

logen und dem eines anderen Arztes kein grundsätzlicher Unterschied bestünde und daß die Anwendung des § 1384 anstatt des § 1382 den Arzt in seinem Handeln stark gefährde.

G. Strassmann (Breslau).

**Fiek: Arzt, Apotheker, Arznei.** Klin. Wschr. 1934 I, 267—268.

Dem heutigen Apotheker fehlt die Zufriedenheit über die eigene Leistung, aufgebaut auf selbsterworbenem Können und Wissen, und der wirtschaftliche Entgelt für eigene Arbeit. — Grundfehler dieser Entwicklung ist der fortschreitende Materialismus, der die ethische Zielsetzung negierte, der den Arzt zum Behandeln von Krankheiten führte und den Apotheker fast überflüssig machte, weil der Materialismus die Arznei vom Heilmittel, vom Heilsbringer zur Ware erniedrigte. — Jede Entwertung der Leistung der Berufenen ist gefährlich für das Volksganze. Die zur Ware erniedrigte Arznei rächt sich auch am Arzte selber. Man gibt schranken- und gedankenlos jedem Patienten eine Arzneikonserven in die Hand. Die ursprünglich lebendige, standesorganisch gebundene Krankheitsbehandlung mit ihrer selbst konzipierten, individuellen Arzneiform durch die Hand des aus dieser Darreichungsform erwachsenen Apothekerstandes ist ausgeschaltet. — Der Arzt wird zur individuellen Rezeptur zurückkehren müssen. Voraussetzung ist, daß die Ärzte sich mit der Materie wieder mehr vertraut machen und ferner, daß die Krankenkassen die Rezeptur zulassen. Die letztere Voraussetzung ist bereits erfüllt durch die Vereinbarung der sog. „wirtschaftlichen Arzneiformeln“. — Der Apothekerstand erhofft bestimmt von der Ärzteschaft eine individuelle Verordnungsweise und die Wiedergewinnung der beruflichen Zusammenarbeit der beiden historisch und weltanschaulich zusammengehörenden Stände. *Lochte.*

### Spurennachweis. Leichenerscheinungen. Technik.

**Nicolesco, Georges: Contrôle expérimental des principales méthodes d'identification du sang en médecine légale.** (Vergleichende Untersuchung der Hauptarten der Bestimmung von Blut in der Gerichtsmedizin.) (*Inst. Méd. Lég., Univ., Strasbourg.*) Ann. Méd. lég. etc. 14, 173—187 (1934).

Unter den Farbreaktionen werden die Guajakprobe von Van Deen-Weber, die Phenolphthaleinreaktion von Kastle-Meyer, die Benzidinreaktion von Adler und die Leukomalachitgrün-Reaktion einander gegenübergestellt. Als beweisende Untersuchungsarten werden die Darstellung der Teichmannschen Krystalle und der Krystalle nach Gabriel Bertrand angeführt, schließlich die Darstellung von Hämochromogenkrystallen nach Oustinoff und Sarda-Derrien. Zum Abschluß wird noch die Spektrophotometrie im ultravioletten Licht als verlässlichste und empfindlichste Untersuchungsart empfohlen, die aber meist nur an besonders eingerichteten Untersuchungsanstalten vorgenommen werden kann.

*Breitenecker (Wien).*

**Locard, Edmond: La détermination des taches de sang par le bromure de sodium.** (Nachweis von Blutflecken mit Bromnatrium.) (*Laborat. de Police Techn., Lyon.*) Rev. internat. Criminalist. 6, 90—95 (1934).

Die beste Vorprobe auf Blut ist die von Medinger mit Leukomalachitgrün. Von den Krystallproben ist die Teichmannsche am unsichersten und gänzlich aufzugeben. Die Strzyzowskische Methode mit Jodwasserstoffsäure ist gut; Verf. hat sie noch vereinfacht. Aber die Umständlichkeit der Herstellung des HJ läßt sie hinter der Sardaschen Methode der HBr-Hämatinkrystalle zurückstehen, die unbedingt die beste ist.

Technik: Spur unter Deckglas versetzen mit NaBr 1:500, erhitzen, nicht sieden, nach Verdunstung Zufluß von Alkohol-Wasser-Eisessig aa, wieder langsam verdunsten lassen. Bei schwachen Stoffflecken längere Zeit einen Faden in kaltem Wasser einweichen, die Lösung einengen und wie eine trockene Spur behandeln.

*P. Fraenckel (Berlin).*

**Burger, George N.: The influence of iron on the benzidine and guaiac tests for occult blood.** (Der Einfluß von Eisen auf dem Nachweis verborgenen Blutes mittels der Benzidin- und der Guajacprobe.) *Guy's Hosp. Rep.* 84, 112—114 (1934).

Während die Benzidinprobe nach Zufuhr von Eisen und von Ammoniumcitrat im Stuhl sowohl bei Verwendung von wässrigen wie von Essigsäureätherauszügen Blut vortäuschen kann, ist ein solcher Irrtum bei der Guajacprobe ausgeschlossen. *Meizner (Innsbruck).*

**Holzer, Franz Josef: Über Eigentümlichkeiten beim Rotwerden der Totenflecke.** (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Innsbruck.*) *Z. Med.beamte* 47, 65—72 (1934).

