

### Allgemeines.

● **Hildebrand, Heinrich: Gerichtliche Medizin. Ein Leitfaden für Studierende und praktische Ärzte. 2., veränd. Aufl.** Berlin: Richard Schoetz 1932. 173 S. RM. 4.50.

Nach 5 Jahren erscheint der Leitfaden der gerichtlichen Medizin in 2. Auflage. Er ist in wesentlichen Teilen umgearbeitet und ergänzt worden. Die Lehre von den Blutgruppen ist etwas ausführlicher behandelt worden. Der Entwurf des Deutschen Strafgesetzbuches ist berücksichtigt, gelegentlich auch die Kriminalstatistik. — Der Umfang des Buches ist ungefähr derselbe geblieben, ebenso die stoffliche Gruppierung. Der Verf. hat i. a. von Literaturangaben abgesehen. Das Werkchen liest sich glatt. Es enthält eine nicht geringe eigene Kasuistik interessanter Kriminalfälle, aus der man den ausgezeichneten Arzt und Gutachter erkennen kann. Es lag nicht in der Absicht des Verf. zu schwierigen Problemen Stellung zu nehmen und Streitfragen der gerichtlichen Medizin zu erörtern. Das Buch kann als eine wohlgelungene Einführung in das Studium größerer Hand- und Lehrbücher der gerichtlichen Medizin gelten.

*Lochte (Göttingen).*

● **Finger, August: Strafrecht. (Das ges. dtsh. Recht in systemat. Darstell. Hrsg. v. Rudolf Stammler. Tl. 12.)** Berlin: Georg Stilke 1932. 276 S. RM. 11.—.

Auch für den im Strafrecht als Gutachter tätigen Mediziner ist in der eigentlich für Juristen bestimmten Darstellung von August Finger eine gut verständliche, scharfgefaßte Belehrung über die Rechtsgedanken gegeben, deren Kenntnis ja eine wesentliche Voraussetzung der Sachverständigentätigkeit ist. Es wird nur das geltende Strafrecht behandelt. Die Besprechung gliedert sich im allgemeinen wie im besonderen Teile dem Gesetz entsprechend, aber in begrifflicher Zusammenfassung des Zusammengehörigen. Die Besprechung moderner rechtsphilosophischer Fragen ist auch für den Mediziner von hohem Interesse, dessen Gebiet ja vielfach betroffen ist, wie in den Abschnitten über den Kausalzusammenhang, Schuldfähigkeit und Zurechnungsfähigkeit, Fahrlässigkeit und Notstand, Straftheorien u. a. m. Wesentliches, das der Laie ja oft im Gesetzestext nicht herausfindet, ist kurz hervorgehoben. Eine Überlastung mit Zitaten besteht nicht. Die Meinung des Verf. ist in den Erörterungen über Theorie und Praxis erkennbar. Wegen seiner knappen und gemeinverständlichen Fassung ist dieses Lehrbuch des modernen deutschen Strafrechts, das man angeregt liest, jedem medizinischen Gutachter als Einführung und als Nachschlagewerk zu empfehlen.

*P. Fraenckel (Berlin).*

**Abenheimer: Die Abfassung gerichtlicher Gutachten.** Dtsch. med. Wschr. 1932 II, 1253.

Verf. beanstandet, daß der zum Gutachter bestellte Arzt die Ausarbeitung eines Gutachtens häufig einem Assistenten überträgt und sich darauf beschränkt, dessen Arbeit zu überwachen. Es muß gefordert werden, daß sich der Sachverständige nicht ohne Nachprüfung auf die Hilfskraft verläßt und deren Ansicht ohne weiteres mit seinem Namen deckt und daß in dem Gutachten zum Ausdruck kommt, wenn ein Assistent bei seiner Erstattung maßgeblich mitgewirkt hat. Vielfach überläßt der Gutachter dem Assistenten die gesamte Aktendurchsicht und die Zusammenstellung der Literatur, wodurch Fehler gegeben sein können, weil leicht ein Streitpunkt übergangen wird und so leicht der Eindruck entsteht, der Gutachter habe diesen Punkt für unwesentlich gehalten, während er in Wirklichkeit übergangen wurde, weil der Assistent ihn für unbeachtlich hielt oder den Streitpunkt übersehen hat. Auch muß das Gericht wissen, von wem die Formulierung des Gutachtens stammt. Die Angabe der Mitwirkung des Assistenten ist auch unter strafrechtlichen Gesichtspunkten zweckmäßig und sachentsprechend, weil der gerichtliche Sachverständige, selbst wenn er ein von einem Assistenten gefertigtes Gutachten unter seinem alleinigen Namen abgibt, keineswegs seinem Assistenten die ganze strafrechtliche Verantwortung abnimmt. Der Assistent bleibt verantwortlich, wenn er absichtlich etwas Falsches in das Gutachten hineingeschrieben und auf diese Weise den Sachverständigen zu einem falschen Eid verleitet hätte. Andererseits begibt sich der Gutachter in die Gefahr,

einen fahrlässigen Eid zu schwören, wenn er ein von seinem Assistenten gefertigtes Gutachten als sein eigenes abgibt.

