

Referate.

Nach fast 8jähriger Pause wurde es wieder möglich, den Referatenteil der Deutschen Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin neu erstehen zu lassen. Entsprechend den veränderten Zeitumständen muß auf strenge Auswahl des zu referierenden Stoffes Wert gelegt werden; dies ist allerdings insofern schwierig, als die gerichtliche Medizin sehr breite Berührungspunkte zu Nachbarfächern hat. Über reine Grundlagenforschung kann aber in dieser Zeitschrift nicht berichtet werden. Auch wissenschaftliche Erkenntnisse von Nachbargebieten können erst dann referiert werden, wenn bereits ihre Anwendbarkeit für forensische Zwecke geltend gemacht worden ist. Es wird der Kostenersparnis wegen notwendig sein, einzelne Berichte aus Referatenblättern anderer Fächer zu übernehmen, sofern sie geeignet sind. Wir legen Wert darauf, daß besonders das fremdsprachige gerichtsmmedizinische Schrifttum möglichst lückenlos berücksichtigt wird. Wenn das in diesem Heft noch nicht der Fall ist, so liegt dies nur daran, daß diese Fachzeitschriften des Auslandes wegen Verzögerung in der Devisenzuteilung beim Verlage noch nicht eingegangen sind.

Allgemeines.

The Medico-Legal Institute and the problem of crime. (Das gerichtsmedizinische Institut und das Verbrechenproblem.) Medical Press 1952, 74.

Seit ihrer Gründung vor 50 Jahren fordert die Gesellschaft für gerichtliche Medizin die Errichtung eines Lehrstuhles für gerichtliche Medizin und eines entsprechenden Universitätsinstituts in London. Als Name wird "The Institute of Forensic Medicine and Criminology" vorgeschlagen. Begründet wird die erneute Forderung mit der Zunahme der Kriminalität. Es wird Intensivierung der Erforschung des Verbrechens, seiner biologischen Ursachen und seiner Verhütung verlangt, da die Anklagen von 84000 im Jahre 1900 auf 500000 im Jahre 1949 gestiegen sind. Während die Morde nur eine Zunahme von 100 auf 140 zeigen, haben die Körperverletzungen u. ä. erheblich zugenommen. Raub und Sittlichkeitsdelikte sind z. B. von 1184 auf 6235 gestiegen. Eigentumsdelikte mit Gewalt zeigen eine Zunahme von 9227 in den Jahren 1900—1904 auf 128888 im Jahre 1949, einfache Diebstähle sind von 67732 auf 350332 gestiegen. Die Hälfte der Verbrecher 1949 waren unter 21, mehr als ein Drittel unter 17 und mehr als ein Fünftel unter 14 Jahren. Der Beginn der Kriminalität war meist zwischen 12 und 15 Jahren, der Höhepunkt wurde zwischen 1938 und 1949 beobachtet. Der Bekämpfung der Jugendkriminalität ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Die Zahlen sind einer Arbeit von Prof. Sir SYDNEY SMITH, C.B.E., M.D. [Medico-Leg. J. 19, Part II, 57—64 (1951)] entnommen und zeigen deutlich das ständige Anwachsen der Kriminalität in den letzten 50 Jahren, wofür nach Ansicht des Ref. in erster Linie die beiden Weltkriege und ihre Folgen verantwortlich zu machen sein dürften.

RUDDOLF KOCH (Halle a. d. Saale).

The suicidal risk. (Die Selbstmordgefährdung.) Medical Press 1952, 27—28.

Kurzer Auszug aus einem Artikel von J. OLIVEN in New England J. Med. 245, 488 (1951). In den Vereinigten Staaten werden jährlich 16000 Selbstmorde registriert, die Zahl der Versuche wird auf 100000 je Jahr geschätzt. Nächst den bekannten Ursachen nennt Verf. besonders Alkoholhalluzinosen und „akute Panikzustände“. Er betont, daß es weniger auf eine exakte Diagnose des Grundleidens als vielmehr auf die rechtzeitige Erkennung der drohenden Selbstmordgefahr auf Grund der objektiven und subjektiven Symptomatologie ankommt.

SCHLEYER (Bonn).

Konrad Ott: Welche körperlichen und geistigen Mängel machen zum Führen von Kraftfahrzeugen untauglich? Med. Klin. 1952, 74—76.

