

Allgemeines.

● **Perrando, G. G.:** *Manuale di medicina legale.* 2. edit. Neapel: Vittorio Idelson 1934. 816 S. (Handbuch der gerichtl. Medizin.)

Der ausgezeichnete Vertreter der gerichtlichen Medizin an der Universität Genua hat im Juli 1921 die erste Auflage eines Handbuches der gerichtlichen Medizin herausgegeben, dessen zweite Auflage, abgeschlossen im September 1934, nunmehr vorliegt. Allzu bescheiden erklärt er im Vorwort, daß sein Werk keinen höheren Anspruch erhebt, als einen Leitfaden für seine Zuhörer zu bilden; es bringt bedeutend mehr. Die an der gerichtlichen Medizin interessierten Kreise Italiens, Juristen und Mediziner haben hier ein Werk erhalten, das nicht nur den Wissensschatz unseres Faches, so wie er gegenwärtig vorliegt, wiedergibt, sondern auch jedem dieser Kreise etwas Besonderes bringt. Die Juristen werden es begrüßen, daß ihnen hier die grundlegenden anatomischen und physiologischen Tatsachen und klinisch psychologischen Lehren zugänglich gemacht werden, deren Kenntnis für die Entscheidung gerichtsärztlicher Fragen Voraussetzung ist. Den Mediziner wird es besonders erwünscht sein, hier eine ausgiebige Darstellung des geltenden Rechtes zu erhalten, auf Grund dessen ihre Aufgaben erwachsen. Es muß bemerkt werden, daß der Verf. das Gesamtgebiet der gerichtlichen Medizin behandelt, auch die Kriminalanthropologie und die Kriminalpsychologie, ebenso wie die Unfallheilkunde, bei der die Frage nach der Entschädigung der Kriegsverletzten sowie die Frage der Simulation besonders berücksichtigt sind. Es wäre eine verlockende Aufgabe, die italienische Gesetzgebung mit der gegenwärtigen und zukünftigen deutschen zu vergleichen, eine Aufgabe, die aber im Rahmen dieses Referates nicht erfüllt werden kann. Das Buch P.s würde hier eine ausreichende Grundlage gewähren. Man ist früher bei uns vielfach von der Ansicht ausgegangen, daß die italienischen Fachvertreter an den Universitäten auf rein theoretische Arbeiten angewiesen sind, daß ihnen infolge der andersartigen Organisation des gerichtsärztlichen Dienstes die aktive Teilnahme an diesem und die Sammlung eigener praktischer Erfahrungen nicht ermöglicht sind. Sollte das früher der Fall gewesen sein, so trifft das gegenwärtig wenigstens für den Wirkungskreis des Verf. nicht zu. Seine Darstellung beruht überall auf reichen eigenen Erfahrungen, die durch eine ungewöhnliche Anzahl lehrreicher Abbildungen, welche das überhaupt vorzüglich ausgestattete Buch darbietet, erläutert werden. Auch hier befindet sich manches, was in anderen Werken gleichen Charakters nicht enthalten ist; es sei nur kurz hingewiesen auf die Bilder der giftigen Pilze und auf die die Leichenfauna betreffenden Abbildungen. Erwähnt sei noch, daß in dem besonders eingehenden Abschnitt über Fragen des Eherechts auch das kanonische Recht berücksichtigt wird. — Im ganzen sicher ein Werk, das aller Anerkennung wert ist.

F. Strassmann (Berlin).

Ottolenghi †, Salvatore: *Il nuovo campo di indagini della perizia medico-legale. I.* (Das neue Forschungsgebiet der gerichtlich-medizinischen Begutachtung. I.) *Zacchia* 11/12, 9—45 (1933).

Dieser Aufsatz des verstorbenen Ottolenghi, des Begründers der sog. römischen gerichtsärztlichen Schule, gibt einen historischen Überblick über sein Wirken und war veranlaßt durch Arbeiten von Carrara und Dalla Volta, gegen die er in gewissem Sinn Stellung nimmt. Ausgehend von der Behauptung Carraras: „Eine Vergiftung sei nur durch chemischen Nachweis des Giftes bewiesen“, geht O. auf seine eigene Betrachtungsweise ein, die für alle gerichtsärztlichen Gutachten anzuwenden sei, welcher Art auch das zu begutachtende Delikt sei. Neben und nach den gewöhnlichen gerichtsärztlichen Untersuchungsmethoden (anatomischen, mikroskopischen, chemischen) soll in jedem Fall eine kriminalanthropologische Untersuchung der Tat und des Täters stattfinden, auch wenn sie nicht vom Richter direkt gefordert wird. O. hatte dabei nie Schwierigkeiten vor Gericht. Dazu kommt die sog. historische Untersuchung des Falles, der Begleitumstände vor, bei und nach der Tat. In seinem Lehrbuch der Polizeiwissenschaft hat O. schon frühzeitig diesen Standpunkt vertreten und eine Kar-