*Klieneberger* (Königsberg i. Pr.).

**Eliasberg, W.: Die widersprechenden Sachverständigen-Gutachten. Was sollen der Richter, die öffentliche Meinung und die Sachverständigen tun, wenn die Gutachten sich widersprechen?** Psychol. u. Med. 4, 350—356 (1932).

Verf. hat die Überzeugung, es müsse eine Übereinstimmung der Theorien und im Einzelfall der Beurteilungen zu erreichen sein, „wo es sich um Gegenstände der äußeren Natur handelt“. „Wo das aber nicht der Fall ist, da scheint uns die Ursache zunächst eben ganz und gar in der Subjektivität der urteilenden Persönlichkeiten zu liegen.“ „Mit den Tatsachen, welche die Grundlage des Prozesses bilden, mit Sachen, Sachlichkeit hat es der Sachverständige zu tun, sei es nun, daß er abstrakte Ergebnisse aus dem Gebiet seiner besonderen Sachkunde mitteilt, oder mit Hilfe seiner Sachkunde aus den konkreten Tatsachen, die ihm unterbreitet wurden, Schlußfolgerungen zieht, oder endlich, daß er die Tatsachen selbst erst mit Hilfe seiner besonderen Sachkenntnis ermittelt.“ Im Gegensatz zu dieser Versachlichungstendenz stehe nicht etwa die persönliche, individualisierende menschliche Betrachtungsweise der Angelegenheit, sondern das Handeln. „Der Handlanger des Richters in Sachen der Wahrheitsermittlung kann gar nicht seine Aufgabe erfüllen, wenn er sich nicht selbständig Ziele setzt und über ein starres Schema jederzeit hinauszugehen bereit ist. Schon die Fragestellung muß er manchmal modifizieren, eben weil er ja sachverständiger ist als der Richter. Indem nun der Sachverständige solchergestalt doch handelt, verstrickt er sich aber auch in alle Gefahren des Handelns, erliegt er mehr als in bloß erkennender Haltung einer Ideologie.“ Jeder Sachverständige sei gezwungen, die Dinge, über die er urteilt, in einer bestimmten Sicht zu sehen. So müßten die verschiedenen Gutachten daraufhin geprüft werden, ob sie Unterschiede der Sicht oder nur solche des Grades darstellen. Schlußfolgerungen in Gutachten würden häufig in Wahrheit auf die Statistik aufgebaut, ohne zu berücksichtigen, ob denn die Momente des Einzelfalles mit dem statistischen Typus übereinstimmen. „Man hat das besonders erlebt bei der Begutachtung des Anlagementes in der Unfallneurose. Entscheidend ist aber doch im Einzelfall eben das, was der Einzelfall zeigt.“ Weiter macht Verf. Vorschläge, wie sich der Richter den widersprechenden Sachverständigengutachten gegenüber verhalten soll, bezeichnet die häufige Fragestellung, ob ein Zusammenhang mit ausreichender Wahrscheinlichkeit als vorliegend erachtet werden könne, als unzulässig und stellt schließlich den Satz auf: „Die Möglichkeit zu einer vertieften Auffassung des Gutachtens liegt darin, daß man die hinter der Sachaussage stehende geistige Gesamtexistenz des Sachverständigen, die geistige Gesamtbeziehung des Gutachtens erkennt.“ *Klieneberger* (Königsberg/Pr.).

**Leclercq: Rapports de la commission chargée d'étudier la question de l'utilité de l'autopsie.** (Zur Nützlichkeit der Autopsie. [Bericht der mit dem Studium dieser Frage beauftragten Kommission.]) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 14. III. 1932.*) Ann. Méd. lég. etc. 12, 443 (1932).

