. Zugleich eine Erwiderung auf eine gleichnamige Arbeit von K. Neller in dieser Zeitschrift Bd. 99, S. 317. (*Univ.-Frauenklinik, Hamburg-Eppendorf.*) Z. Geburtsh. **100**, 16—28 (1931).

Verf. setzt sich ausführlichst mit den Ausführungen Nellers auseinander. Er steht auf dem Standpunkte, daß es sich bei den mitgeteilten Fällen von vermeintlicher Luftembolien bei Abtreibungsversuchen, so gut wie immer um Einspritzungen von chemisch wirksamen Stoffen gehandelt hat, welchen die klinischen Erscheinungen zuzuschreiben sind. (Neller, vgl. diese Z. **17**, 278.)

P. Klein (Prag).

Eastman, Nicholson J.: Foetal blood studies. III. The chemical nature of asphyxia neonatorum and its bearing on certain practical problems. (Blutuntersuchungen am Fetus. III. Die chemische Natur der Asphyxie des Neugeborenen und ihre Bedeutung für gewisse praktische Probleme.) (*Dep. of Obstetr., Johns Hopkins Univ., Baltimore.*) Bull. Hopkins Hosp. **50**, 39—50 (1932).

In normalen Fällen ist die CO₂-Spannung im fetalen Blut höher als im mütterlichen Armvenenblut. Die Apnoe des Kindes in utero ist also nur durch eine geringere Empfindlichkeit des fetalen Atemzentrums zu erklären. In Fällen von Asphyxie ist in erster Linie der Sauerstoffgehalt des fetalen Blutes stark herabgesetzt. Der Kohlensäuregehalt ist bei schwerer Asphyxie etwas herabgesetzt, da dieses Gas durch große Mengen von Milchsäure verdrängt wird. Das Serum-p_H ist bis zu Werten herabgesetzt, die an der Grenze der Lebensfähigkeit liegen. Der Autor vertritt den Standpunkt, daß die Anwendung von CO₂ als Wiederbelebungsmitel in Fällen von Asphyxie nicht nur überflüssig, sondern sogar gefährlich ist. Auch die übliche Hautmassage und Bäderbehandlung kann schädlich wirken. Die wesentliche therapeutische Maßnahme ist die Zuführung von Sauerstoff.

Siedentopf (Chicago).

Kunstfehler. Ärzterecht.

Swab, Charles M.: Amblyopia from ethylhydrocupreine. (Optochin-Amblyopie.) (*Dep. of Ophth., Creighton Med. Coll., Univ., Omaha.*) Arch. of Ophthalm. **7**, 285 bis 293 (1932).

Eine 31 Jahre alte Patientin, die an zentraler lobulärer Pneumonie litt, bekam 10mal

je 0,259 g Optochin in Milch. Ungefähr 6 Stunden nach Einnahme der letzten Dosis klagt Patientin über Sehstörung: sie hat nur noch Lichtschein, Pupillen weit und starr, beide Papillen blaß, Arterien eng. Therapie: Strychnin. sulfur. und Amylnitrit sowie heiße Umschläge. In kurzer Zeit kehrte das Sehvermögen zu normaler Höhe zurück, es blieb nur eine Einengung des Gesichtsfeldes für Rot und Grün. Kurt Steindorff (Berlin).^o

Scales, H. L.: Amblyopia in pneumonia after ethylhydrocupreine (optochin base). (Schwachsichtigkeit bei Lungentzündung nach Gebrauch von Äthylhydrocuprein-Optochin. bas.) *J. amer. med. Assoc.* **98**, 1373 (1932).

Ein an lobärer Pneumonie erkrankter Patient von 40 Jahren bekam 3 Tage lang Optochin. bas. (Dosis ? der Ref.). Am Abend des 3. Tages klagte er über heftige Kopfschmerzen und war vollkommen blind. Die Pupillen waren weit und reagierten träge, der Augenhintergrund war normal. Nach weiteren 3 Tagen war links eine Netzhautblutung zu sehen. 10 Tage später hatte sich das Sehvermögen gebessert, der Fundus war blaß, die Arterien fadenförmig, die Venen kollabiert, die Papillen blaß, die Netzhaut verschleiert. Nach 2 Monaten konnte Patient nur Finger zählen, die Arterien waren rechts in weiße, dünne Stränge verwandelt, die durch die verschleierte Retina durchschimmerten, links waren sie etwas weiter, die Venen waren leidlich gut gefüllt, die Pupillen weit. Kurt Steindorff (Berlin).^o

Rolando, Francesco: Sui metodi d'identificazione dei neonati. (Identifikationsmethoden beim Neugeborenen.) (*R. Stabilimento dell'Annunziata, Napoli.*) *Pediatrica Riv.* **40**, 206—209 (1932).

Versuche im Neapeler Säuglingsheim ergaben, daß die Herstellung kompletter Fingerabdrücke in der ersten Lebenswoche beträchtliche Schwierigkeiten verursacht, daß andererseits aber auch Teilabdrücke für die Zwecke des Säuglingsheims recht gut verwendbar sind. Abdrücke der *Palmae* und *Plantae* lassen sich zwar sehr leicht herstellen, sind aber infolge einer relativen Variabilität nur für wenige Monate verwendbar. Um ganz sicher zu gehen, wird deshalb neuerdings dem „Signalement“ des Säuglings eine minutiöse morphologische Beschreibung der rechten Ohrmuschel und ein Photogramm derselben beigefügt. Eitel (Berlin-Lichterfelde).^o

Bischoff, Hans: Experimenteller Beitrag zur Frage der Mistolvergiftung. (*Univ.-Kinderklin., Rostock.*) *Dtsch. med. Wschr.* **1931 II**, 1405—1406.

Brüning berichtete (vgl. diese Z. **18**, 47) über eine Beobachtung von Mistolvergiftung bei einem 10 Monate alten Säugling. Versuche an ganz jungen Meer-schweinchen, bei denen die Tiere oral Mistol erhielten, ergaben: rascher Tod der Tiere nach wenigen Tagen, spätestens in der 2. Woche. Tiere, die älter als 3 Monate waren, starben erst nach 3 Monaten. Bei den Tieren kam es zu fettiger Degeneration von Leber und Nieren. Verf. möchte auf Grund dieser Erfahrungen raten, mit der Mistol-anwendung im Säuglingsalter vorsichtig zu sein. Nassau (Berlin).^o

Duken, J.: Myositis ossificans circumscripta als Folge intramuskulärer Injektion von Blut bei Kindern. (*Univ.-Kinderklin., Jena.*) *Z. Kinderheilk.* **52**, 528—533 (1932).