thotek für alle Verbrecher anlegen lassen. Gerade für die Beurteilung der Gefährlichkeit des Verbrechers und seine Bekämpfung war die Methode wertvoll, aber auch auf allen anderen Gebieten hat die kriminal-anthropologische Methode (auf die kriminaltechnische legt O. weniger Wert) zur Aufklärung der Tat beigetragen. Dankbar gedenkt O. dabei seines Lehrers Lombroso und der mit ihm durchgeführten Untersuchungen an Strafgefangenen und führt die einzelnen Gebiete mit Beispielen an, wo diese Untersuchung bedeutungsvoll war. Es ist also eine Verteidigung der von ihm begründeten römischen Schule. Einzelheiten müssen im Original nachgesehen werden.

G. Strassmann (Breslau).

Waleher: Wie erleichtert der praktische Arzt die Arbeit des Gerichtsarztes? (*Inst. j. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Halle a. S.*) Münch. med. Wschr. 1934 I, 817—821.

Die frühzeitigen Feststellungen des praktischen Arztes sind eine wichtige Hilfe für die erfolgreiche Arbeit des Gerichtsmediziners. Verf. erörtert sodann im einzelnen verschiedene Punkte, auf die in der Praxis besonders geachtet werden muß. Im allgemeinen fordert er eine gründliche Untersuchung, auch der Nebenumstände, die sich auf alle zur etwaigen Beurteilung des Falles bzw. zur Ermittlung des Täters notwendigen Einzelheiten erstrecken müßte, und genaue, am besten schriftliche Niederlegung des Befundes, ohne daß dadurch der Tatbestand irgendwie verwischt oder dem Gerichtsmediziner sonst vorgegriffen wird. Verf. weist endlich auf besonders wichtige Kapitel aus der Gerichtlichen Medizin hin, die dem praktischen Arzte vertraut sein müßten, wenn er in der obengeschilderten Art erfolgreiche Vorarbeit für den Gerichtsarzt leisten wolle.

Nippe (Königsberg i. Pr.).

Sand, Knud: 25 Jahre gerichtsarztlicher Rat. Ugeskr. Laeg. 1934, 727—732 [Dänisch].

Gelegentlich des 25jährigen Jubiläums des Dänischen gerichtsarztlichen Rates wird eine Übersicht über die Tätigkeit des Ausschusses in dieser Zeit gegeben. Der Rat ist eine zu praktischer Tätigkeit berufene staatliche Einrichtung, dessen Mitwirkung in gerichtlichen Verfahren erheblich bei der Urteilsfindung auswirkt. Schon 1526 gab es eine ähnliche Behörde, aus der sich im Laufe der Zeit der durch Gesetz vom 30. IV. 1909 geschaffene Rat entwickelt hat, unter Wegfall aller lokalen Instanzen. Der Rat steht unter dem Justizminister und setzt sich aus 3 vom König für 10 Jahre berufenen Mitgliedern zusammen, die namentlich gerichtsarztlich, psychiatrisch und geburtshilflich vorgebildet sind. Daneben ist ein Kreis ständiger Sachverständiger aus den anderen Gebieten der Medizin vorhanden, welche vom Minister bestimmt werden. Auch kann der Rat jederzeit besondere Sachverständige heranziehen. Im Laufe der Jahre sind die Mitglieder des Rates zu zahlreichen Kommissionen hinzugezogen worden, z. B. Familienrecht, Sterilisierungsfragen, Ärzteordnung u. a. Eine Reihe namhafter Wissenschaftler haben zum Rat gehört, der in 25 Jahren etwa 30000 Aufgaben erledigt hat. Bei der enormen Erweiterung rechtsmedizinischer Belange aus allen Spezialgebieten ist die noch geltende Zusammensetzung des eigentlichen Rates aus 3 Mitgliedern kaum noch zulässig. Meist werden die speziellen Fragen nicht allein von dem zuständigen Ratsmitglied, sondern mit ihm von hinzugezogenen Fachgenossen erledigt. Eine Vergrößerung der ständigen Mitgliederzahl wird für notwendig gehalten. Es wird die Zahl von 7 Mitgliedern vorgeschlagen. Eine Fühlungnahme mit Amts- und Privatärzten wird zweckmäßig sein, auch wird das Recht zu persönlicher Untersuchung wünschenswert sein.

