

### Allgemeines.

**Schnabel, R.: Gibt es eine Augendiagnose?** Hippokrates 6, 347—352 (1935).

Verf. glaubt auf Grund seiner Erfahrungen weiter an den Wert der Augendiagnose. Wenn einzelne Augendiagnostiker versagt haben, so sei das kein Gegenbeweis. Das Auge differenziert sich schon frühzeitig im embryonalen Leben aus dem primären Vorderhirn, es nimmt also an allen Entwicklungsstadien des werdenden Organismus teil. Wenn Lues, Tuberkulose, Vergiftungen Augenhintergrundsveränderungen hervorrufen, so sei nicht zu verstehen, warum nicht auch in der Iris charakteristische Merkmale sich zeigen sollten. Das Auge ist auch in das endokrine System eingeschaltet, daher dürften wohl krankhafte Erscheinungen dieses Systems auch auf das Auge reflektieren. Da das Kammerwasser zur Gehirnflüssigkeit weitest reichende chemische Affinität hat, werden sich auch wichtige Veränderungen im Chemosismus von Blut und Lymphe zeigen können. Die Irismuskulatur können wir direkt beobachten und gewinnen so einen unmittelbaren Einblick in das sonst verborgene Spiel des sympathischen und cerebrosinalen Nervensystems. Die Erforschung all dieser Zusammenhänge kann nicht das Werk eines Lebens sein, sondern nur das einer neuen Generation, welche die Wunder des Lebens nicht mehr mit Maß und Gewicht zu fassen sucht, sondern sie hinnimmt „als Offenbarung eines Teiles des Ewigen und Unendlichen“.

*Jendral'ski (Gleiwitz).*

**Taller, Adolf: Gibt es eine Augendiagnose?** Hippokrates 6, 428—433 (1935).

Taller befaßt sich seit Jahren eingehend mit der Augendiagnose. Er benutzt zur Untersuchung der Regenbogenhaut ein Hornhautmikroskop mit Spaltlampe, das Ophthalmomikroskop von R. Schnabel. Die aus dem verschiedenen Bau und der besonderen Anordnung der Irisfasern an gesunden Augen gestellte Diagnose hat er durch nachfolgende klinische Untersuchung sicherstellen können. Aus 12 kurz angeführten Krankengeschichten geht hervor, daß T. hochgradige Neigung zur Apoplexie, eitrige Adnexentzündung, Nasen- und Ohrenleiden, Verkürzung eines Beines, Pankreas-Leberstörungen, alte Narben am Körper, Herzmuskelschwäche, aber auch Anlage zum Krebs durch die Augendiagnose erkannt hat. Auch die Dauer der Erkrankung kann er aus dem Irisbefunde angeben. Aber nicht nur krankhafte Veränderungen am Untersuchten, sondern auch Krankheiten der Vorfahren hat T. an der Regenbogenhaut erkennen können (Schlaganfall, Schwerhörigkeit, Geisteskrankheit, Leberkrebs der Mutter, Erblindung eines Großvaters, Hypophysenschwäche, Asthma des Vaters, Operationsnarbe des Vaters). Bemerkenswert für den Gerichtsarzt sind die Ergebnisse der makroskopischen Betrachtung der Regenbogenhaut anlässlich der Leichenschau: 1. 25jähr. Mann, Selbstmord durch Erhängen. Die Regenbogenhaut zeigt Veränderungen, die auf Stirnhirntumor des Untersuchten, Magenkrebs der Mutter des Untersuchten hinweisen. — 2. Plötzlich verstorbener Mann. An der Regenbogenhaut ist eine Schwäche des linken Armes (früherer Schlaganfall) zu erkennen. — Bei einem 7 Wochen alten Säugling, der viel schreit und Durchfall hat, erkennt Verf. ohne Mikroskop an den Augen, daß der Vater des Kindes an Kopfschmerzen leidet. — Auch T. hält die Irisdiagnose für sehr schwer. Sie ist nur in mehreren Kursen bei R. Schnabel selbst zu erlernen. Die Lokalisation nach der üblichen Sektoreinteilung wird öfter zu falschen als zu richtigen Diagnosen führen.

*Jendral'ski (Gleiwitz).*

### Gesetzgebung. Kriminelle und soziale Prophylaxe. Ärzterecht.

**Dohna, Graf zu: Bemerkungen zum kommenden deutschen Strafrecht.** Mschr. Kriminalpsychol. 26, 97—103 (1935).

Verf. setzt sich mit der Zweckmäßigkeit der rechtlichen Begriffsbestimmungen auseinander, die die amtliche Strafrechtskommission im allgemeinen Teile der Denkschrift des Reichsjustizministeriums vorgeschlagen hat. Von den Ausführungen sind vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt aus die Widersprüche bemerkenswert, die Verf. in den vorgeschlagenen Bestimmungen über Vorsatz, Fahrlässigkeit und

„Unternehmens-Tatbestände“ erkennen will. Das nat.-soz. Strafrecht will bekanntlich bereits das Unternehmen einer strafbaren Handlung, auch wenn sie nicht zur Ausführung gelangte, der vollendeten Tat gleichstellen. Von derartigen Unternehmens-tatbeständen kann jedoch nach Ansicht des Verf. nur gesprochen werden bei vorsätzlicher Begehung, nicht bei fahrlässiger. Nun hat aber die Strafrechtskommission den Dolus directus in einer besonderen Bestimmung dem Dolus eventualis gleichgestellt, der ja praktisch von Fahrlässigkeit nicht immer einwandfrei abzugrenzen ist. Verf. fürchtet insofern Schwierigkeiten, als man auf diese Weise unter Umständen eine fahrlässige Tötung als Mord strafen müßte, wie er an Hand eines Beispielen ausführt.

B. Mueller (Göttigen).

**Punzo, Gennaro: Il reato di „istigazione all'aborto“ e l'articolo 548 del C. P.** (Der Tatbestand der Verleitung zum Abort und der Artikel 548 des Strafgesetzbuchs.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Napoli.*) *Zacchia* 13, 16—36 (1934).

Nach dem erwähnten Artikel soll die Verleitung zum Abort strafbar sein. Allerdings ist Voraussetzung, daß gleichzeitig dafür die geeigneten Mittel zur Verfügung gestellt werden. Welches die geeigneten Mittel sind, wird an Hand der Literatur in bezug auf die inneren und äußeren Abtreibungsmittel dargelegt. Absolut geeignet könne man sie zwar nur dann nennen, wenn sie von der Schwangeren angewandt wurden und zum Erfolg geführt haben. Dann würde sehr selten eine Bestrafung aus diesem Paragraph möglich sein. Aber gemeint sei schon die Verleitung und das zur Verfügungstellen eines relativ, d. h. an sich geeigneten Mittels, um eine Bestrafung herbeizuführen.

G. Strassmann (Breslau).

**Steinwallner, Bruno: Ausgeschlossene und verminderte Zurechnungsfähigkeit in neueren auswärtigen Strafrechtskodifikationen.** *Psychiatr.-neur. Wschr.* 1935, 220—224.