16jähriges Mädchen bekommt etwa 40 ccm Blut intramuskulär in den Oberschenkel. Fast $\frac{1}{2}$ Jahr später langsam sich steigende Schmerzen. Kein Fieber, keine Schwellung. Anfänglich zeigt das Röntgenbild nur eine Periostablösung, später, etwa 7 Monate nach der Injektion typisches Röntgenbild der Myositis ossificans. Jetzt keinerlei subjektive Beschwerden mehr. — 6 $\frac{1}{2}$ jähriger Junge mit schwerer Grippe und septischem Fieber; bekam zuerst Transpulmin-, später Solvochiminjektionen. Schwellung des Beines, stärkerer Fieber. Röntgenbild: Periostverdickung und Abhebung. Annahme einer Osteomyelitis. Operation: Zuerst Eröffnung eines Abscesses mit blutigem Eiter; in der Tiefe eine schmale Knochenplatte im Muskel, die einer Myos. ossif. entsprach. Ob die Erkrankung zurückzuführen war auf die Solvochin-oder die früheren Transpulmininjektionen, blieb unklar. Dollinger (Berlin-Friedenau).^{oo}

Strauss, Ludwig: Thrombose und Lungenembolie nach intravenöser Dauertropf-infusion. (*Chir. Abt., Israelit. Krankenh., Breslau.*) *Zbl. Chir.* **1932**, 909—913.

Bericht über einen Todesfall nach intravenöser Dauertropfinfusion. Er ereignete sich nach einer wegen Gallensteinileus bei einer 59jährigen Frau ausgeführten Operation. Es entstand eine Thrombose der zur Infusion verwandten V. basilica, die zu einer tödlichen Lungenembolie führte. Die Kanüle hatte 3 Tage in der Vene gelegen; nach ihrer Entfernung war eine Störung an dem Gefäß nicht erkennbar. 2 Tage später plötzlicher Exitus. Bei der Sektion fand sich in der Art. pulm. ein 6 cm langer Embolus. Eine genaue Prüfung der V. cav., der Becken- und Beinvenen ergab überall Intaktheit des Venensystems. Die linke V. basil. war von der Stelle der bei der Abnahme der Dauertropfinfusion angelegten Venenligatur bis zur V. axillaris thrombosiert. In der V. subclav. fanden sich noch 3 Blutgerinnsel. Histo-

logisch wurde eine hochgradige Schädigung des Endothels, das im Anfangsteil der thrombosierte Vene ganz fehlte, festgestellt. Die Venenwand zeigte sehr starke Leukocytenansammlung, die sich tief in die Wand hinein erstreckte. Die Färbung auf Bakterien ergab ein negatives Resultat. Die Endothelschädigung der Vene beruhte also offenbar auf mechanischer Irritation.

E. Neupert (Berlin).

Lieblein, V.: Tödliche Lungenembolie nach Kropfoperation. *Med. Klin.* 1932 I, 292—293.

Bei einer 42jährigen Patientin, die wegen schnell wachsender adenomatöser Struma mit starken Gewichtsverlusten und Atemnot operiert worden war, zeigte sich wenige Tage nach dem Eingriff, der gut überstanden war und gute Wundverhältnisse bot, zunehmende Cyanose im Gesicht, deutliche Kurzatmigkeit und gesteigerte Atemfrequenz bei geringster körperlicher Bewegung. Kein Stridor, kein Schmerz beim Atmen, kein Husten, kein Auswurf, keine nachweisbaren Veränderungen auf den Lungen und am Herzen. Eine Erklärung für den cyanotischen Zustand konnte nicht gefunden werden. Am 11. Tage wurde der erste pathologische Befund über der rechten Lunge erhoben: Reibegeräusche in Höhe der 8. und 9. Rippe in rechter hinterer Axillarlinie mit Rasseln. Der Befund wurde als beginnende Pleuropneumonie gedeutet. 3 Tage später wird die Kranke plötzlich von einem schweren Unwohlsein befallen und kommt gleich darauf zum Exitus. Die vermutete Embolie wurde durch die Autopsie bestätigt: Thrombose der linken Vena hypogastrica und iliaca. Thromboembolie beider Hauptäste sowie zahlreicher kleinerer Äste der Lungenarterie. Zahlreiche Thromben im hypertrophischen und dilatierten rechten Ventrikel und mehrfache Niereninfarkte. Fälle von tödlicher Lungenembolie nach Kropfoperationen zählen zu den größten Seltenheiten.

Schenk (Charlottenburg).

Seifert, E.: Intravenöse Einspritzung und Thrombosegefahr. (*Chir. Univ.-Klin., Würzburg.*) *Münch. med. Wschr.* 1932 I, 172—174.

Der Verf. erlebte nach intravenöser Injektion von 10 ccm Decholin bei chronischer Cholecystitis, bei 1 l Calorose und 250 ccm Bauchhöhlenschwangerschaftsblut nach geplatzter Extrauterin gravidität, nach Einspritzung von Solganal bei Resten einfacher Grippe und endlich nach Detoxineinspritzung bei schwerem Erysipel mit Fasciennekrose Thrombosen, von denen die letzte ad exitum führte und die Sektion ein starkes Ödem der Pia ergab. Die schädigende Wirkung ist zweifellos durch die intravenöse Einspritzung hervorgerufen, die auf das Endothel und Gefäßsystem schädigend wirkte. Die schädigende Wirkung tritt aber zweifelsohne erst dann in Erscheinung, wenn das Endothelsystem durch den Krankheitsprozeß schon vorbereitet war, auch das Blut durch die Erkrankung einen trombosewirkenden Faktor (vermehrte Globuline) in sich trug, wie es sicher der Fall war bei dem Erysipel, der geplatzten Gravidität und der Grippe, vielleicht auch bei der chronischen Cholecystitis, die bis 38° fieberte (Referent). Hierdurch kommt es zur Thrombosebereitschaft (siehe Arbeiten Dietrichs); dabei wird zweifellos die Art der Einspritzung eine Rolle spielen. Hochprozentige Kochsalzlösungen oder Traubenzuckerlösungen, Metallsalzlösungen oder sogar artfremdes Eiweiß werden deletärer wirken, als ein leicht wasserlösliches Präparat von Campher, Strophanthin und dergleichen. Diese Anschauungen vorausgesetzt, soll man mit intravenösen Injektionen wenigstens in der Wahl der Mittel vorsichtig sein. (Vgl. diese Z. 19, 209; 17, 113 u. 14, 84 [Dietrich].)