H. Scholz (Königsberg i. Pr.).

Verdun, H.: Les experts ont-ils le droit de s'entourer de tous renseignements utiles? (À propos de la communication du Dr. M. Muller.) (Haben die Sachverständigen das Recht, sich alle ihnen zweckdienlichen Beweise zu verschaffen?) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 14. V. 1934.*) Ann. Méd. lég. etc. 14, 445—448 (1934).

Sachverständige dürfen Zeugen vernehmen, falls es für das Gutachten erforderlich ist. Das gilt auch für medizinische Sachverständige. Schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob der Gutachter auch Spezialärzte befragen darf, da im Zivilprozeß deren Auswahl das Recht der Parteien ist und im Strafprozeß dem Gericht das Recht der Auswahl aus der Sachverständigenliste zusteht. Der Kassationshof ist in der Auslegung ziemlich weitherzig, jedoch muß der Gutachter auf Grund des fachärztlichen Befundes sein eigenes Urteil sich bilden und darf sich nicht dem Gutachten des Facharztes ohne weitere Begründung anschließen. Auch darf er — als beste Regelung — die Zuziehung eines zweiten Sachverständigen vorschlagen, wenn er sich nicht kompetent genug für die Begutachtung hält. (Vgl. diese Z. 23, 273.)

G. Strassmann (Breslau).

Aebly, J.: Zur Kritik der „Periodenlehre“ („Biorhythmik“). Schweiz. med. Wschr. 1934 II, 745—750.

Die Theorie der „Biorhythmen“, von Fliess begründet, von Judt erweitert, maßt sich ein Urteil über die Zweckmäßigkeit ärztlicher Eingriffe (Operationen z. B.)

zu gewissen Tagen an und muß dieser praktischen Konsequenzen wegen von den Ärzten kritisch betrachtet und auf das bestimmteste abgelehnt werden.

Im Bereich des Lebendigen sollen 3 Perioden herrschen, die weibliche, die männliche und die intellektuelle von genau 28, 23 und 33 Tagen. Die Intensität des Geschehens folgt Schwingungen, wobei jede Periode während der Hälfte der Zeit „Hochbetrieb“, während der anderen Hälfte „Tiefbetrieb“ hat. Kompliziert wird das theoretische Gebäude dadurch, daß nicht nur die einzelnen Biorhythmen als solche, sondern auch der „Totalrhythmus“ eine Rolle spielt, der sich aus den 3 elementaren Rhythmen additiv zusammensetzt. Die Theorie behauptet nun, es gebe im Leben „kritische Tage“, die sich voraus berechnen lassen und an denen ein dem Arzte unerklärliches Versagen auftritt!

Abgesehen von den ganz unzulänglichen mathematischen Grundlagen dieser Rhythmenlehre (die der Verf. ausführlich kritisiert), hat auch eine „biorhythmische Analyse“ eines eingehend beobachteten Epilepsiefalles durch den Verf. und den derzeitigen begeisterten Befürworter dieser „Lehre“ deutlich gezeigt, daß sie vollkommen versagt. Es bestand aber auch nicht die geringste Andeutung eines Zusammenhanges zwischen den epileptischen Anfällen und den „kritischen Tagen“. *Eisner* (Basel).

Gunsett, A.: Le traitement du cancer du sein. État actuel de la question. (Die Behandlung des Brustkrebses. Gegenwärtiger Stand der Frage.) *Gynéc.* 33, 347–381 (1934).