Im polnischen Strafgesetzbuch vom 11. VII. 1932 gilt als unzurechnungsfähig, wer zur Tatzeit wegen Geistesschwäche, Geisteskrankheit oder einer anderen Störung der Geistestätigkeit die Bedeutung seiner Handlung nicht erkennen konnte, oder nicht Herr seines Tuns war. Hat der Täter sich vorsätzlich in einen Zustand von Geistesstörung versetzt, darf Straflosigkeit oder Strafmilderung nicht eintreten. Die Bewußtseinstörung ist nicht erwähnt, wird aber wohl der Geistesstörung zugeordnet. Der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit ist unklar gefaßt. Die mildere Bestrafung der vermindert Zurechnungsfähigen, insbesondere der habituell Minderwertigen, ist abzulehnen, wenn auch Sicherungsmaßnahmen angewendet werden können. Nach dem lettischen Strafgesetzbuch vom 24. IV. 1933 ist ein Täter dann unzurechnungsfähig, wenn er bei Begehung der Tat infolge krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder Bewußtlosigkeit oder infolge einer von einem körperlichen Gebrechen oder von einer Krankheit herrührenden mangelhaften geistigen Entwicklung die Natur und Bedeutung seines Tuns nicht verstehen oder nicht Herr seiner Handlungen sein konnte. Diese Bestimmung ist in ihrem biologischen Teil ungeschickt gefaßt. Die verminderte Zurechnungsfähigkeit ist nicht berücksichtigt. Bei Unzurechnungsfähigen, die Mord, schwere Körperverletzung, Vergewaltigung oder Brandstiftung begangen haben, muß Internierung in einer Anstalt erfolgen, während in anderen Fällen auch Stellung unter Aufsicht der Eltern oder anderer Pflegepersonen erfolgen kann. Die gemeingefährlichen Typen sind damit nicht einwandfrei erfaßt. Das italienische Strafgesetzbuch vom 19. X. 1930 definiert die Zurechnungsfähigkeit als Einsichts- und Willensfähigkeit. Ist diese ausgeschlossen, tritt Straflosigkeit bei der Möglichkeit der Verhängung von Sicherungsmaßnahmen ein. Vermindert zurechnungsfähig ist der, bei dem Einsichts- und Willensfähigkeit erheblich herabgesetzt sind. Eigenartigerweise ist hier Strafmilderung vorgesehen. Absichtliches Versetzen in den Zustand der Einsichts- oder Willenslosigkeit exkulpiert nicht und kann unter Umständen (Rausch) das Strafmaß erhöhen. Im mexikanischen Kriminalgesetzbuch vom 14. VIII. 1931 ist eine konstruktiv ausgeglichene Regelung der Unzurechnungsfähigkeitsfrage nicht gegeben. Als Umstände, die die Verantwortlichkeit ausschließen, gelten Bewußtlosigkeit, die auf gelegentlichen und unfreiwilligen Gebrauch von vergiftenden, berauschenden und schwächenden Substanzen zurückzuführen ist, ein toxiinfektiöser Zustand oder eine unfreiwillige Geistesverwirrung pathologischer oder vorübergehender Art. Sicherungsmaßnahmen bis zur notwendigen Heilungsdauer sind vorgesehen. Der „Revised penal code“ der Philip-pinen vom 8. XII. 1930 ist einseitig biologisch orientiert. Er bestimmt, daß Geistesranke oder Geisteschwache außer in einem luziden Intervall unzurechnungsfähig sind. Trunkenheit ist nicht berücksichtigt. Bei schweren Verbrechen kann eine Unterbringung für längere oder kürzere Zeit erfolgen. Die brasilianische Regelung von 1933 ähnelt in vielem den italienischen Reformen. Verminderte Zurechnungsfähigkeit hat Strafmilderung zur Folge. Das

psychologische Merkmal ist mit einer Beschränkung auf das Willensmäßige zu eng gefaßt. Wie in Italien werden Rauschgiftzustände streng angefaßt, evtl. mit Straferhöhung. Chronische Intoxikationszustände gelten aber als Entschuldigungsgrund. Der französische Strafgesetzentwurf von 1934 hat als neue Bestimmungen nur die, daß Trunkenheit, Erregungszustände und Rauschgiftbetäubung die Zurechnungsfähigkeit nicht ausschließen, und bei Geisteskranken Sicherheitsverwahrung angeordnet werden kann. In den Reformvorschlägen der deutschen Strafrechtskommission wird die Unzurechnungsfähigkeit klar als die durch krankhafte Störung der Geistestätigkeit oder durch Bewußtseinsstörung bewirkte Unfähigkeit, das Unrechte der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, bestimmt. Innerhalb der vermindert Zurechnungsfähigen werden die chronisch oder habituell Minderwertigen, bei denen keine Strafmilderung eintritt, von den vorübergehend infolge eines akuten Zustandes vermindert Zurechnungsfähigen, bei denen eine Strafmilderung möglich ist, getrennt. Bei den Rauschzuständen hat sie sich der italienischen Regelung nicht angeschlossen. Schuldhafter Rausch wird als vorsätzliche Begehung bestraft, jedoch ohne Strafverschärfung.

*Arno Warstadt* (Berlin-Buch).

**Hoche, A. E.: Richter und Sachverständige.** Mschr. Kriminalpsychol. 26, 135 bis 139 (1935).

Ausgehend von einer Entscheidung des Oberlandesgerichts Breslau vom 28. V. 1934 über die Frage, ob ein Gutachten eine besonders schwierige Leistung darstelle, bestreitet Verf., daß es überhaupt in die Zuständigkeit des Richters falle, zu wissen, ob ein Gutachten besonders schwierig ist oder nicht. Außerdem bleibe die erwähnte Entscheidung an äußeren Merkmalen, wie umfangreiche Ermittlungen, vorausgehendes Studium der Fachliteratur usw., hängen, lasse sich aber auf eine Erörterung des Begriffes der Schwierigkeit nicht ein. Der psychiatrische Sachverständige stehe vor der schwierigen Aufgabe, in einem fließenden konturlosen Geschehen Grenzlinien zu ziehen, die das Ja vom Nein trennen, und zwar von Gesichtspunkten aus, die nicht wie die des Richters der Eigenart seines Stoffes entnommen sind, und deren Auswahl ihm von fremder Hand aufgedrängt wird. Die Schwierigkeiten eines Gutachtens stünden auch durch das Bindeglied des Verantwortungsbewußtseins in einem inneren Zusammenhang mit der Bedeutung dessen, was auf dem Spiele steht. Die Richter hätten im allgemeinen keine Vorstellung von den inneren Nöten der Entscheidung, mit denen sich der psychiatrische Sachverständige oft wochenlang herumschlage. Die Schwierigkeit einer Leistung könne auch nicht allein im Gegenstand gesucht werden, da dessen Behandlung je nach der Qualität des Sachverständigen schwierig oder nicht schwierig sein könne. Die Verlegung des Maßstabes der Schwierigkeit in die intellektuelle Persönlichkeit des Gutachters führe zu dem widersinnigen Ergebnis einer Höherbewertung des Minderbegabten und des Anfängers. Es bleibe nur die Zulassung einer vernünftigen Selbsteinschätzung der Arbeit des Sachverständigen, verbunden mit der Anerkennung einer allgemeinen Wertskala der Gutachter und des Begutachtungsobjektes. — Verf. drückt nach seinen sehr dankenswerten Ausführungen den Wunsch aus, daß mit dem Fallen der bundesstaatlichen Schlagbäume in der Rechtspflege auch die Bahn frei werden möchte für eine würdige Behandlung des Sachverständigen im ganzen Reich.