Vorschütz (Hamburg).

Benecke, Erich: Über Avertinwirkung an einseitig ernährten Ratten, nebst Mitteilung eines Avertintodesfalles. (*Path.-Anat. Inst., Univ. Münster i. W.*) *Zbl. Path.* 54, 81—85 (1932).

Der Autor berichtet über einen Todesfall nach Avertinnarkose (0,1 pro Kilogramm Körpergewicht = 2,4 g). 6jähriger Junge, Herniotomie, Exitus letalis 3 Tage nach der Operation unter allgemeinen Vergiftungserscheinungen. In der Anamnese war eine 2malige Gelbsucht erwähnt. Sektion fand am 2. Tage p. m. statt. Die Sektion stellt Herzmuskelverfettung, hochgradige Fettinfiltration der Leber und Nieren fest. Mikroskopisch fand sich eine gleichmäßige infiltrative Verfettung der Leberläppchen. Die Kerne waren gut färbbar. Es bestand eine hochgradige Verfettung der Epithelien der Hauptstücke der Nierenkanälchen. Sie waren zum Teil kernlos und pigmentiert (Gallenfarbstoff). Auch die aufsteigenden Schleifenschenkel waren stark verfettet, hier und da die Epithelien verkalkt. Die Endstücke fettfrei. Sämtliche Herzmuskelfasern zeigten starke Verfettung. Im Gehirn viele Pyknosen, teilweise Auflösung der Zellen mit Verlust der Färbbarkeit und Vakuolenbildung. Mit Ausnahme des Gehirnbefundes sind die Organveränderungen in Leber, Niere und Herz sicher toxisch bedingt. Mit gewisser Wahrscheinlichkeit kann hier ein Avertintod angenommen werden. Die Operation war an sich harmlos. Der klinische Krankheitsverlauf entsprach dem einer schweren Ver-

giftung. Bei der Sektion fanden sich solche Veränderungen, die auf eine Giftschädigung zurückzuführen und typisch lokalisiert waren. Es war nicht überdosiert und die technischen Vorschriften waren sämtlich eingehalten worden. Durch Tierversuche wird versucht, die Frage der Parenchymspätschädigungen durch Avertin zu klären. Eine Anzahl Ratten wurden einseitig ernährt und vielfachen Narkosen mit Avertin unterworfen; 0,3—0,7 pro Kilogramm Körpergewicht bei subcutaner Injektion. Das Ergebnis der histologischen Untersuchungen war vollkommen negativ. Es konnten niemals, auch bei größerer Dosierung, histologische Parenchymerschädigungen nachgewiesen werden. Damit muß die Erklärung des Todesfalles zunächst offenbleiben.

H. Schmidt (Hamburg-Eppendorf).^{oo}

Martin, B., und P. Kotzoglou: Cocain als Antidot gegen Avertin. (*Chir. Univ.-Klin., Berlin.*) Dtsch. Z. Chir. 234, 115—129 (1931).

Zur Behandlung der Zwischenfälle bei Avertinnarkosen werden Injektionen von Cocain empfohlen (2 cem 1proz. Lösungen subcutan). Dadurch wird eine Atmungslähmung durch das Narkoticum aufgehoben, während eine eigentliche „Weckwirkung“ nicht auftritt. In Tierversuchen wurden die Dosierungsbedingungen dieses antagonistischen Effektes vorher eingehend untersucht. Hunde erhielten rectal 0,3—0,6 cem „Avertin flüssig“ pro Kilo und dann folgend in den tiefen Narkosestadien, zum Teil bei deutlich beginnender Atmungslähmung, 5—10 cem 1proz. Cocainlösungen intravenös oder intramuskulär. Die Atmung wurde dadurch immer stark angeregt, die Pulsfrequenz nahm meist ab, und die analgetische Wirkung hörte für einige Minuten auf. In einigen Fällen, wo die Narkose nicht so tief war, wurde nach dem Cocain auch eine vollständige Unterbrechung des Avertinschlafes beobachtet. Ferner klang die Avertinwirkung bei den cocainbehandelten Versuchstieren schneller ab.

Lendle.

Burger, G. C. E., und M. H. Tromp: Bewußtlosigkeit, Scheintod und seine Behandlung mit der Einatmung von Kohlensäure-Sauerstoffgemengen. Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1932, 2465—2485 u. dtsc.-Zusammenfassung 2485 [Holländisch].

Theoretische Begründung des therapeutischen Effektes der künstlichen Atmung und der Kohlensäureinatmung. Von gerichtlich-medizinischem Interesse erscheinen die Experimente der Autoren über das Maß der Atmungsvertiefung durch Kohlensäure.

Hammer.

Dietel, Friedrich: Ist Chloräthylspray zur Anästhesie der Haut vor Eingriffen mit dem Galvanokauter geeignet? (*Univ.-Hautklin., Erlangen.*) Dtsch. med. Wschr 1932 I, 698—699.

Ein Arzt benützte Chloräthyl zur Anästhesie zwecks Eröffnung eines kleinen Abscesses im Gesicht mit dem Thermokauter. Es kam zu einem Aufflammen an der eingespritzten Stelle, der Patient fiel vom Operationstisch und brach sich den Oberschenkel. Die Sachverständigen nahmen verschiedene Standpunkte ein hinsichtlich der Frage der Fahrlässigkeit des Arztes. Verf. machte Versuche mit Brennern verschiedener Größe an totem und lebendem Objekt, er konnte nur bei mehrmaligem vorhergehendem Hin- und Herbewegen des glühenden Brenners über dem Chloräthyl Entflammung durch die Berührung herbeiführen. Offenbar wird durch die Luftbewegung gelegentlich die brennbare prozentuale Mischung von Chloräthyl dampfen und Luft (zwischen 6,4 und 11,2%) erzeugt. Verf. warnt deshalb vor der Verwendung des Chloräthyls gleichzeitig mit der Kauterisation.