Die gerichtsarztliche Sektion wird bei unvermuteten Todesfällen nach Unfällen des täglichen Lebens für erforderlich gehalten. Sie allein erlaubt festzustellen: ob der Tod bei Fehlen einer äußeren Verletzung Folge eines Unfalls und nicht einer sonstigen pathologischen Organveränderung sein kann, ob bereits vorher bestandene Krankheitsvorgänge oder Intoxikationen (z. B. Alkoholvergiftung) ganz oder teilweise für den Unfall verantwortlich gemacht werden können, ob die bei der Sektion gemachten Feststellungen (Lokalisation, Bedeutung und Art vorhandener Verletzungen) mit den Bedingungen, unter denen nach den anamnestischen Erhebungen der Unfall zustande gekommen ist, im Einklang stehen; dabei ist zu berücksichtigen Beruf, Alter, körperliche Widerstandsfähigkeit, etwaige Beeinträchtigung durch Krankheit usw. Bei Unfällen des täglichen Lebens sollen sich Gericht und Gerichtsarzt nicht mit einer äußeren Besichtigung der Leiche begnügen, sondern sobald als möglich und auf jeden Fall vor der Beisetzung die Sektion anordnen.

*Roth* (Göttingen).

**Hultkvist, Gustaf: Ärztliches Zeugnis für die Feuerbestattung.** Sv. Läkartidn. 1932, 801—812 [Schwedisch].

Bis 1907 war in Schweden für die Erlaubnis zur Feuerbestattung die amtsärztliche Leichenöffnung Voraussetzung. Nach den jetzt geltenden Bestimmungen genügt der nach einem bestimmten ausführlichen Formular ausgefüllte Totenschein des Arztes, der den Verstorbenen in der letzten Krankheit behandelte, vorausgesetzt, daß dieser Arzt Beamteneigenschaft besitzt. Ist letzteres nicht der Fall, so ist außer dem Totenschein des behandelnden Arztes noch der eines Amtsarztes nötig. Die schwe-

dische Vereinigung für Feuerbestattung weist in einer Eingabe an die Regierung auf die Umständlichkeit des Verfahrens und das Mißtrauenszeugnis, das nichtbeamteten Ärzten mit ihm ausgestellt wird, hin. Verf. führt zur Rechtfertigung der geltenden Bestimmungen eine Reihe von Fällen aus seiner Erfahrung an, in denen vom behandelnden Arzt oder seinem Stellvertreter die Todesursachen oberflächlich, leichtsinnig oder mit Rücksicht auf die Hinterbliebenen bewußt unwahr angegeben wurden. Deshalb würde Verf. für jeden Fall der Feuerbestattung die frühere Bestimmung der amtsärztlichen Leichenöffnung für zweckmäßig halten. Nebenbei wird bemerkt, daß die Frage des Totenscheinformulars, ob gewaltsamer Tod vorliegt, keine ärztliche, sondern eine juristische ist; der Arzt hat rein medizinisch die Todesursache anzugeben. Zum Schluß betrachtet Verf. die Wahrscheinlichkeit eines natürlichen (d. h. hier: eines durch den Ablauf eines Leidens verursachten) und eines gewaltsamen Todes in 5 großen Gruppen, die freilich nicht genau gegeneinander abgegrenzt werden können. Der Antrag der schwedischen Vereinigung für Feuerbestattung auf erleichternde Abänderung der jetzt geltenden Bestimmungen darf nach Ansicht des Verf. vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt aus nicht befürwortet werden. *Albrecht P. F. Richter* (Glindow [Zauche]).

● **Das Gesundheitswesen des preußischen Staates im Jahre 1930. Bearb. in d. Abt. f. Volksgesundheit d. Ministeriums f. Volkswohlfahrt. (Veröff. Med.verw. Bd. 37, H. 3.)** Berlin: Richard Schoetz 1932. XI, 420 S. RM. 18.—