*Meggendorfer* (Erlangen).

**Mauss, Wilhelm: Die ärztliche Stellungnahme zur Frage der Fahrlässigkeit des Alkoholrausches auf Grund des § 330a StGB.** (*Abt. f. Nerven- u. Geisteskrankhe, Standortlaz., Königsberg i. Pr.*) Dtsch. med. Wschr. 1935 I, 1004—1006.

Auf der einen Seite stellt jeder Rausch eine typische Vergiftung dar, die die Anwendung des § 51 StGB. bedingen würde, auf der anderen Seite verlangt das lebendige Rechtsempfinden des Volkes einen Schutz. Der seelische Konflikt, in den der Arzt dadurch gerät, wird gemindert durch den in das Strafgesetzbuch eingefügten § 330a: „Wer sich grundsätzlich oder fahrlässig durch den Genuß geistiger Getränke oder durch andere berauschende Mittel in einen die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Rausch versetzt, wird mit Gefängnis bis zu 2 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wenn er in diesem Zustand eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht usw.“ Die Ausführungen des Verf. hierzu gipfeln nun darin, daß es nicht Aufgabe des ärztlichen Sachverständigen bei der Begutachtung sein könne, die Fahrlässigkeit festzustellen, er müsse vielmehr

die Fälle bezeichnen, in denen aus ärztlichen Gründen eine Fahrlässigkeit nicht vorliege. Solche Fälle seien aber relativ selten. Es gehören alle Psychosen hierzu, außerdem Fälle exogener Schädigungen, „in denen die Toleranzgrenze in dem Untersuchten unbekannterweise so stark verschoben ist, daß er bereits bei einer Alkoholmenge pathologisch reagiert, die er bisher beschwerdefrei vertrug“. (Besonders Kopftraumen.) Der Verf. hält es für die Aufgabe jedes behandelnden Arztes, gerade Hirntraumatiker auf ihre mögliche Toleranzveränderung hinzuweisen. Er weist darauf hin, daß er an Hand eines großen Materials aus dem Gebiete des Heeres nachweisen konnte, daß die Alkoholintoleranz das häufigste Restsymptom nach Schädeltraumen sei, das aber den Erkrankten sehr oft erst zur Kenntnis komme, wenn es zu spät sei, d. h. wenn bereits ein Alkoholdelikt stattgefunden habe.

Pönitz (Halle a. d. S.).

**Hoffmann, Kurt: Verkehrsgefahren und Alkoholgenuß unter Berücksichtigung der polizeilich durchgeführten Blutproben.** Med. Klin. 1935 I, 674—677 u. 711—713.

Verf. schildert die Gefahren, die Trunkenheit bei Kraftfahrern, aber auch bei Fußgängern für den Verkehr bedeuten, die verschärften Strafbestimmungen bei Trunkenheit, die Vorteile der Blutuntersuchung auf Alkohol. Die Bedeutung der Trunkenheit für die Verkehrsgefährdung zeigen folgende Zahlen: Die Zahl der Berliner Verkehrsunfälle im Jahre 1934 betrug 26396, d. i. um 10% mehr als im Jahre 1933, im gleichen Maßstab ist der Berliner Kraftwagenbestand um 11,6% gestiegen. Die Zahl der Todesopfer durch Verkehrsunfälle betrug 377, darunter 332 Erwachsene, 45 Kinder. An diesen Unfällen waren beteiligt 15641 Personenkraftwagen, 6883 Lastkraftwagen, 671 Omnibusse und 4611 Fußgänger. Die meisten Unfälle ereigneten sich an Sonnabenden. Trunkenheit wurde amtlich als Ursache des Verkehrsunfalles festgestellt in 639 Fällen bei Fahrern und in 100 Fällen bei Fußgängern. Von diesen Trunkenheitsfällen entfallen 1 und 9 auf Frauen. Es ist aber in Erwägung zu ziehen, daß die wirkliche Zahl der durch Alkoholgenuß verursachten Verkehrsunfälle eine erheblich höhere sein dürfte, da sich ja viele Fälle der amtlichen Feststellung der Trunkenheit entzogen haben dürften.

Estler (Berlin.)

**Jokl, Ernst: Zur Frage der Sportkrankheit. Gleichzeitig Bemerkungen zu der Arbeit von Weltzien in Arb.physiol. Bd. 7, 150 (1934).** (Inst. f. Leibesübungen, Johannesburg, Südafrika.) Klin. Wschr. 1935 I, 718—720.

Als Sportkrankheit bezeichnet Verf. einen Zustand, der sich nach kurzdauernden Höchstleistungen (100 und 400 m-Lauf) einstellt und durch Augenflimmern, Kopfschmerz, Schwächegefühl, Schweißausbruch und Erbrechen gekennzeichnet ist. Tiefligender Blutzuckerspiegel, hohe Außentemperatur und relativer Sauerstoffmangel sind wichtige Faktoren für die Entstehung, zu denen eine gewisse Labilität der vegetativen Regulation als weitere Voraussetzung hinzukommt. Die Sportkrankheit tritt meist in der geschilderten leichten Form auf, kann aber in schweren Fällen auch unter dem Bilde der Angina pectoris auftreten; sie bleibt aber stets eine funktionelle Störung ohne Dauerfolgen.

Giese (Jena).

**Boeminghaus, H.: Zur Physiologie der männlichen Genitalorgane.** (Chir. Univ.-Klin., Marburg a. d. L.) Med. Welt 1935, 815—817.