Walcher (München).

Körperverletzung durch Morphinverschreiben eines Arztes? Entscheidung des Reichsgerichts vom 25. II. 1932. Rechtsprechg u. Med.gesetzgeb (Sonderbeil. d. Z. Med.beamte 45) 45, 13—14 (1932).

Ein Arzt hatte einem auswärtigen Kranken, der an schweren Nierenkoliken litt, jahrelang täglich 0,2 Morphin teils verschrieben, teils direkt abgegeben. Als er zufällig erfährt, daß sein Kranker auch von anderen Ärzten Morphin auf Rezept erhält, stellt er das Verschreiben ein. Da der Kranke darauf einen schweren Zusammenbruch erleidet, wird der Arzt wegen Vergehens gegen das Opiumgesetz und wegen vorsätzlicher Körperverletzung angeklagt, vom L.G. aber freigesprochen. Auf Revision des Staatsanwalts hebt das R.G. auf: Gegen die Abgabe von Morphin auf ordentliche Rezeptur hat das R.G. keine Bedenken, hält aber für nötig zu prüfen, ob der Arzt eine genehmigte Hausapotheke für das anderweit abgegebene Morphin hatte. Ferner verlangt es Würdigung einer eventuellen fahrlässigen Körperverletzung, die vorliegt, wenn der Arzt voraussehen konnte und mußte, daß der Kranke sich noch anderweit Morphin verschaffte.

Giese (Jena).

Meixner, Karl: Die neuen Bestimmungen über ärztliche Sachverständige in der Strafprozeßnovelle von 1931. Wien. klin. Wschr. 1932 I, 211—213.

Kritische Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen der Österreichischen Strafprozeßnovelle vom 23. Dezember 1931.

v. Neureiter (Riga).

Richheimer: Bei einem Widerspruch zwischen der gesetzlichen Schweigepflicht und der sittlichen Pflicht, die Weiterverbreitung einer Ansteckungskrankheit zu verhindern, hat die höhere sittliche Pflicht den Vorrang. Münch. med. Wschr. 1932 I, 699.

Ein Facharzt für Frauenkrankheiten hatte dem Bräutigam einer Kranken vor deren Entlassung mitgeteilt, daß diese an Syphilis leide. Das Verlöbniß wurde daraufhin gelöst, und die Kranke klagte gegen den Arzt auf Schadenersatz. Das AG. wies die Klage ab und das LG. lehnte das Armenrechtsgesuch der Klägerin für die Berufungsinstanz ab. Der Arzt war nach § 6 GBGKr. verpflichtet, die Gefahr der Weiterverbreitung der Krankheit zu beseitigen, diese Pflicht war gegenüber der des § 300 StGB. die höhere sittliche Pflicht.

Giese (Jena).

Salinger, Fritz: Zur Frage der Herausgabe von Krankheitsgeschichten und Krankenakten. (Bemerkungen zu § 300 StGB.) (Städt. Heil- u. Pflegeanst. Herzberge, Berlin-Lichtenberg.) Psychiatr.-neur. Wschr. 1932, 198—201.

Die Ärzte sind berechtigt, im Strafverfahren Auskunft über Patienten gemäß § 300 StGB. zu verweigern, solange sie nicht von den Patienten zur Auskunfterteilung ermächtigt sind. Ebenso sind die Krankenhausleiter berechtigt, die Herausgabe von Krankengeschichten zu verweigern. Dagegen müssen sie die Beschlagnahme von Krankheitsgeschichten dulden, sie können aber den Beschluß der Beschlagnahme anfechten, was bereits in mehreren Fällen Erfolg gehabt hat. Die Frage ist de lege lata nicht genügend geklärt. De lege ferenda ist von mehreren Seiten vorgeschlagen worden, die Strafprozeßordnung dahin zu ergänzen, daß Aufzeichnungen der nach § 52 StPO. verweigerungsberechtigten Personen über Mitteilungen der Beschuldigten nicht der Beschlagnahme unterliegen. Auch bei Herausgabe von Krankenakten in Zivilprozessen empfiehlt es sich, größere Vorsicht walten zu lassen, da sich in den Akten oft Briefe befinden, die Mitteilungen des Kranken oder Mitteilungen über Kranke enthalten, welche nur dem Arzte anvertraut sind. Entweder ist auch zur Herausgabe solcher Akten die Zustimmung erforderlich, oder die betreffenden Aktenstücke müssen vorübergehend aus den Akten vor ihrer Übersendung an das Gericht entfernt werden. *Autoreferat.*

Hulst, J. P. L.: Totenschein, Begräbnisgesetz und Rechtsprechung. Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1932, 2650—2654 [Holländisch].

Der mit der Todesbescheinigung betraute Arzt gibt einen Totenschein über solche Personen, welche entweder ohne ärztliche Hilfe oder eines gewaltsamen Todes gestorben sind. Es sollen hierfür am besten gerichtlich-medizinisch und kriminalistisch geschulte Ärzte ernannt werden, denn nicht jeder Arzt besitzt die benötigten Kenntnisse. Über die ärztlich behandelten Kranken gibt in erster Instanz der behandelnde Arzt den Schein ab. Nur wenn die Vermutung eines gewaltsamen Todes vorliegt, ist der beamtete Arzt zuständig. Der praktische Arzt ist gesetzlich einerseits verpflichtet, die Todesursache so genau wie möglich mitzuteilen, andererseits ist er verpflichtet, seinem Berufsgeheimnis Rechnung zu tragen. Diese beiden einander widersprechenden gesetzlichen Bestimmungen bringen den Arzt in eine unmögliche Lage. Am besten wäre, den Arzt einfach zu verpflichten, die Todesursache so genau wie möglich mitzuteilen. Beim Selbstmord und in Fällen von kriminellem Tode entstehen keine Gewissenskonflikte mehr und wird die gerichtliche Untersuchung nicht unnötig erschwert.