Gunsett beginnt seine umfangreiche Arbeit über den gegenwärtigen Stand der Behandlung des Brustkrebses mit der Feststellung, daß „die Tintenfluten, die um die Frage der Behandlung des Brustkrebses verfloßen sind“, nur wenig Fortschritte gebracht haben und daß wir von der Lösung der Frage „ebenso entfernt sind wie ehemals“. Unter Zugrundelegung nahezu des gesamten veröffentlichten statistischen Materials untersucht der Verf., mit welcher Behandlungsart ein Heilungsoptimum erreicht worden ist. Die große Mehrzahl der Radiologen und Chirurgen vertritt den Standpunkt, daß die möglichst frühzeitige Operation ein unbedingtes Erfordernis ist. Die operativen Ergebnisse allein haben ein gewisses Optimum der Heilungsaussicht nicht zu überschreiten vermocht. Die Ziffern nur chirurgischer Behandlung schwanken nach den Statistiken des In- und Auslandes zwischen 25 und 50%, bezogen auf die 5-Jahresheilungsziffer. Vom 5. bis 10. Jahre tritt ein weiterer Verlust von 20–50% ein; so hat die Charité Berlin ein Absinken der 31,7% 5-Jahresheilungen auf 18,4% 10-Jahresheilungen errechnet. Auf die klinische Entwicklung des Tumors bezogen, ergeben die Sammelstatistiken eine 3-Jahresheilungsziffer von 70% im Stadium Steinthal I, von 30–40% im Stadium Steinthal II, und in der Gruppe Steinthal III sprechen einige von 25%. Mit nur radiologischer Behandlung des Brustkrebses hat der Verf. bei 229 insgesamt veröffentlichten Fällen eine 5-Jahresziffer von 35% ermittelt, und zwar hat u. a. Wintz im Stadium Steinthal I und II 1929 53% Heilungen erreicht, Pfahler veröffentlichte 1932 eine entsprechende Ziffer von 82%, während Webster 1934 eine Ziffer von 23% mit Röntgen- und 27% mit Radiumbestrahlungen angab. Die Frage der postoperativen Nachbestrahlung steht im Vordergrund des Interesses. Während die Nachbestrahlung bei nicht ganz vollständiger Operation nahezu einmütig bejaht wird, besteht noch immer die Streitfrage, ob bei vollständiger Operation prophylaktisch nachbestrahlt werden soll. Bei der Lösung dieser Frage spielt die jeweils durchgeführte Technik eine wesentliche Rolle. Insgesamt konnte Verf. 3879 Fälle zählen, von denen mit Operation und prophylaktischer Nachbestrahlung 1544 = 33,8% 5 Jahre geheilt waren. Die präoperative Bestrahlung hat Vorteile gegenüber der postoperativen nicht gebracht. Inoperable Krebse, Rezidive und Metastasen müssen stets bestrahlt werden. Es tritt hier wenigstens vorübergehende Besserung, in einzelnen Fällen sogar Dauerheilung ein. Indessen sind alle Statistiken nur auf dem Grad der klinischen Ausdehnung des Tumors (Steinthal-Stadien) aufgebaut, ohne zu berücksichtigen, daß die Bösartigkeit eines Tumors keineswegs mit seiner klinischen Ausdehnung parallel läuft. Dahl-Iversen haben beim Ca.-Simplex 32%, beim Adeno-Ca. 33%, beim Scirrhus 43%, beim Ca. medullare 0% Überlebende unter 83 Fällen insgesamt gehabt. Deshalb fordert der Verf., daß die Arbeiten über die Heilungsergebnisse der verschiedenen Behandlungsmethoden des Brustkrebses

neben den klinischen Ausdehnungsstadien des Tumors und gegebenenfalls der Bestrahlungstechnik auch den Faktor der Bösartigkeit berücksichtigen müssen, der sich auf den histologischen Bau des Tumors stützen muß. *Vilmar* (Bremen).

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

● **Marburg, Otto: Unfall und Hirngeschwulst. Ein Beitrag zur Ätiologie der Hirngeschwülste.** Wien: Julius Springer 1934. 106 S. u. 12 Abb. RM. 8.80.