Die Einführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses gab dem Verf. Veranlassung, seine früheren Studien zur Physiologie des Vas deferens wieder aufzunehmen. Auf der diesjährigen Tagung der Dtsch. Ges. f. Chir. führte er einen überaus lehrreichen Film vor, der im Tierversuch die Einzelheiten des physiologischen Geschehens bei der Ejakulation deutlich aufzeigte. Reizt man im Meerschweinchenversuch das Sacralmark mit dem elektrischen Strom, so zeigt sich, daß der zunächst kontinuierliche Strom der Samenflüssigkeit am Austritt des Samenleiters aus dem Nebenhoden infolge Muskelkontraktion abreißt und der im Samenleiter befindliche Anteil des Stromes infolge Verkürzung des Samenleiters nach der Urethra zu vorgeschoben wird. Bei der im Anschluß an den Austritt des Samens eintretenden Erschlaffung wird nun infolge des dabei entstehenden Unterdrucks im Samenleiter von beiden Enden Samenflüssigkeit in den Samenleiter aufgesogen, es ist also bereits unmittelbar nach der Ejakulation eine gewisse Menge Samenflüssigkeit im Vas def. wieder vorhanden. Demnach werden stets Spermien im Vas def. anwesend sein, und so ist es mindestens theoretisch möglich, daß nach der operativen Unterbrechung noch zeugungsfähiger Samen einige Zeit lang ejakuliert werden kann. Der Einwand, daß die vom peripheren Ende aus angesogenen Spermien aus den Samenblasen stammen

und daher wegen ihrer Unbeweglichkeit als unfruchtbar angenommen werden müssen, ist nicht stichhaltig, denn einmal sind es zum erheblichen Spermien aus der Ampulle, die also beweglich sind, zum anderen dürften berechtigte Zweifel vorhanden sein, daß die in den Samenblasen befindlichen Spermien wirklich abgestorben sind. Ihre Unbeweglichkeit in den Samenblasen ist vielleicht lediglich durch den gelatinösen Inhalt der Samenblasen bedingt. Verf. empfiehlt daher die Spülung der Samenleiter nach der Operation mit dem unschädlich, gut die Spermien vernichtenden Rivanol. Übrigens ist im Kaninchenversuch noch 4 Wochen nach der Sterilisation die Möglichkeit der Schwängerung erwiesen worden. (Dem Ref. möchte es allerdings noch wichtiger erscheinen, den Zeitraum des juristischen Verfahrens zu verkürzen, demgegenüber die Zeitspanne noch vorhandener postoperativer Zeugungsfähigkeit gering erscheint.)

W. Mandel (Altschalkowitz, Kr. Opehn).<sup>oo</sup>

**Holzappel, Karl: Sterilisierungsfragen.** Zbl. Gynäk. 1935, 1213—1216.

Verf. bespricht § 14, Art. 8 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, wonach der Arzt binnen 3 Tagen nach der Unfruchtbarmachung oder Entfernung der Keimdrüsen zur Abwendung einer ernsten Gefahr für das Leben und die Gesundheit dem Amtsarzt Bericht erstatten muß. Nicht zu melden sind alle Operationen an Frauen, die schon unfruchtbar sind. Für die nichteugenische Indikation zur Sterilisation und Kastration kommt nur die medizinische Indikation in Frage. Der Sinn der Meldepflicht ist, ärztlich nicht begründete Sterilisation zu erschweren. Die Meldepflicht für eine nicht ärztlich gegebene Kastration dagegen ist nicht angebracht, da niemand sich aus nichtärztlichen Gründen kastrieren lassen wird. L. Herold.

**Bohne, G.: Sterilisation aus medizinischer Indikation.** Dtsch. med. Wschr. 1935 I, 922—923.

In 2 Fällen, in denen es sich um junge Frauen handelte, die beide bereits Kinder haben und an kombinierten Herzklappenfehlern (Mitralsuffizienz und -stenose) im Zustande der Dekompensation (Ödeme an den Unterschenkeln, Leberschwellung, Stauungsgastritis, -nephritis, -bronchitis) leiden, war die Frage der Zulässigkeit, ja Notwendigkeit einer Sterilisation aus medizinischer Indikation zu erörtern. Um einer weiteren Verschlimmerung der Herzleiden durch eine möglicherweise erneut eintretende Gravidität vorzubeugen, die voraussichtlich sogar mit Lebensgefahr für die Frauen verbunden sein konnte, hatte der behandelnde Internist bei den zuständigen Kreisärzten unter genauer Darlegung des Krankheitsbildes eine Stellungnahme in gutachtlicher Form erbeten, um die Frauen auf Grund des internistischen Gutachtens und eines Gutachtens des zuständigen Amtsarztes einem Gynäkologen zur Sterilisation im Einverständnis der Kranken selbst und ihrer Ehemänner zu überweisen. Die angefragten Kreisärzte sowie eine Regierungsmedizinalstelle antworteten, daß eine Sterilisation nicht in Frage käme, da eine solche nur noch bei Erbkrankheiten vorgenommen werden dürfte; trete eine Gravidität ein, so könne man eine Unterbrechung einleiten. Verf. bezeichnet diese Auskunft als unrichtig und begründet dies ausführlich mit gesetzlichen Bestimmungen, mit Entscheidungen des Reichsgerichts, mit literarischen Arbeiten. Insbesondere weist Verf. darauf hin, daß gesetzlich feststeht, daß eine Unfruchtbarmachung, die nicht aus eugenischer Indikation erfolgt, zulässig ist, wenn ein Arzt sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer ernsten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit desjenigen, an dem er sie vornimmt und mit dessen Einwilligung vollzieht.

Dittrich (Prag).

**Seelert, Hans: Erfahrungen und Wünsche bei der Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.** (Heil- u. Pflegeanst., Berlin-Buch.) Dtsch. med. Wschr. 1935 I, 628—630.

Erfahrungen bei der Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses verlangen Klärung der Frage, unter welchen Voraussetzungen die Unfruchtbarmachung eines Erbkranken unterbleiben kann, weil von ihm Nachkommen mit schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden nicht zu erwarten sind. Im biologischen Geschehen sind scharfe Grenzen nicht zu finden, wahrscheinlich auch nicht vorhanden. Daher ist es auch nicht möglich, die Erbkranken in fortpflanzungsfähige und fortpflanzungsunfähige zu sondern. Zur sinnmäßigen Durchführung des Gesetzes ist es richtiger, die Frage so zu stellen, ob die Fortpflanzung eines Erbkranken wahrscheinlich ist oder nicht. Nach Sinn und Wortlaut des Gesetzes genügt die Feststellung einer Erbkrankheit an sich nicht, um Unfruchtbarmachung zu beschließen. Das Erbgesundheitsgericht hat vielmehr in jedem Falle zu der Frage Stellung zu nehmen, ob Nachkommen mit schweren Erbschäden zu erwarten sind. Deshalb muß auch in jedem Falle die Frage der Fortpflanzungswahrscheinlichkeit entschieden werden. Ein

Beschluß auf Unfruchtbarmachung ist nur dann ausreichend begründet, wenn neben der Feststellung der Erbkrankheit von dem Gericht auch die Überzeugung ausgedrückt wird, daß mit großer Wahrscheinlichkeit Nachkommen mit schweren Erbkranken zu erwarten sind. Diese Überzeugung ist nur zu gewinnen, wenn die Fortpflanzung wahrscheinlich ist. Diese Wahrscheinlichkeit ist aber gerade bei krankhaften Geisteszuständen des öfteren nicht vorhanden. Je mehr diese Forderungen von den Erbgesundheitsgerichten erfüllt werden, um so sinngemäßer und zielgerechter werden die Entscheidungen ausfallen und um so weniger Reibungen werden bei der Ausführung des Gesetzes entstehen. *Arno Warstadt (Berlin-Buch).*

**Mayer, A.: Klinische Erfahrungen mit der eugenischen Sterilisierung.** (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) *Med. Klin.* 1935 I, 3—8.