J. P. L. Hulst (Leiden, Holl.).

Grosz, Karl: Über die sogenannte „Befangenheit“ des psychiatrischen Sachverständigen. Wien. med. Wschr. 1932 I, 363—364.

Kurze Erörterung der juristischen und psychologischen Gründe, die zur Befangenheit des psychiatrischen Sachverständigen führen können. Zu den psychologischen Gründen gehört Insuffizienz gegenüber der gestellten Aufgabe. *Seelert (Berlin-Buch).*

Steiner: Die Zulässigkeit der Blutentnahme. Schweiz. med. Wschr. 1932 I, 380—381.

Sehr oft pflegen Polizeiorgane nach einem Unfälle die Blutentnahme zur Alkoholbestimmung anzuordnen. Diese bedeutet aber ohne allen Zweifel einen Eingriff in die körperliche Integrität der betr. Person und darf daher nur entweder mit Zustimmung der zu untersuchenden Person oder auf Grund gesetzlicher Vorschrift (die aber in der Schweiz noch nirgends besteht) ausgeführt werden. — Die Einwilligung sollte sofort protokolliert und, wenn möglich, unterschrieben werden. Sollte sie verweigert werden, so ist die betr. Person darüber aufzuklären, daß diese Weigerung protokolliert wird. Sollte die betr. Person bewußlos oder nicht zurechnungsfähig sein, so muß von der

Blutentnahme abgesehen werden (es sei denn, daß mit Rücksicht auf die Behandlung, also im Interesse des Patienten, eine Blutentnahme erforderlich ist — in diesem Falle steht aber das Ergebnis unter dem Schutze des ärztlichen Geheimnisses). Ist die Untersuchung für die Strafakten vorgenommen worden, so hat nur die Behörde darüber zu bestimmen, wem in die Akten Einblick gewährt werden soll. Der Arzt hat sich dritten (also auch Versicherungsgesellschaften) gegenüber jeder Mitteilung zu enthalten. Hat jedoch der Geschädigte sich selbst zum Arzte begeben und die Untersuchung gewünscht, so ist der Arzt an das Berufsgeheimnis gebunden und muß den kantonalen Vorschriften über die Zeugnispflicht des Arztes entsprechend handeln. *Eisner.*

Meyer, Fritz M.: Waren die Morphinrezepte ärztlich begründet? *Med. Welt* 1932, 749—750.

Beschreibung eines forensischen Falles, in welchem ein Arzt große Dosen lange Zeit verschrieb, ohne auf eine Kur zu dringen; von der verschriebenen M-Menge wurden 5 weitere Morphinisten versorgt. Das freisprechende Urteil fußte im wesentlichen auf den drei gerichtlichen Sachverständigengutachten, die zu entgegengesetzten Ergebnissen kamen. (NB.: Wann wird dem Gericht einmal die richtige Sachverständigenauswahl klargemacht?)

Leibbrand (Berlin).

Leonhard: Unterlassungsklage gegen wissenschaftliche Kritik. *Z. ärztl. Fortbildg* 29, 307—308 (1932).

Das Dresdener OLG., bekannt durch seine merkwürdigen Urteile im Rechtsstreit v. Ka pff gegen Hygieneausstellung und Dr. Neustätter, fordert erneut zur Kritik eines Urteils heraus. Ein Arzt, Anhänger der biochemischen Heilweise, hat verlangt, daß aus dem Ausstellungskatalog folgende Worte entfernt werden: „Wer da . . . an die Beseitigung aller Krankheiten nur gerade durch die biochemischen Salze in unausdenkbarer Verdünnung glaubt, huldigt solchem Aberglauben.“ LG. und OLG. haben der Klage stattgegeben, aber diesmal nicht auf Grund des Ges. unl. Wettb. oder § 823 BGB., sondern aus § 824 BGB., wonach zum Schadenersatz verpflichtet ist, wer der Wahrheit zuwider eine Tatsache behauptet oder verbreitet, die geeignet ist, den Kredit eines anderen zu gefährden oder sonstige Nachteile für dessen Fortkommen herbeizuführen. Leonhard betont, daß das Urteil schon deshalb fehlerhaft, weil ein Werturteil keine Tatsache im Sinne des § 824 ist. Eine Beweiserhebung über den Wert eines bestimmten Heilverfahrens im allgemeinen könnte nur dazu führen, das Werturteil der Beklagten durch ein anderes Werturteil zu ersetzen, ohne daß dadurch eine bestimmte Tatsache bewiesen oder widerlegt werden könnte. Auch in diesem Falle ist vom OLG. wie im Falle Dr. Neustätter mit dem Verständnis des Durchschnittslesers operiert worden.

Daß derartige Urteile zur Folge haben müssen die wissenschaftliche Kritik zu unterbinden, ist klar. Das RG. hat auf Revision des Beklagten die Klage zur Entscheidung an einen anderen Zivilsenat zurückverwiesen. (Vgl. diese Z. 19, 370.) *Giese.*

Kösters, Josef: Die Haftung des Arztes. Erlangen: Diss. 1931. 46 S.

Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick wird besprochen die Haftung des Arztes aus Vertrag, aus Geschäftsführung ohne Auftrag, aus unerlaubter Handlung, ferner die Haftung des beamteten Arztes, die für Diebstähle im Wartezimmer, für Vertreter und Hilfspersonen und die Möglichkeit des vertraglichen Ausschlusses oder der Beschränkung der Haftung. Auf Einzelheiten kann nicht eingegangen werden; wertvoll sind die zahlreich angeführten Gerichtsentscheidungen. *Giese* (Jena).

Warneyer, O.: Zurückgelassene Fremdkörper im Spiegel des Rechtes. *Chirurg* 4, 288—292 (1932).