Nach einer ausgedehnten Erörterung über die in der Überschrift genannte Problemstellung und Hinweise auf die wichtigsten Autoren stellt Verf. fest, daß die Mehrzahl der Autoren die Möglichkeit der Entstehung eines Hirntumors durch ein Trauma zugeibt, daß aber die Zahl einwandfreier Fälle eine überaus geringe sei. Die These, daß zwischen Trauma und den durch dasselbe erzeugten Symptomen ein freies Intervall liegen müsse, wird abgelehnt, ebenso die Forderung, daß ein örtlicher Zusammenhang zwischen Trauma und Tumor vorhanden sein müsse, wenigstens in der Stoßrichtung, vorausgesetzt, daß man die Cohnheim-Ribbertsche Theorie zugrundelegt. Allerdings schließt er sich einige Zeilen später dem Standpunkt von Monakows an, daß, je näher das Gliom der primären Läsionsstelle der Schädeloberfläche liege bzw. je genauer es in das Gebiet des Stoßkanals passe bis zur Gegenstoßstelle, um so größer die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges sei. Über die Brückensymptome äußert Verf. sich sehr skeptisch, nachträgliche Konstruktionen seien häufig und ebenso die Steigerung nervöser Allgemeinerscheinungen neuropathischer Personen nach einem Trauma. Die Modifikation der Cohnheim-Ribbertschen Theorie durch Bernhard Fischer-Wasels, daß nämlich nicht die mechanische Verlagerung eines Gewebskeimes, sondern die Ausschaltung eines Gewebskomplexes aus den physiologischen Beziehungen zu dem Gesamtkörper maßgebend sei, hält Verf. für besonders wichtig. Danach liegt das Problem jetzt so: Es sei festzustellen, ob bei einer Geschwulst eine Keimausschaltung stattgefunden habe oder ein Geschwulstkeim vorhanden war, der durch das Trauma mobilisiert und wachstumsfähig gestaltet wurde, und 2. müsse nachgewiesen werden, ob durch das Trauma ein derartiger Reiz gesetzt wurde, daß dadurch aus verändertem Hirngewebe eine Geschwulst entstehen konnte. Da die Hauptmasse der traumatisch bedingten Tumoren gliöser Art ist, wird die Histologie und Histogenese der Neuroglia eingehend dargestellt. Hierbei sucht Verf. in erster Linie nachzuweisen, daß auch scheinbar ausgereifte Zellen in andere übergeführt werden können, was besonders für die Ependymzellen Bedeutung habe, ferner daß unausgereifte Elemente auch postfetal vorkommen können, ohne daß sie ihren fetalen Charakter verlieren wie z. B. die Zellen der Obersteinerschen Schicht. Drittens betont Verf. noch, daß die Differenzierung der Glia nicht unwesentlich von ihrer Funktion beeinflusst wird, worunter einerseits Erhaltung des Organs durch Bildung des Stützgerüsts und — pathologisch — Wucherung und Fibrillogenese zur Narbenbildung zu rechnen ist. Sodann bringt Verf. die 3 Ausgangsfälle in extenso, deren Wiedergabe hier nur ganz kurz möglich ist.

1. 10jähriger Junge, mit dem Hinterkopf aufs Eis gestürzt, vorher vollständig gesund. Nach 14 Tagen Kopfschmerzen, Erbrechen und Schwindel, nach weiteren 8 Tagen hirndrucksteigernder Prozeß in der hinteren Schädelgrube mit Stauungspapille. 4 Wochen nach dem Unfall Exitus. Autoptisch: weicher infiltrierend wachsender Tumor im rechten Kleinhirn. Spuren des Trauma sind nicht erwähnt. Histologisch lag ein Medulloblastom vor, bestehend aus ganz gleichartigen undifferenzierten Zellen mit diffuser, nur stellenweise adenomartiger Anordnung. — 2. 29jährige Patientin, mit 9 Jahren Kieferbruch durch Sturz, angeblich mit Hirnerschütterung. Mit 21 Jahren Kopfschmerzen, nach Bestrahlung epileptische Anfälle, in den nächsten Jahren Steigerung der Kopfschmerzen, Krämpfe, Hirndrucksymptome. Trepanation im 26. Lebensjahr. Unschärf begrenzter Tumor links oben, keine radikale Entfernung. Zunächst Besserung, nach 2 Jahren Verschlechterung und rascher Verfall. Befund: Faserarmes, polymorph-zelliges Gliom mit Cysten, Nekrosen und Blutpigment enthaltenden Zellen. Verf. nimmt an, daß hier sich ein Gliom auf dem Boden von Ependymschläuchen oder Schläuchen, die vom Neuralrohr im frühesten Entwicklungsstadium abgesprengt wurden, gebildet hatte. Den Anlaß zur Tumorentwicklung sieht er in dem jahrelang zurückliegenden Trauma. —