Verf., der als erster unter den deutschen Gynäkologen für ein Sterilisierungsgesetz eintrat, berichtet in einem Vortrag vor praktischen Ärzten und Amtsärzten über seine Erfahrungen bei der Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Von 87 operierten Kranken haben nur 7 Selbstantrag gestellt, meistens Mehr- oder Vielgebärende, so daß die Frage offenbleibt, ob sie sich mehr wegen der großen Kinderzahl oder aus Furcht vor erbkranken Nachwuchs zum Selbstantrag bestimmen ließen. Eine unangenehme Begleiterscheinung beobachtete Verf. bei der zur Einholung eines fachmännischen Gutachtens erfolgten Einweisung in eine Nervenklinik: nicht nur die dadurch bedingten besonderen Kosten, sondern vor allem die Tatsache, daß den Erbkranken der „Stempel der Irrenklinik“ nachher auf dem Arbeitsmarkt schadet, bedeuten eine gewisse Schwierigkeit des Verfahrens. Bei der Formulierung des Urteils sollte stets eine tunlichste Schonung der Einstellung der Laien bedacht werden, etwa durch Vermeidung der Diagnose und ledigliche Beziehung auf den entsprechenden Gesetzesparagraphen. Unter den Fällen des Verf. kam es nur 4mal zum Zwang bei Einweisung in die Klinik und demzufolge zu polizeilicher Vorführung. Dem Gynäkologen als ausführendem Organ des Gerichtsbeschlusses steht nach Meinung des Verf. insofern noch ein Recht der Kritik an der Notwendigkeit der Sterilisierung zu, als er fachlich dazu berufen ist, ein Urteil über die Fortpflanzungsfähigkeit abzugeben. Es müßte in Hinkunft in Anlehnung an die Gerichtspraxis bei der „Vatersuche“ ermöglicht werden, einerseits die Wahrscheinlichkeit der Fortpflanzung überhaupt, sowie die Wahrscheinlichkeit eines minderwertigen Nachwuchses aus dieser Fortpflanzung und andererseits die etwaigen Bedenken gegen eine Sterilisierung gegeneinander abzuwägen. Weiterhin wäre es erwünscht — abgesehen von der selbstverständlichen engen Zusammenarbeit zwischen Psychiater und Operateur — geschlossene Sterilisierungsabteilungen in den Sterilisierungskliniken einzurichten. *K. Thums.*°°

**Dege, H. A.: Zur Frage der Nachbehandlung Sterilisierter.** (*Chir. Univ.-Klin., Jena.*) *Zbl. Chir.* 1935, 1006—1008.

Mit der Zeugungsmöglichkeit sterilisierter Männer muß man rechnen, solange sich noch im Expressat der Samenblasen „wohlgebildete“ Spermien finden. Dagegen ist diese nicht mehr vorhanden, wenn die Spermien deutliche Degenerationserscheinungen, wie Veränderung des Kopfes und Verlust des Schwanzes, zeigen. Unter diesem Gesichtspunkt hat Dege 38 frische Fälle der Jenaer Klinik untersucht. Außerdem hat er die Frage, wann der Befund bei Massierten und auch bei Nichtmassierten negativ wird, zu beantworten sich bemüht. Für letztere Untersuchungen standen ihm 15 in Anstalten untergebrachte Kranke zur Verfügung. Massiert wurde am 4., 8. und 14. Tage. Bei 18 = 42% fanden sich wohlgebildete Spermien. „Dreimal fand sich der erste positive Befund erst bei der zweiten Massage und zweimal sogar erst bei der dritten Massage.“ Allerdings wurde sachgemäßes Massieren von seiten dieser Schwachsinnigen oft erschwert. Aber in den meisten Fällen wurden nach der ersten positiven Massage bei den weiteren Sitzungen keine Spermien mehr gefunden. Nur dreimal waren die Spermien beweglich. Auch Alkalizusatz erhöhte die Zahl nicht. Unter den erwähnten „15“ war einer, bei dem die Operation erst 1 Monat zurücklag, positiv. Aber die Spermien zeigten Degenerationserscheinungen. Alle übrigen Untersuchungen verliefen negativ. Auf Grund seiner Ergebnisse schlägt D. vor, nach

Abklingen des Operationswundschmerzes an 4—5 aufeinanderfolgenden Tagen die Samenblasen leer zu massieren. Gleichzeitige mikroskopische Kontrolle wird empfohlen. Plenz (Berlin-Zehlendorf).<sup>oo</sup>

**Romanese, R.: Concetto e limiti della giusta causa nel segreto professionale.** (Begriff und Grenzen des befugten Berufsgeheimnisses.) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assicurazioni Soc., Univ., Torino.*) *Med. contemp.* (Torino) 1, 182—189 (1935).

Strafbar ist die Verletzung des Berufsgeheimnisses nach italienischem Recht, wenn sie mit Bewußtsein und Willen geschieht, auf Antrag des Verletzten. Strafflos bei Irrtum über die Strafbarkeit (z. B. bei vermeintlicher Anzeigepflicht aller Aborte), bei Gefahr der Verletzung eines Rechtes eines Dritten (des Patienten) mit dessen Zustimmung, bei der Notwendigkeit, sich oder einen anderen vor gegenwärtiger, sonst nicht abwendbarer Gefahr zu behüten und schließlich bei Ausübung eines Rechtes oder Erfüllung einer Pflicht, die gesetzlich vorgeschrieben ist. Hier handelt es sich um eine berechtigte Offenbarung des Berufsgeheimnisses. Im Strafverfahren kann der Arzt sein Zeugnis in bezug auf das ihm Anvertraute verweigern. Strafflos ist die Offenbarung, wenn sie geschieht, um sein eigenes oder ein fremdes Recht gegen ungerechte Beschuldigung eines Dritten zu schützen. Wenn mehrere Interessen kollidieren, ist dem öffentlichen Interesse der Vorzug zu geben. Allgemeine Regeln lassen sich nicht aufstellen, vielmehr ist von Fall zu Fall zu entscheiden. So ist berechtigt die Mitteilung einer Erkrankung an die Versicherungsgesellschaft oder von Farbenblindheit bei einem Lokomotivführer oder von Epilepsie bei einem Autoführer an die Behörde. Schwieriger ist es bei Interessenkollision zwischen Privatpersonen. 3 Gruppen sind zu unterscheiden. 1. Interessenkonflikte zwischen Arzt und Kranken z. B. bei falscher Anschuldigung des Arztes, bei Nichtbezahlung der ärztlichen Forderung, wobei das Interesse des Arztes zurücktreten sollte. 2. Interessenkonflikte zwischen 2 Patienten des Arztes. Hier muß der Arzt zwischen den beiden Interessen pflichtgemäß unterscheiden. 3. Interessenkonflikt zwischen dem Patienten und einem Dritten. Dabei ist das Interesse des eigenen Patienten in 1. Linie zu wahren. Unberechtigte Verletzung aus Leichtsinne, Eitelkeit u. ä. ist in jedem Fall strafbar. *G. Strassmann.*

**Schmitz, W.: Kann einem Arzt nach gefährlichen Kunstfehlern das Weiterpraktizieren polizeilich verboten werden?** *Med. Welt* 1935, 1124—1125.