Ein Kranker, wegen Wurmfortsatzentzündung operiert, war dadurch geschädigt worden, daß ein in der Bauchhöhle zurückgebliebener Gazestreifen eine langdauernde Eiterung verursacht hatte. Der gegen die Stadtgemeinde gerichteten Schadenersatzklage hatte das OLG. stattgegeben, das RG. bestätigte das Urteil: Wenn auch der Sachverständige ein grobes Verschulden mit Recht verneinte, so lag doch eine Außerachtlassung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt vor. Es mußte ein Mittel gefunden werden, wodurch das Hineinrutschen der Gaze verhindert und die Entfernung sämtlicher Tampons gewährleistet war. Es lag kein die Operation erschwerender Zwischenfall vor. Gerade entgegengesetzt entschied das RG. im folgenden Falle: Bei einer Ovariotomie war eine Gazeserviette in der Bauchhöhle zurückgeblieben, die Nachoperationen und Gesundheitsschädigungen zur Folge hatte. Die Schadenersatzklage wurde in allen Instanzen abgewiesen. Der Operateur hatte eine der üblichen Sicherungsmaßnahmen — Heraushängenlassen eines Zipfels aus der Bauchhöhle oder Anklemmen — angewandt, und trotzdem war das Ereignis eingetreten, weil eine dreifache, nicht voraussehbare und nicht vorausgesehene Komplikation während der Operation eingetreten war, die schnellstes Handeln erforderte. Erwähnt wird in dem Urteil die Unzuverlässigkeit des Abzählens der Servietten; ist es doch vorgekommen, daß wegen vermeintlichen Fehlens

einer Serviette die Bauchhöhle nochmals geöffnet, aber nichts gefunden wurde, weil in Wirklichkeit nichts in der Bauchhöhle zurückgeblieben war. Das R.G. billigt also nicht den Standpunkt Schiedermaiers, der im Zurücklassen eines Fremdkörpers in der Bauchhöhle stets ein Verschulden des Arztes erblickt, wenn nicht ganz außergewöhnliche Umstände vorliegen. Das R.G. hat inzwischen auch Stellung genommen über den in dieser Zeitschrift bereits referierten Fall, in dem ein Chirurg vom OLG. zu Schadenersatz verurteilt worden war, weil er in der Nachbehandlung einer Schultergelenkoperation beim Verbandwechsel ein Drainrohr versehentlich in der Wunde zurückgelassen hatte in der Annahme, daß es bei dem Verbandwechsel herausgerutscht sei. Das R.G. hat seine Revision zurückgewiesen, weil er seine Sorgfaltspflicht insofern verletzt habe, als er nicht sofort durch Röntgenuntersuchung nach dem fehlenden Drainrohr gesucht hätte. (Vgl. diese Z. 16, 295.) *Giese (Jena).*

Ebermayer: Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Dtsch. med. Wschr. 1932 I, 259—261, 455—456 u. 627—629.

Die Wegnahme der Gallenblase gelegentlich eines fruchtlosen Versuchs, ein Magengeschwür zu operieren, ist, wenn sie ohne vorherige Einwilligung des Kranken geschieht, eine rechtswidrige Körperverletzung, deren Strafbarkeit nur entfallen kann, wenn der Arzt mit gutem Grund annehmen darf, daß der Kranke damit einverstanden gewesen sein würde. — Ein Mädchen, das von ihrem Freund mit Syphilis angesteckt worden war, klagte nach Aufhebung des Verlöbnisses auf Ersatz alles entstandenen und noch entstehenden Schadens. Das BG. gab der Klage statt, da der Beklagte zugestanden hatte, daß er infiziert war, als er das Mädchen während des Verlöbnisses zur Untersuchung zum Arzt geschickt hatte. Das OLG. legte dem Beklagten den Eid auf, zu schwören, daß er bis zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht gewußt habe, krank zu sein. Die Klägerin sei zwar von ihm angesteckt worden, könne aber ein Verschulden des Beklagten nicht nachweisen. Das R.G. hob das Urteil auf und verwies zur erneuten Verhandlung zurück. Aus der Besprechung des Rechtes an Krankengeschichten (Strube und Philippsborn im Deutschen Ärzteblatt 1931): Die Krankengeschichte ist eine Privaturkunde des Arztes und sein Eigentum, er muß über ihren Inhalt schweigen nach § 300 StGB. Einer Krankenhausverwaltung, die das Recht der Aufbewahrung und des Besitzes hat, steht das Verfügungsrecht nicht ohne Mitwirkung des Abteilungsarztes zu. Das geistige Urheberrecht des Verf. kommt in dem allein dem Arzt zustehenden Urheberrechtsschutz zum Ausdruck. Nach § 75 Ges. über das Verfahren in Versorgungssachen sind öffentliche Anstalten verpflichtet, den Versorgungsbehörden Krankenpapiere zur Einsichtnahme mit Zustimmung des Versorgungsberechtigten zu überlassen. Da dieser sich häufig der Tragweite seiner Einwilligung nicht bewußt sein kann, weil er nicht wissen kann, was alles in der Krankengeschichte über ihn enthalten ist, wird eine Änderung dieser gesetzlichen Bestimmung gefordert, ebenso die Freistellung von der Beschlagnahme nach § 97 StPO. (Vgl. diese Z. 16, 344.) *Giese (Jena).*

Haftpflicht des Arztes bei Heiratsattesten. Münch. med. Wschr. 1932 I, 575.

Ein Mann hatte sich vor der Heirat ein Gesundheitszeugnis ausstellen lassen. Die von der Hochzeitsreise infiziert zurückkehrende Ehefrau verklagte die Witwe des inzwischen verstorbenen Arztes auf Schadenersatz. Im Urteil des LG. ist über die an Zeugnisse zu stellenden Anforderungen gesagt, daß ärztliche Atteste so ausgestellt sein müssen, daß eine Schädigung Dritter ausgeschlossen oder doch nach Möglichkeit vermieden wird. Es wird verlangt, daß entweder der Zweck des Zeugnisses angegeben wird (in diesem Falle könne sich der Arzt auf eine Teiluntersuchung beschränken) oder daß, wenn das nicht geschieht, der Arzt ausdrücklich angibt, welche Untersuchungen er angestellt hat und welches Ergebnis diese gehabt haben, so daß ohne weiteres ersichtlich ist, inwieweit eine Untersuchung nicht stattgefunden hat. *Giese (Jena).*

„Gern hab' ich die Frau'n geküßt“ — für den Arzt verboten. Das Reichsgericht in Schwierigkeiten. Z. ärztl. Fortbildg 29, 224—225 (1932).