Verf. stellt über die Ursache der eigentümlichen Erscheinung, daß die Totenflecke sich bei Luftzutritt von der Unterseite her rötten, Untersuchungen an. Oft sieht man zwischen dem die blassen aufliegenden Stellen umrandenden blauen Saum und den übrigen Totenflecken einen gegen den blauen Saum scharf begrenzten, lebhaft roten Streifen, der sich allmählich mehr oder weniger weit nach den Seiten und vorne verbreitert. Bei seinen Versuchen hat Verf. die Bedingungen Kälte, Feuchtigkeit und Sauerstoffzutritt gesondert geprüft. In Wiederholung Falkscher Versuche stellte er zunächst fest, daß die Reduktion des Blutrotes durch die Sauerstoffzehrung bei Frost gegenüber Zimmertemperatur ganz bedeutend verzögert ist (12 Stunden gegenüber 1—2 Stunden). Hingegen scheint die Sauerstoffaufnahme des Blutes durch die Kälte nicht behindert zu sein. Ohne Sauerstoffzutritt aber vermag Kälte violette Totenflecke nicht zu rötten. Außerdem ist dazu Feuchtigkeit erforderlich, die den Durchtritt des Sauerstoffes durch die Haut beschleunigt, so daß die Grenzschicht, wo Diffusionsgeschwindigkeit und Reduktionsgeschwindigkeit einander die Waage halten, tiefer liegt. — Durch die Wärme wird die Reduktion gesteigert, nach Regnard bis 40°, um bei 60° aufzuhören. Während Berieselung mit kaltem Wasser die Totenflecke rötet, werden sie bei Verwendung warmen Wassers, auch wenn dieses reichlich Sauerstoff mitführt, wieder blau. Prächtig ist das Farbenspiel, wenn die Leiche einer jüngeren Frucht (wegen der Zartheit der Haut zu solchen Versuchen besonders geeignet) teilweise in warmes Wasser getaucht ist. Unter Wasser die Haut dunkelviolet, oberhalb des Spiegels ein hochroter, bis mehrere Zentimeter (so weit die Feuchtigkeit reicht) hoher Saum, der nach oben allmählich wieder in violette Färbung übergeht. Nach Abgießen des Wassers werden die violetten Bezirke deutlich rot bis hellrot, um bei fortschreitender Trocknung wieder violett zu werden. Solchen Wechsel der Farben kann man auch bei in nassen Kleidern eingelieferten Leichen beobachten. Daß die Totenflecke von der Unterseite her rot werden, erklärt Verf. dadurch, daß die Haut an der Unterseite der Leiche durch die Senkung der Flüssigkeit feuchter ist und daß andererseits in dem schmalen Luftspalt zwischen Unterlage und Körperoberfläche das Trocknen stark verzögert ist, während dennoch genügend Sauerstoff in die Haut diffundieren kann.

*Meixner* (Innsbruck).

**Schraepel, Georg: Die kriminalistische Bedeutung der kataleptischen Totenstarre. Selbstmord? Notwehr? Vatermord?** *Arch. Kriminol.* 94, 8—21 (1934).

Über den dieser Darstellung zugrundeliegenden Fall ist bereits vom medizinischen Standpunkte aus von W. H. Schultze in dieser *Z.* 13, 13 [Org.] eingehend berichtet worden.

*B. Mueller* (München).

**Sambuc, E.: Contractions post-mortem de l'oreillette droite chez l'homme.** (Post-mortale Kontraktionen des rechten Herzohrs.) (*Hôp., Bachelieu, Cochinchine.*) *C. r. Soc. Biol. Paris* 114, 697—698 (1933).

Bei Obduktionen, die spätestens 7 Stunden nach dem Tode ausgeführt wurden, hat der Autor in 4 Fällen noch automatische Kontraktionen des rechten Herzohrs beobachten können, wenn er das rechte Herzohr mit der Hand berührte. Die Kontraktionen erfolgten in Abständen von 1 Sekunde und hielten 1—3 Minuten an, zum Teil noch am isolierten Herzen. In einem Falle erfolgten Kontraktionen durch 25 Minuten.

*H. Schwiegl* (Berlin).

**Massias, Ch.: Contractions spontanées et provoquées de l'oreillette droite du cœur humain après la mort.** (Spontane und provozierte Kontraktionen des rechten Herzohrs beim Menschen nach dem Tode.) (*Hôp., Socotrag, Cochinchine.*) *C. r. Soc. Biol. Paris* 114, 699 (1933).

Bei Obduktionen  $\frac{1}{2}$  Stunde nach dem Tode hat der Autor nach Eröffnung des Perikards spontane Kontraktionen des rechten Herzohrs beobachtet, die mit Unterbrechungen bis zu 20 Minuten anhielten und durch mechanische Reizung wieder hervorgerufen werden konnten.

*H. Schwiegl* (Berlin).