Ein Arzt war wegen fahrlässiger Tötung gelegentlich einer indizierten Schwangerschaftsunterbrechung zu 4 Monaten Gefängnis mit 3jähriger Bewährungsfrist verurteilt worden. Während der letzteren stellte er ein Zeugnis über den Geisteszustand einer ihm bekannten Kranken aus, ohne diese nochmals zu diesem Zwecke untersucht zu haben, und wurde deshalb wieder angeklagt. Die gegen das freisprechende Urteil erster Instanz eingelegte Berufung des Staatsanwaltes kam wegen Amnestie nicht zur Verhandlung; dagegen sperrte die Polizeibehörde dem Arzt das selbständige Praktizieren. Nach den gesetzlichen Bestimmungen der GewO. (§ 53) ist die Polizei hierzu nicht befugt; diesen Standpunkt hat das Oberverwaltungsgericht bisher stets eingenommen. Die Polizei hat ihre Maßnahme getroffen, weil sie den Arzt für eine „öffentliche Gefahr“ hält (Überwiegen des öffentlichen Interesses über den Schutz der Interessen des einzelnen). Eine verwaltungsgerichtliche Entscheidung ist bisher im vorliegenden Falle nicht ergangen. *Giese (Jena).*

**Hoover, John Edgar: Plastic surgery and criminals: The surgeon's responsibility.** (Plastische Chirurgie und Verbrecher: Die Verantwortung des Chirurgen.) (*Federal Bureau of Investig., U. S. Dep. of Justice, Washington.*) *Amer. J. Surg., N. s.* 28, 156 u. 159 (1935).

In zunehmendem Maße hat sich in neuerer Zeit in den Vereinigten Staaten gezeigt, daß gewissenlose Ärzte bei bekannten Verbrechern eine operative Änderung der Gesichtszüge und der Fingerbeerenmuster durchgeführt bzw. versucht hatten. Solche Eingriffe verlangen im allgemeinen erhebliche chirurgische Technik, wenn sie Aussicht auf kriminalistisch brauchbaren Erfolg haben sollen. Ein Beispiel für den Mißerfolg eines solchen Versuches bot der Fall Dillinger, bei dem durch ärztlichen Eingriff an den Fingerbeeren versucht wurde, eine Identifizierung an Hand der Papillarlinien zu verhindern. Die nach seinem Tode gewonnenen Fingerabdrücke ergaben jedoch mehr als 300 charakteristische Übereinstimmungspunkte. *Schrader (Marburg a. d. L.).*

**Mayer, R. M.: Ärztliche Sachverständigentätigkeit bei fraglichem Gifftod.** (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Königsberg i. Pr.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* 41, 141—145 (1935).

Der Autor verweist auf die verschiedenen Schwierigkeiten in der ärztlichen Sachverständigentätigkeit bei fraglichem Gifftod, die nur durch rege Zusammenarbeit zwischen dem

behandelnden und dem die Sektion vornehmenden Ärzte, dem Chemiker und dem beauftragten Sachverständigen behoben werden können.  
*Schönberg* (Basel).

**Potter, L. S., and N. Harburn: Septicaemia due to *Brucella abortus* following operation.** (Eine durch Abortus-Bang-Bacillen hervorgerufene Allgemeininfektion im Anschluß an eine Operation.) Brit. med. J. Nr 3881, 1068—1070 (1935).

Bei einer Kranken, die an einer Rectocele und Cystocele, an einer Endometritis, Cervicitis, Subinvolution und einem leichten Prolapsus uteri litt, wurde eine vordere und hintere Colporrhaphie ausgeführt. Einige Tage später trat Fieber auf. Es wurden zwei Einspritzungen von Antistreptokokkenserum gemacht und 10 ccm Vollblut eingespritzt. Aus dem Blute der Kranken wurden unbewegliche Gram-negative Kokkobacillen gezüchtet, die Glykose spalteten und Gas bildeten. Der Agglutinationstiter für Abortus Bang betrug 1:640. Wegen der Höhe des Titers war an eine akute, aktive Infektion zu denken. Die Krankheit nahm in ihrem weiteren Verlauf eine sehr ernste Form an. Es entwickelte sich eine hochgradige Anämie mit weniger als 2 Millionen Erythrocyten und 36% Hämoglobin. Verschiedentlich wurden Blutübertragungen ausgeführt, die eine günstige Wirkung hatten. 16<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Woche nach der Operation war die Kranke beschwerdefrei, sie hatte jetzt 68% Hämoglobin und 4,18 Millionen Erythrocyten im Kubikmillimeter. Dieser Fall zeigt, daß die Infektion mit Abortus Bang-Bacillen für unbestimmte Zeit verborgen bleiben kann, daß die Inkubation bei akuten Fällen zumeist 8—10 Tage beträgt, und daß die Abortus Bang-Bacillen bei Menschen örtliche chronische Entzündungen hervorrufen können.  
*H. Gross* (Hildesheim).

**Choquard, L.: Complication mortelle d'une opération banale. (Perforation intestinale par spasme d'une artériole mésentérique.)** (Tödliche Komplikation nach einer einfachen Operation. Dünndarmperforation infolge Spasmus einer kleinen Darmarterie.) (21. Jahresvers. d. Schweiz. Ges. f. Chir., Freiburg, Sitzg. v. 3.—4. XI. 1934.) Helvet. med. Acta 2, 165—168 (1935).

Bei einer 45jährigen Frau, die wegen eines rechtsseitigen stielgedrehten Ovarialcystoms operiert wurde, trat nach 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Tagen plötzlich eine Verschlechterung auf. Die Kranke starb unter den Zeichen einer diffusen Peritonitis. Die Sektion ergab als Ursache der eitrigen Peritonitis ungefähr 10 cm oberhalb des Coecums eine bleistiftdicke freie Perforation. Unter Ausschaltung aller anderen Möglichkeiten glaubt Verf. diese umschriebene Nekrosenbildung der Darmwand auf einen Spasmus eines kleinen Wandgefäßes zurückführen zu müssen. Möglicherweise sei der Gefäßkrampf ausgelöst worden durch die Injektion von 5 ccm Ephedrin. Verf. weist in diesem Zusammenhang auf Beobachtungen von Cushing hin, der nach Kleinhirnoperationen ebenfalls 3 freie Perforationen des Magendarmkanals, und zwar multipler Natur, beobachtet hat, die er ebenfalls mit einem Arterienspasmus infolge Sympathicusreizung bzw. durch Vaguslähmung erklärt.  
*L. Duschl* (Düsseldorf).