Einem Arzte, der gelegentlich eines Hausbesuches eine zu Bett liegende 16jährige Kranke geküßt hatte, war von der Ortskrankenkasse gekündigt worden. Das OLG. bezeichnete das Verhalten des Arztes zwar als ungehörig, hielt aber einen wichtigen Grund zur Entlassung nach § 626 BGB. nicht für vorliegend und erkannte auch seinen Anspruch auf Unterlassung der in einem Rundschreiben der Kasse über ihn aufgestellten Behauptungen an. Das R.G. wies den letzteren Anspruch ab, bestätigte aber im übrigen das Urteil des OLG. *Giese (Jena).*

Herz, H.: Zur Frage des Wahlrechts von Irrenanstaltsinsassen. Psychiatr.-neur. Wschr. 1932, 295—297.

Nach dem Reichswahlgesetz vom 27. IV. 1920 ist vom Wahlrecht ausgeschlossen, 1. wer entmündigt ist oder unter vorläufiger Vormundschaft oder wegen geistiger Gebrechen unter Pflugschaft steht, 2. wer rechtskräftig durch Richterspruch die bürgerlichen Ehrenrechte verloren hat. Behindert in der Ausübung ihres Wahlrechts sind Personen, die wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche in einer Heil- und

Pflegeanstalt untergebracht sind. Nach den Ausführungen von Herz findet diese Bestimmung keine Anwendung auf Kranke, die sich in psychiatrischen Sonderabteilungen von allgemeinen Krankenanstalten, in psychiatrischen Kliniken der Universitäten und in Stadtasylen befinden, die nur der vorübergehenden Unterbringung Geisteskranker dienen, sowie auch auf Personen, die sich zur Beobachtung ihres Geisteszustandes in der Anstalt befinden, deren geistig anomaler Zustand also noch gar nicht feststeht. — Das Gesetz will den Geisteskranken oder Geistesschwachen nicht als solchen von der Wahl ausschließen, sondern es knüpft an das Vorliegen gewisser äußerer Umstände an, nämlich an die Entmündigung (Pflegschaft) oder an die Tatsache des Untergebrachtseins in einer Heil- und Pflegeanstalt, sonst müßten ja auch die Insassen einer Privatirrenanstalt oder in Familienpflege befindliche Geisteskranke behindert sein. — Bei solchen Kranken, bei welchen die Ausübung des Wahlrechts praktisch Gemeingefahr herbeiführen würde, ist aus diesem polizeilichen Grunde eine Verhinderung der Wahlausübung statthaft. — Die Insassen der nicht als „Heil- und Pflegeanstalten“ anzusehenden Anstalten sind auf Wunsch in das Wahllokal zu führen. Verhinderung ihrer Wahlbetätigung ist strafbar nach §§ 107, 339 Abs. 3 StGB.

Salinger (Herzberge).

Schläger: Die Sterilisierung. Med. Klin. 1932 I, 775.

Mit Einwilligung des Kranken kann der Arzt die Sterilisierung zu Heilzwecken vornehmen, wenn sie nach medizinischen Grundsätzen geboten ist. Erfolgt dagegen die Sterilisierung mit Einwilligung aus rassehygienischen oder eugenetischen Gründen, so ist sie strafbar, weil das geltende Recht schweren und gefährlichen Körperverletzungen gegenüber, die nicht zu Heilzwecken erfolgen, die körperliche Unversehrtheit als ein Gut betrachtet, das im Allgemeininteresse geschützt werden muß und auf dessen Erhaltung nicht verzichtet werden kann.

Giese (Jena).

Schonungslose Diagnosemitteilung als fahrlässige Körperverletzung. Münch. med. Wschr. 1932 I, 575.

Fahrlässige Körperverletzung durch schonungslose, zur Geisteszerrüttung des Patienten führende Mitteilung der Diagnose? Entscheidung des Reichsgerichts vom 29. II. 1932. 2 D. 57/32. Rechtsprechg u. Med. Gesetzgeb (Sonderbeil. d. Z. Med.-beamte 45) 45, 17—18 (1932).

Ein Heilkundiger hatte einer Frau auf Grund seiner Irisdiagnose gesagt, daß sie an Krebs und Blutvergiftung leide. Die Kranke verfiel daraufhin in eine schwere Depression, die ihre Überführung in eine geschlossene Anstalt nötig machte, wo sie bald nach ihrer Aufnahme an Herzschlag starb. Das I.G. verurteilte den Heilkundigen wegen fahrlässiger Körperverletzung zu 100 M. Geldstrafe, weil er hätte voraussehen müssen, daß seine unverhüllte Mitteilung die Kranke körperlich und geistig schwer schädigen könne. Das RG. verwies zurück, weil der ursächliche Zusammenhang zwischen Mitteilung und Geisteskrankheit nicht genügend geklärt sei.

Giese (Jena).

Ist die Bezeichnung „Kurpfuscher“ oder „Heilkundiger“ eine strafbare Beleidigung? Aus dem Urteil des OLG. Breslau vom 28. IV. 1931. — Aktenz.: 18. V. 25. 31. Rechtsprechg u. Med. Gesetzgeb (Sonderbeil. d. Z. Med.-beamte 45) 45, 17 (1932).

Der Ausdruck Kurpfuscher kann nach dem Sprachgebrauch nur dann eine Beleidigung enthalten, wenn damit dem Heilkundigen vorgeworfen werden soll, er sei eine Art Betrüger, der nur um des Gewinnes willen entgegen seiner besseren Überzeugung zum Schaden für die Menschheit tätig werde. In der Hinzufügung der Anführungszeichen zu dem Worte „Heilkundiger“ kann eine Kundgebung der Mißachtung liegen, muß es aber nicht unbedingt. Nach Auffassung des Amtsgerichts hat der Angeklagte dadurch nur zum Ausdruck gebracht, daß er Zweifel habe, daß der Privatkläger als ein nicht fachtechnisch Vorgebildeter Kranke heilen könne.

Giese (Jena).

Hellwig, Albert: Zur Frage der betrügerischen Kurpfuscherei. Dtsch. med. Wschr. 1932 I, 341—342.