Die Verkehrsdichte stieg 1950 gegenüber 1938 auf 118% an, die Personenschäden dagegen haben sich seit 1947 fast vervierfacht (388%). Verf. behauptet, daß 90% der Unfälle, deren Ursache in persönlichen oder geistigen Mängeln des Fahrers liegt, durch Ausschaltung der Ungeeigneten hätten vermieden werden können. Bei welchen gesundheitlichen Mängeln soll nun die Befähigung zum Fahren verneint werden? Bei den Anforderungen sind die Berufsfahrer von den Herrenfahrern zu unterscheiden. Immer sind gewisse Mindestforderungen an das Hör- und Sehvermögen zu stellen: 3 m Flüstersprache auf besser, 1 m Flüstersprache auf schlechter hörendem Ohr, Herrenfahrer: 1 m Flüstersprache beiderseits. Sehleistung: Berufsfahrer: Durchschnittsleistung $\frac{8}{10}$, Herrenfahrer: $\frac{2}{3}$ auf einem, $\frac{1}{3}$ auf dem anderen Auge jeweils mit oder ohne Glas. Nachtblindheit ist ein prinzipieller Verweigerungsgrund für alle Fahrergruppen, während die Einäugigkeit und Rotgrünblindheit nur für den Berufsfahrer eine Fahrunfähigkeit bedeutet. Ferner sollen vom Fahrverkehr ausgeschlossen werden: Geisteskranke, einschließlich Süchtige, sowie fast alle Kranken mit organischen Gehirn- oder Rückenmarksleiden. Personen mit schweren Allgemeinerkrankungen oder körperlichen Behinderungen (Kriegsbehinderte) sind individuell zu behandeln (Nachuntersuchung!). Einarmigen oder einbeinigen Krad- oder Berufsfahrern sollte kein Führerschein erteilt werden. Eine Unterschreitung der Altersgrenze wird abgelehnt, nach dem 60. Lebensjahr soll der Führerschein ungültig werden. Abschließend wird die obligatorische Einführung eines Fahrtenbuches zur Kontrolle der Fahrzeit bei den Berufsfahrern gefordert, um dem Zustand der Übermüdung am Steuer Abhilfe zu schaffen.

GOLDBACH (Marburg a. d. Lahn).

H. G. Faßbender und G. Wengler: Zur Ätiologie der subendokardialen Blutung. [Path. Inst., Johannes Gutenberg-Univ. Mainz.] Virchows Arch. 321, 138—141 (1952).

Kurzer Bericht über 32 Sektionen mit subendokardialen Blutungen. Ein Zusammenhang mit einer Vagusreizung wird zu erfassen versucht bei 18 Fällen mit Hirndruck, 8 mit verschieden-

artigen Hirnveränderungen (Apoplexie, subdurale und subarachnoidale Hämatome, Hirnödeme, Encephalitis), einem Bolustode, einer Blutung ins hintere Mediastinum nach Thyreoidektomie, einem infiltrierend in die Dura einwachsendem Carcinom. In 2 Fällen werden subendokardiale Blutungen bei lymphatischer Leukämie und Lymphogranulomatose auf Vagusdruck paratrachealer Lymphknoten zurückgeführt. Eine zentrale Vagusreizung durch Druck allein scheint für möglich gehalten zu werden.
H. KLEIN (Heidelberg).

Plötzlicher Tod aus innerer Ursache.

W. Kette: Ein Beitrag zur Frage der Kranzschlagadermißbildungen. [Path.-anat. Abt., Inst. f. gerichtl. Med., Humboldt-Univ. Berlin.] Dtsch. Gesundheitswesen 1952, 26—28.

Verf. berichtet über den seltenen Fall des völligen Fehlens der re. Herzkranzschlagader. Es handelte sich um einen Nebenbefund an der Leiche einer 72jährigen Frau, die tot in ihrer Wohnung aufgefunden und gerichtlich obduziert wurde. Als natürliche innere Todesursache wurde eine Massenblutung in das Großhirngewebe re. festgestellt. Das Herzgewicht betrug 360 g. Das li. Herz war gut zusammengezogen. Im Bereich des absteigenden Astes der li. Coronarie sah man zahlreiche punktförmige Blutungen. Derartige Blutungen fanden sich auch in der Adventitia der Aorta innerhalb des Herzbeutels. Die li. Coronarie ist sehr weit und teilt sich etwa 1 cm von ihrer Abgangsstelle in 2 Gefäße. Der Ramus descendens ant. gibt dicht unterhalb der Basis der Arteria pulmonalis 2 größere, sich in der Muskulatur verzweigende Äste ab. Unterhalb dieser Verzweigung gehen weitere Zweige nach rechts und links ab. Der Ramus descendens läßt sich bis zur Herzspitze verfolgen. Kurz zuvor biegt das Gefäß zur re. Kammer ab. Der Ramus circumflexus sin. verläuft unter dem re. Herzohr nach oben hin. Ähnliche Fälle wurden von RICHTER, PETRÉN und KOCKEL veröffentlicht. Im vorliegenden Falle reichte die li. Coronarie während eines langen Lebens völlig aus, um die Blutversorgung des Herzens zu sichern. In den meisten bekannten Fällen fanden sich auch andere Mißbildungen, welche mit dem Leben meist nur ganz kurze Zeit vereinbar sind (MÖNCKEBERG in HENKE-LUBARSCH). Über die Ursache des Fehlens der re. Coronarie gibt es nur Vermutungen (Atavismus?).
KOOPMANN (Hamburg).