Der Bericht behandelt in zwei Abschnitten das Medizinal- und Gesundheitswesen und die Gesundheitsfürsorge. Er zeigt ein weiteres Sinken der Geburtenzahl, so daß auf 1000 der mittleren Bevölkerung 18,0 Geburten kamen (18,5 im Vorjahr, 29 im Jahre 1913), in Berlin 10,3. Auch die Heiratsziffer sank von 9,3 im Vorjahr auf 8,9 p. m. Dagegen zeigt die Sterblichkeit einen Rückgang auf 10,9 p. m. gegen 11,5 im Jahre 1928 und 12,6 im Vorjahr, in welchem die Kältewelle besonders ungünstig gewirkt hatte. So kommt es daß der Geburtenüberschuß mit 6,5 p. m. gegen das Vorjahr mit 5,3 sich scheinbar gehoben hat. 1913 betrug er noch 13,0. Berlin hatte wieder einen Überschuß an Sterbefällen von 1,3 p. m. Geburtenrückgang und verminderte Sterblichkeit hatten zur Folge, daß in der Bevölkerung der Anteil der über 20 Jahre alten Erwachsenen gegen die Vorkriegszeit um 20% gestiegen, derjenige der Kinder unter 15 Jahren um 30% gesunken ist, Verhältnisse, die schon bei Berechnung des künftigen Bedarfs an Wohnungs- und Schulraum sich unabsehbar auswirken können. Die Säuglingssterblichkeit zeigt ein Absinken auf 8,4% der Lebendgeborenen (1905: 19,8%). Außer Diphtherie weisen alle Infektionskrankheiten einen Rückgang auf. Die Tuberkulosesterblichkeit sank von 8,6 auf 7,8 auf 10000 Lebende. Eine Ruhrepidemie mit 17 (3) Fällen ging von frisch eingeführten Affen aus. Die Psittacosis umfaßte seit November 1929 79 (18) Fälle. Eine Zunahme der Todesfälle an Krebs erklärt sich wohl durch die verbesserte Diagnostik. Neurasthenie, Neurosen und hysterische Reaktionen haben zugenommen, sicher auch infolge des zunehmenden Nicotinmißbrauchs. Die Zahl der gemeldeten Kurpfuscher stieg auf 7544 gegenüber 29579 Ärzten. In der Schulhygiene läßt noch immer die Unterbringung minderbegabter Kinder in Normalklassen (0,86%) viel zu wünschen übrig. Unsachgemäß ausgeführte, nachlässig bediente Hauskläranlagen bilden einen großen Übelstand in der Beseitigung der Abfallstoffe. Auf dem Gebiete des Nahrungsmittelwesens bedeutet häufige Unsauerkeit bei Herstellung von Speiseeis einen schweren Mißstand. Trotz der allgemeinen Notlage hat eine Reihe industrieller Betriebe musterhafte soziale Einrichtungen getroffen. — In Berlin wurden 94,2% in den Regierungsbezirken durchschnittlich mehr als die Hälfte aller Säuglinge von der Fürsorge erfaßt. 3 $\frac{1}{2}$  Millionen = 82% aller Volksschüler standen unter Schulgesundheitsaufsicht, 425000 Kinder erhielten Schulspeisung mit einem Aufwand von 8,3 Millionen Mark. 758 Tuberkulosefürsorgestellen hatten am Jahresluß einen Bestand von über  $\frac{1}{2}$  Million Schutzbefohlener. In 380 Beratungsstellen für Geschlechtskranke wurden 62696 Personen krank befunden, die 380 Beratungsstellen für Alkoholranke versorgten 49057 Personen, darunter 6% Frauen. Der Bericht zeigt, wie deutsche Gründlichkeit auf gesundheitlichem Gebiet trotz schwerster Notlage die schweren Schäden aufzusuchen und zu bekämpfen bestrebt ist, vielfach mit bemerkenswertem Erfolg. Bei der Fülle des äußerst mühsam zusammengetragenen Materials ist das Werk für jeden auf sozialhygienischem Gebiet tätigen Arzt und Verwaltungsbeamten unentbehrlich. *Klix* (Berlin).

● **Schlecht, Heinrich: Blutkrankheiten. (Med. Praxis. Hrsrg. v. L. R. Grote, A. Fromme u. K. Warnekros. Bd. 13.)** Dresden u. Leipzig: Theodor Steinkopff 1932. XII, 197 S., 2 Taf. u. 13 Abb. RM. 13.80.

In dem für den ärztlichen Praktiker geschriebenen Buch ist der neueste Stand der Blutlehre einschließlich der Diagnostik, Therapie und der Technik übersichtlich zusammengefaßt. Der Gerichtsarzt kann aus der Arbeit einen allgemeinen Überblick erhalten, wird

aber zur Gutachtertätigkeit über bestimmte Gebiete meist eingehendere Literatur benötigen. — In dem Kapitel Blutgruppenbestimmung, das nur klinische, nicht forensisch-medizinische Bedürfnisse befriedigen soll, ist die Ausführung der makroskopisch ablesbaren Objektträgermethode ohne Verwendung von Blutkörperchenaufschwemmungen empfohlen, obwohl mit dieser Technik erfahrungsgemäß ungenaue Ergebnisse erhalten werden, besonders wenn die Blutkörperchenprüfung mit Testserum Anti-A und Anti-B auf einem Objektträger vorgenommen wird. Im Kapitel Behandlung der Blutungsanämie findet sich ein dem Benützer u. U. verhängnisvoll werdender Irrtum des Verf., indem zur Bluttransfusion in erster Linie Blutsverwandte als geeignete Spender bezeichnet werden. „Sonst ist Voraussetzung . . . die vorherige Prüfung der Blutgruppenzugehörigkeit . . .“ Diese ist aber in jedem Falle, auch bei Blutsverwandten, unumgänglich notwendig. Auch dürfte nach den neueren Anschauungen die Zweckmäßigkeit der Verwendung von gruppengleichen Blutspendern noch etwas deutlicher hervorgehoben werden.