**Barison, Ferdinando: Studi sulla fisiopatologia del l. c. r. Risultati di misurazioni idrostatiche sul liquido cefalo-rachidiano del cadavere.** (Resultate hydrostatischer

Messungen des Liquor cerebrospinalis der Leiche.) (*Osp. Psychiatr. Prov., Ferrara.*)  
Giorn. Psychiatr. **61**, 277—293 (1933).

Verf. hat Druckmessungen des Leichenliquors vorgenommen bei sitzendem Körper, gebeugtem und gestrecktem Kopf, in Seitenlage. Es handelte sich um Leichen verschiedenen Alters und Geschlechts und die verschiedenartigsten Todesursachen sowie Todeszeiten. Der Liquordruck der Leiche hängt allein von der Höhe der Flüssigkeitssäule ab, ist bei sitzendem Körper im Mittel 14,07, bei liegendem Körper 0. Die Flüssigkeitsmenge verringert sich durch Resorption meist erst 25 Stunden p. m.

G. Strassmann (Breslau).

**Anspach, William E.:** „Miliary“ pulmonary hemorrhages on necropsy roentgenograms of children. (Miliare Lungen-Hämorrhagien bei Leichen-Lungenaufnahmen von Kindern.) (*Childr. Mem. Hosp., Chicago.*) Amer. J. Roentgenol. **30**, 768—773 (1933).

Bei 2 kleinen Kindern wurden auf Lungenaufnahmen nach dem Tode kleinste verstreute Herde gesehen, die kurz vorher während des Lebens noch nicht bestanden hatten. Anatomisch und histologisch bestanden sie aus kleinsten, frischen Blutungen, die disseminiert besonders subpleural lagen. Sie erinnern an miliare tuberkulöse Herde oder an kleinste, verstreute Herdpneumonien. Sie sind während des Todes entstanden, also eine Art Kunstprodukt. Wir müssen uns demnach hüten, aus Leichenaufnahmen etwas über den Zustand während des Lebens aussagen zu wollen. Goette (Freiburg).

**Saltykow, S.:** Über die Sektionshandschuhe. (*Path.-Anat. Inst., Univ. Zagreb.*)  
Wien. med. Wschr. **1934 I**, 413—417.

In recht breiter Darstellung werden hier die Vorteile des Kuligaschen Vorschlages [*Zbl. Path.* **17** (1906)], bei der Sektion Gummihandschuhe und darüber Zwirnhandschuhe zu verwenden, erörtert. Zur Desinfektion der Handschuhe sollen sie nach Gebrauch in 2proz. Formalin aufbewahrt werden.  
v. Neureiter (Riga).

### Versicherungsrechtliche Medizin.

**Weicksel, J.:** Die ärztliche Begutachtung in der Sozialversicherung. Münch. med. Wschr. **1934 I**, 398—402.

Übersichtsvortrag. Besonders wird betont, daß vor allem das erste Gutachten durch einen fachlich und versicherungstechnisch gut vorgebildeten Arzt erstattet werden müsse.  
Giese (Jena).

**Prost, Gerhard:** Zur Frage der Operationspflicht. Dtsch. med. Wschr. **1934 I**, 368.

Im Gegensatz zu Liebig (vgl. diese Z. **23**, 238) ist Verf. der Ansicht, daß ein Eingriff in Narkose nicht unbedingt als gefährlich bezeichnet werden darf und daher nicht vom Kranken abgelehnt werden kann; zum mindesten muß unter den verschiedenen Arten der Narkose ein Unterschied gemacht werden. Auch das Reichsgericht hat sich dieser Meinung schon angeschlossen, indem es in einem Urteile der jüngsten Zeit ausführte, daß die Gefährlichkeit der Narkose sich in letzter Zeit bedeutend verringert habe, und daher dem Kranken zugemutet werden müsse, wenn sonst, d. h. ohne Eingriff in Narkose, eine Verschlimmerung des Leidens zu erwarten sei.

Wohlgemuth (Chişinau).

**Diem, Otto:** Zur Katamnese nach Kopfverletzungen. Schweiz. Arch. Neur. **32**, 18—26 (1933).

In einer Arbeit M. Minkowskis (Schweiz. Arch. Neur. **26**, 147—208 u. **27**, 108 bis 124; vgl. diese Z. **19**, 51) hatte der Fall eines Kopfunfallverletzten eine ausführliche Schilderung erfahren, der von verschiedenen Begutachtern verschieden beurteilt worden war und, wie so oft, eine Verbindung von organischen Symptomen mit neurotischen Erscheinungen gezeigt hatte. Diem hält in solchen zweifelhaften Fällen objektive Erhebungen über die praktische Leistungsfähigkeit mit Recht oft für wichtiger als ärztliche Nachuntersuchungen. In dem angezogenen Fall ergab sich, daß der Verletzte nach Erledigung aller Ansprüche durch eine größere Kapitalentschädigung in kurzer Zeit eine Erwerbsfähigkeit in einem Grade wiedererlangt hatte, die der vollen Heilung gleichkommt. D. erblickt hierin eine Bestätigung der günstigen Prognose