**Bruch, Ernst: Der erste forensische Fall von Kieferhöhlenpunktionstod.** Z. Laryng. usw. 26, 65—68 (1935).

56jähriger Patient. Oberflächenanästhesie mit 10proz. Cocainlösung. Nach probatorischer Lufteinblasung, jedoch noch vor dem Einlaufen des Spülwassers, blitzartiger Kollaps, Bewußtlosigkeit, klonische Krämpfe, nach 18 Stunden Exitus. Anklage wegen fahrlässiger Tötung. Obduktion durch Geh. Rat Schmorl (Dresden) vollkommen negativ; im Gutachten kann eine Todesursache nicht angegeben werden. Prof. Lange (Leipzig) als Rhinologe lehnt in seinem Gutachten eine Cocainvergiftung ab, nimmt vielmehr eine Luftembolie oder eine Shockwirkung als Todesursache an. Auch der 3. Gutachter, Prof. Gros (Leipzig), lehnt als Pharmakologe die Cocainvergiftung ab. Die Klage wird abgewiesen.  
*Woelk* (Schweidnitz i. Schl.).

**Weissenbach, R.-J., A. Bocage et H. Block-Michel: Hémorragie méningée au cours d'une ponction sous-occipitale.** (Meningeale Hämorrhagien im Verlauf einer Suboccipitalpunktion.) Bull. Soc. franç. Dermat. 42, Nr 5, 785—792 (1935).

Bei einem 22jährigen jungen Mann verstopft sich beim ersten Einstich die Nadel so, daß es unmöglich ist, den Mandrain einzuführen. Der Eingriff wird sofort mit einer neuen Nadel wiederholt, die gut in die Zisterne gelangt. Leicht blutiger Liquor fließt unter starkem Druck ab. 20 Minuten später fühlt Patient leichte Kopfschmerzen und Schwindel. Kurze Zeit darauf gehen diese Schmerzen vorbei und er geht nach Hause. 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Stunde später kommt es zu einer starken meningealen Reaktion mit heftigen Kopf- und Nackenschmerzen, Biegen des Kopfes nach hinten, heftigem Erbrechen, hartem Bauch, verlangsamtem und unruhigem Puls um 50. Die Beschwerden gehen innerhalb von 6 Tagen langsam zurück, nachdem durch zwei Lumbalpunktionen (blutiger Liquor) Entlastung geschaffen wurde. Auf Grund dieses und eines früheren Zwischenfalles warnt Verf. vor mehrmaligem Einstich und vor Punktionen

bei Patienten über 50 Jahren. — Aussprache. Horowitz: 26jährige Patientin zeigte nach glatter Punktion mit klarem Liquor einen epileptiformen Zustand, der nach einer Stunde völlig verschwunden war. — Sézary rät auf Grund von zwei Todesfällen, die ihm von anderer Seite berichtet wurden, von der Punktion ab. Beide Male kam es anscheinend zu einer Verletzung von Gefäßen. — Touraine hat eine besondere Technik angegeben, um Verletzungen von Gefäßen zu vermeiden. Er führt den mitgeteilten Zwischenfall auf die doppelte Punktion mit verstopfter Nadel zurück. Bei dem einen von Sézary mitgeteilten Todesfall ergab die Punktion keine Rückenmarksflüssigkeit, die Nadel gelangte dagegen in die Medulla. Es ist fraglich, ob die richtige Technik angewandt wurde. — Basch weist auf die großen Vorzüge der Suboccipitalpunktion hin. — Auch Pinard lehnt den radikalen Standpunkt von Sézary ab. — Jausion hält aus theoretischen Erwägungen an der Lumbalpunktion fest. Jede Reizung der Meningen könne Hämorrhagien hervorrufen, die in der Höhe des 4. Ventrikels gefährlich, in der Höhe des Lumbalsacks ohne Folgen seien. *Memmesheimer* (Essen).<sup>o</sup>

**Scherb, R.: Kann der Arzt für die Entstehung der ischämischen Fingerkontraktur nach Ellbogen- und Unterarmbrüchen beim Kinde verantwortlich gemacht werden?** Schweiz. med. Wschr. 1935 I, 579—580.

Entwickelt sich bei einer Ellenbogenfraktur eine ischämische Fingerkontraktur rasch nach dem Unfall, so wird, auch wenn sofort ein Gipsverband angelegt wurde, den Arzt keine Schuld an der Fingerkontraktur treffen, denn die Ischämie ist auf das subfasciale Hämatom infolge Zerreißen der Arteria brachialis zurückzuführen. Ein langsames, erst nach Wochen beginnendes Auftreten der Fingerkontraktur ist bedingt durch isolierte Schädigung des arteriellen Sympathicusgeflechtes der A. brachialis nach Obliteration derselben. Sie kann infolge Kompression durch den Verband entstehen. Bei einer ischämischen Fingerkontraktur nach Unterarmfraktur kann der behandelnde Arzt nie verantwortlich gemacht werden; hier bildet sich die Komplikation durch das subfasciale Hämatom infolge Zerreißen der A. interossea vol. *Zwerg* (Königsberg i. Pr.).<sup>o</sup>

**Stern, Carl: Röntgeschädigungen.** Med. Welt 1934, 204—206.

Stern unterstreicht die Häufigkeit der Röntgeschädigungen. Er warnt vor dem Fehler mancher Sachverständigen, überall einen Kunstfehler konstruieren zu wollen. Einzelne Fälle S. zeigen die Erklärung für das Zustandekommen der Schäden: Bestrahlung akuter Ekzeme, Fälle durch Unkenntnis des Arztes in der Röntgentherapie entstanden, Nichteinhalten des Intervalls, Überschreiten der Epilationsdosis, dauernder Haarausfall, Kombination von Reizen, Simulation von Röntgeschäden, Teleangiektasien. Der Autor weist auf die besondere Stellung der Röntgeschädigungen hin, namentlich für die Begutachtung. *Heinz Lossen* (Frankfurt a. M.).<sup>oo</sup>