Mayser (Stuttgart).

### Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

**Fischer, Walther: Die Verteilung der Todesfälle auf die einzelnen Stunden des Tages.** (*Path. Inst., Univ. Rostock.*) Münch. med. Wschr. 1932 II, 1449.

Bestätigung der Feststellungen Hagentorns (Münch. med. Wschr. 1932, H. 30, 1181): Maximum der Todesfälle zwischen 4—6 Uhr früh, ein zweites und drittes geringeres Maximum von 10—12 Uhr und 13—15 Uhr, Minimum von 1—3 Uhr. Fischer findet außer dem Maximum zwischen 3—6 Uhr noch zwei gleiche Steigerungen der Mortalität um 20 Uhr und um 23 Uhr. Die Sterblichkeitskurven für beide Geschlechter laufen fast gleich. Die Minima liegen bei F. um 24 Uhr, zwei weitere Minima um 11 Uhr und um 21 Uhr.

Hasse (Diedenhofen) bringt in einer Erwiderung folgendes: Infolge des Insoptionsminimums durch den Winter hindurch bis März und April ist in diesen Monaten die menschliche Widerstandskraft maximal geschwächt. Der Grundwasserstand soll bei seinem Absinken Bodenbakterien freimachen, wodurch wiederum erhöhte Morbidität auftritt (Sommerdiarrhöe?). (Vgl. Dtsch. med. Wschr. 1932, Nr 49 [de Rudder u. a.].) Walcher (Halle a. S.).

**Davis, James E., and Arthur L. Amolsch: Preservation of thin sections of tissue in natural colors.** (Aufbewahrung dünner Gewebsschnitte in natürlichen Farben.) (*Dep. of Path., Detroit Coll. of Med. a. Surg., Detroit.*) Arch. of Path. 14, 372—375 (1932).

Die Verf. schildern die Herstellung von Sammlungspräparaten in natürlichen Farben, wie sie im Pathologischen Institut der Medizinschule in Detroit üblich sind. Die Organe werden nicht in toto, sondern nur in dünnen Schnitten konserviert. Als Fixierungsflüssigkeit empfehlen die Verf. die Lösung von Pick und Jores. Als Aufbewahrungsflüssigkeit wird eine Rohrzuckerlösung angegeben, welcher Thymol zugesetzt ist.

Das Rezept lautet: eine 50proz. Rohrzuckerlösung (hergestellt mit dest. Wasser) wird bis zum Siedepunkt erhitzt, dann gibt man Thymolkrystalle bis zur Sättigung zu. Die Flüssigkeit wird filtriert und gut verschlossen aufbewahrt. Säure, Alkali oder metallische Substanzen sollen der Lösung nicht zugegeben werden, weil sie die Messingstreifen der Aufbewahrungsgefäße angreifen. Formalin braucht nicht zugesetzt zu werden. Die Aufbewahrungsgefäße werden für das einzelne Präparat besonders angefertigt. Die Gefäße bestehen vorn und hinten aus Glasplatten, der dazwischenliegende Rahmen besteht aus Messingstreifen. Glas und Messing wird durch Asphalt miteinander verbunden. Die Messingstreifen werden außen mit Linoleum überlegt.

B. Mueller (München).

**Vries, Ernst de: Apoplexy, some facts and recent views.** (Über Apoplexie, einige Tatsachen und neue Ausblicke.) (*Div. of Neurol., Peiping Union Med. Coll., Peiping.*) Chin. med. J. 46, 679—715 (1932).

Verf. gibt unter besonderer Berücksichtigung des Schrifttums deutscher und englischer Sprache und unter Mitverwertung eigener Erfahrungen einen gedrängten Überblick über die Pathologie, Klinik und Therapie der Apoplexien, wobei er den Begriff Apoplexie definiert: „als eine plötzliche Funktionsbeeinträchtigung eines Gehirnteiles, hervorgerufen durch eine Gefäßstörung“. Verf. unterscheidet „die mit Blutdruckerhöhung und Arteriosklerose einhergehende Gruppe der Schlaganfälle, die syphilitischen Thrombosen, die Embolien, die durch Infektionen hervorgerufenen Fälle und schließlich die sekundär auf Grund eines Hirntumors, einer Encephalitis usw. zustande kommenden Schlaganfälle“. Bei Besprechung der sogenannten arterio-