Aus Anlaß der Verurteilung eines Schriftstellers, der seit Jahrzehnten Kurpfuscherei betreibt, stellt Hellwig die Frage, ob es tatsächlich, wie das Urteil meint, auch unter Ärzten ganz allgemein üblich sei, ihren Kranken zu erklären, ihre Krankheit sei heilbar, auch wenn sie selbst erkennen, daß dies nicht der Fall sei.

Giese (Jena).

Gerichtliche Entscheidung: Biochemieprozeß. Münch. med. Wschr. 1932 I, 495.

Dr. Neustätter wendet sich gegen die Ausführungen des Dresdner OLG.-Präsidenten, die dieser auf die Kritik über das bekannte Dresdner OLG.-Urteil betreffend Warnung vor Anwendung der Biochemie durch die Hygieneausstellung gemacht hat. Irrtümlich sei die Darstellung, insofern behauptet wird, daß im Urteil kein Werturteil über die Biochemie abgegeben worden sei, während dies tatsächlich aus dem Wortlaut der Urteile sowohl des LG. wie des OLG. hervorgeht. Das OLG. sei päpstlicher als der Papst gewesen, als es annahm, der gewöhnliche Leser denke bei den Worten „Beseitigung aller Krankheiten“ nur an solche Krankheiten, für die die Biochemie überhaupt in Betracht komme. Auch Senatspräsident Dr. Leonhard ist der Meinung, daß das OLG. seiner Feststellung ein medizinisches Werturteil zugrunde gelegt hat, daß es noch dazu zu Unrecht aus einem Schriftsatz der Beklagten herausgelesen hat. (Vgl. Leonhard, diese Z. 19, 367.) *Giese (Jena).*

Berger, Hermann: Neue Wege für die Erforschung und Bekämpfung des Kurpfuschertums. Z. psych. Hyg. (Sonderbeil. z. Allg. Z. Psychiatr. 96) 5, 3—7 (1932).

Nach resignierender Feststellung, daß der ganze bisherige Kampf gegen das Kurpfuschertum nichts von positiven Erfolgen aufzuweisen hat, sondern bisher nur eine Art Hemmschuh von dem Abgleiten in den Abgrund gewesen ist, fordert Verf. eine Erforschung der psychischen Grundlagen der Kurpfuscherei. Sowohl bei den Ausübenden wie auch bei den Hinnehmenden vermutet er, daß deren seelische Untergründe in einem sehr erheblichen Teil nicht als normal zu bezeichnen sind. Der große Anteil der Schwindler unter den Heilgewerblern dürfte in engen Beziehungen zu dem Psychopathentum stehen. Bei vielen der Kurpfuscherpatienten nimmt Verf. einen als gefährdet einzuschätzenden Seelenzustand an. Psychisch unhygienische Verhältnisse sind der Nährboden für die Aufnahme der Kurpfuscherei. Unter diesen Voraussetzungen ist es eine Aufgabe des Verbandes für psychische Hygiene, den Kampf gegen das Kurpfuschertum von der psychischen und psychiatrischen Seite aufzunehmen, wofür Verf. eine enge Arbeitsgemeinschaft zwischen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums und dem Verbands für psychische Hygiene fordert. Ein Zusammenwirken mit anderen Ländern in der Kurpfuscherbekämpfung wird als wünschenswert erachtet, wobei die Internationalität des Verbandes für psychische Hygiene als besonders wertvoll für die praktische Auswirkung einer Gemeinschaftsarbeit angesehen wird. *Schrader (Bonn).*

Versicherungsrechtliche Medizin.**● Die Krankheitsanfänge bei chronischen Leiden.** Hrsg. v. A. Fraenkel. Leipzig: Georg Thieme 1932. 175 S. u. 15 Abb. RM. 4.—

Gesammelte Veröffentlichung von 17 Vorträgen, gehalten zu Heidelberg vom 1. bis 3. VIII. 1931 im Sanatorium Speyerershof. — Über Krankheitsanfänge bei chronischen Leiden (A. Fraenkel). — Über die Untersuchung Gesunder (Adolf Gottstein, Berlin). — Die Untersuchung Lebensversicherter auf Grund der Erfahrungen deutscher Lebensversicherungsgesellschaften (Hermann Doll, Karlsruhe). — Der Beginn chronischer Nierenerkrankungen (R. Siebeck, Heidelberg). — Über die Anfänge der Niereninsuffizienz (Erwin Becher, Frankfurt a. M.). — Über den Beginn von Hyperthyreosen (Curt Oehme, Heidelberg). — Über den Beginn des Diabetes mellitus (F. Herzog, Heidelberg). — Über den Beginn der Herzinsuffizienz (Christian Kroetz, Frankfurt a. M.). — Über die akute Digitaliswirkung zur Feststellung beginnender Herzschwäche (A. Fraenkel, Heidelberg). — Kreislaufdynamische Untersuchungen an Herzinsuffizienten (Winfried Grassmann, Freiburg i. Brg.). — Die Vorboten der schizophrenen Psychosen und ihre Verknennung (Karl Wilmanns, Heidelberg). — Die Anfänge des Alkoholismus (W. Mayer-Gross, Heidelberg). — Über den Beginn der Paralyse und Tabes und ihre Behandlung (G. Steiner, Heidelberg). — Krankheitsanfänge bei Lungentuberkulose Erwachsener (A. Fraenkel, Heidelberg). — Pathologisch-anatomisches zum Beginn der chronischen Lungenphthase (W. Pagel, Heidelberg). — Über beginnende Leberinsuffizienz (H. Staub, Basel). — Über funktionelle Leberdiagnostik (B. Weicker, Heidelberg).

Die ausgezeichneten Abhandlungen geben besonders für den in der sozialen Medizin tätigen Arzt, z. B. bei der Begutachtung der Erwerbsfähigkeit, einen guten zusammenfassenden Überblick über den Stand der modernen Forschungen. *Buhtz (Heidelberg).*

Eliasberg, W.: Über den Begriff der Tatkraft im Sinne der §§ 25 und 28 (Abs. 2) RVG 20. Können Geisteskrankheiten durch Willenskraft überwunden werden? Hängt