**Hildenbrand, Rudolf: Nochmals Röntgenverbrennungen.** Med. Welt 1935, 169—170.

Hildenbrand nimmt gegen die jüngst von Stern (vgl. vorsteh. Ref.) vertretene Auffassung Stellung, daß bei Verbrennungsprozessen den Arzt ganz allgemein die Beweisspflicht seiner Unschuld treffe, während es doch sonst so ist, daß der Kläger beweispflichtig ist. Für die Auffassung von Stern spricht allerdings ein Urteil des 6. Senats des Reichsgerichts vom 24. III. 1930, nach welchem beim Eintreten einer Verbrennung ohne weiteres eine mangelnde Sorgfalt des Arztes in der Dosierung angenommen werden muß. Jedoch stehen dieser Entscheidung die Entscheidungen anderer Senate gegenüber. „Tatsächlich genügt es nach Ansicht des Reichsgerichts, daß der Arzt beweist, daß er bei seiner Tätigkeit mit aller Sorgfalt und nach den Erfahrungen der Wissenschaft gehandelt hat, und daß der eingetretene Erfolg auch ohne sein Verschulden eingetreten sein kann, und daß ein positiver Anhaltspunkt für sein Verschulden nicht vorliegt.“ Es wird dem Arzt nicht die Gefahr der Unaufklärbarkeit des Ursachenzusammenhangs aufgebürdet. — H. bespricht sodann 2 gerichtliche Entscheidungen über einen Verbrennungsfall, der infolge Versagens des Meßinstruments erfolgte. Während das Landgericht in I. Instanz die Ersatzpflicht des Arztes feststellte, wies das Oberlandesgericht die Klage ab. Das Versagen des Meßinstruments, das bisher einwandfrei funktionierte, kann nach Ansicht des Oberlandesgerichts nicht dem Arzt zur Last gelegt werden. Die richtige Einschätzung derartig technischer Vorfälle

erfordern ein Wissen, über welches der Arzt nicht zu verfügen braucht. Die Bestimmung des Fachnormenausschuß der deutschen Röntgengesellschaft, welche im § 21 zum Messen der Stromstärke 2 Meßgeräte vorschreibt, stammt vom Januar 1930. Die fragliche Bestrahlung erfolgte im Mai 1930. Es bedeutet eine Überspannung der dem Arzt zuzumutenden Sorgfaltspflicht zu verlangen, daß nunmehr sofort alle derartigen Bestimmungen durchgeführt werden. Eine gewisse Zeit für die Einführung solcher Verbesserungen muß ihm gelassen werden. Im vorliegenden Fall war nach Ansicht des Oberlandesgerichts noch besonders zu berücksichtigen, daß die Apparatur gar nicht dem Arzt selbst gehörte, sondern städtisches Eigentum war. „Die Sorge für die vorschriftsmäßige Ausstattung des Apparats konnte also vom Beklagten in erster Linie der Krankenhausverwaltung der Stadtgemeinde überlassen werden, welcher für die Einführung von Verbesserungen ebenfalls ein Zeitraum von mehreren Monaten zu gewähren war.“  
*Otto Strauß* (Berlin).<sub>o</sub>

### Versicherungsrechtliche Medizin und Gewerbehygiene.

● **Strassmann, Georg: Grundriß der gerichtlichen und versicherungsrechtlichen Medizin. 3. u. 4., umgearb. u. verm. Aufl.** Berlin: Siegfried Seemann 1935. 325 S. geb. RM. 5.80.

Der vorliegende Grundriß berücksichtigt in seiner neuen Auflage die neuesten Gesetze und Erfahrungen auf dem Gebiet der gerichtlichen und versicherungsrechtlichen Medizin. Es wird zunächst kurz die ärztliche Rechts- und Gesetzeskunde und die ärztliche Sachverständigentätigkeit mit der Haft- und Terminalsfähigkeit besprochen. Dann folgen im speziellen Teil die Erörterung fraglicher geschlechtlicher Verhältnisse, die Verbrechen gegen die Sittlichkeit, die Schwangerschaft und Geburt und die Fruchtabtreibung. Hieran schließen sich die allgemeinen Bestimmungen über Körperverletzungen und Tötung, wobei besondere Abschnitte dem Selbstmord, dem plötzlichen Tod aus natürlicher Ursache, dem forensischen Spurennachweis, den Leichenerscheinungen, der vitalen Reaktion, der Priorität des Todes und den konkurrierenden Todesursachen gewidmet sind. Weitere Abschnitte behandeln die einzelnen gewaltsamen Todesarten, die gewaltsame Erstickung, den Tod durch abnorme Temperatur, Elektrizität und Blitzschlag, den Tod durch Verhungern und Shock. Es folgen die Verletzungen mit scharfen Werkzeugen und durch stumpfe Gewalt, der Kindesmord und der Tod durch Vergiftung, wobei auch die Nahrungsmittelvergiftung kurz berücksichtigt wird. Der letzte Abschnitt behandelt die versicherungsrechtliche Medizin, neben den gesetzlichen Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches über die Schadenersatzpflicht aus unerlaubter Handlung und der Erwerbsfähigkeit bei Unterhaltsklagen. Es sind die Reichshaftpflichtgesetze über Eisenbahn-, Kraftwagen- und Luftverkehr, das Preußische Gesetz betr. die Fürsorge für Beamte, die Reichsversicherungsordnung, Angestelltenversicherung, Reichsknappschaftsgesetz und das Reichsversorgungsgesetz erwähnt. Als Anhang werden die wichtigsten gerichtlich-psychiatrischen Bestimmungen des Strafgesetzbuches und des Bürgerlichen Gesetzbuches, der Strafprozeß- und Zivilprozeßordnung, des Jugendwohlfahrtsgesetzes und des Jugendgerichtsgesetzes gebracht. Ein kurzes Stichwortregister bildet den Schluß. — Die neue Auflage des Grundrisses gibt einen guten Überblick über das Gesamtgebiet der gerichtlichen Medizin, sie bringt bei aller Kürze alles Wesentliche nach dem neuesten Stande der Wissenschaft, die Anordnung des Stoffes ist übersichtlich, die Darstellung klar und verständlich. Der Arzt wie der Student werden sich des Grundrisses zur Orientierung über das Gesamtfragegebiet der gerichtlichen Medizin mit Vorteil bedienen, wenn sie die Benutzung der Lehrbücher umgehen wollen. Das Buch kann bestens empfohlen werden. *Ziemke* (Kiel).

**Panagia, Antonino: Il concetto valutativo di inabilità a proficuo lavoro in medicina legale militare.** (Wertung der Erwerbsunfähigkeit in der militärgerichtlichen Medizin.) (*Vsp. Milit. Novara.*) Giorn. Med. mil. 83, 451—464 (1935).

Das italienische Wehrgesetz kennt den Begriff der dauernden und unheilbaren Unfähigkeit zu irgendeiner gewinnbringenden Tätigkeit infolge körperlicher Krankheits- oder Schwächezustände. Die 3 Begriffe 1. dauernde und unheilbare Erwerbsunfähigkeit, 2. in immer fort-dauernder Weise, 3. zu jeglicher gewinnbringender Tätigkeit werden verglichen mit den Begriffen der Alters- und Invaliditätsversicherung, die sich mit denjenigen der deutschen Invalidenversicherung im wesentlichen decken. Denn das italienische Gesetz verlangt für die Invalidität gleichfalls die Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit auf weniger als  $\frac{1}{3}$ , und zwar dauernd, nicht der speziellen Berufsfähigkeit, sondern derjenigen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Im militärärztlichen Sinne wird aber nicht von Unfähigkeit zu spezieller Berufsarbeit, sondern von Unfähigkeit zu irgendeiner gewinnbringenden Tätigkeit gesprochen.

*G. Strassmann* (Breslau).