Norman Ende and Joseph Ziskind: Asphyxia by tracheobronchial secretions. (Erstickung infolge Sekretion in Trachea und Bronchien bei Erwachsenen.) [Clin. Laborat., Veterans Administr. Hosp.; and Dep. of Path., Tulane Univ., School of Med., New Orleans, La.] Surg. etc. 94, 57—64 (1952).

Bei einem Rückblick auf 137 aufeinanderfolgende Sektionen wurden 6 Fälle festgestellt, bei denen der Tod als Folge einer Asphyxie eintrat, die ihre Ursache in einer vollständigen Verstopfung des Bronchialbaumes mit schleimigen, wenig zellhaltigem Sekret hatte. Erklärend wird angenommen, daß mannigfaltige Insulte auf den Respirationsapparat derart wirken können, daß es zu einer Unterdrückung des Hustenreflexes kommt. Es entsteht ein Circulus vitiosus, indem durch die Verhinderung des Hustenreflexes zunächst Tracheobronchialschleim retiniert wird. Das sich ansammelnde Sekret wieder macht die Auslösung des Hustenreflexes unmöglich und vergrößert darüber hinaus die Sekretmenge in allen Bronchien, bis eine vollkommene Verstopfung erfolgt ist. Binnen kurzem kann dieser Prozeß zum Tode führen. — Diese 6 Fälle werden eingehend im klinischen Bilde, pathologisch-anatomisch und patho-histologisch dargestellt. Es handelt sich um 3 postoperative Todesfälle, eine Paraaurethraldrüsenresektion und 2 Pneumonektomien. Ein Patient hatte ein Carcinom des Pharynx. Drei Patienten davon litten an einem chronischen Lungenleiden und in 2 Fällen bestand eine akute Tracheobronchitis. Verf. erscheint es vom klinischen Standpunkt aus bemerkenswert, daß in 5 beobachteten Fällen ein Emphysem bestand, während in 2 Fällen Atelektasen gefunden wurden. Es konnte außerdem nur in 2 Fällen, wo bei vollkommener Ausstopfung des Tracheobronchialtraktes mit Schleim ein Emphysem bestand, Atelektasen festgestellt werden. — Zwei weitere Patienten, die eine stärkere Tracheobronchitis überstanden haben, gaben Veranlassung die Möglichkeiten der Therapie zu erörtern.
HALLERMANN (Kiel).

Harry Güthert und Gabriele Czerwek-Glusa: Zur Urämiediagnose an der Leiche.
II. Mitteilung. Der Ammoniakgehalt der Magenschleimhaut frischer Resektions-

präparate im Pylorus- und Fundusgebiet. [Path. Inst., Städt. Krankenanst. Erfurt.] Virchows Arch. 321, 163—166 (1952).

Verff. haben einen Fäulnisfaktor ermittelt [I. Mitt. s. Virchows Arch. 320, 476 (1951)], mit dessen Hilfe die Ammoniakwerte der Magenschleimhaut berichtigt und somit als Indikator für Nierenausscheidungsstörungen, insbesondere zur Erkennung einer renalen oder extrarenalen Urämie herangezogen werden können. Verff. hatten dabei die Beobachtung gemacht, daß verschiedene Schleimhautbezirke des Magens unterschiedlich hohe Ammoniakwerte lieferten. Die systematische Untersuchung dieser Frage ist der Gegenstand der vorliegenden Arbeit. — Es wurden insgesamt 63 frisch resezierte Ulcusmägen auf ihren Ammoniakgehalt getrennt im Pylorus- und Fundusgebiet untersucht. Um den Fäulnisfaktor völlig auszuschalten, wurden die Untersuchungen spätestens 2—4 Std nach der Resektion durchgeführt. Methodische Einzelheiten s. I. Mitt. — Bei 51 von insgesamt 63 Untersuchungen lagen die Ammoniakwerte im Fundusgebiet der Magenschleimhaut deutlich höher als im Pylorusgebiet. Der Durchschnittswert betrug für das Fundusgebiet 32,26 mg-%, während ein solcher im Pylorusteil von 45,13 mg-% Ammoniak vorhanden war. Bei 51 von 63 Fällen lagen somit die Ammoniakwerte im Pylorusgebiet um etwa 40% höher als im Fundusgebiet. Nur in 12 Fällen fanden sich höhere Werte im Fundusgebiet. Bei insgesamt 3 Fällen wurden im Pylorusgebiet Ammoniakwerte über 100 mg-% gefunden. — Verff. empfehlen daher, für vergleichende Untersuchungen Material aus der Pylorusgegend, zumindest jedoch aus demselben Gebiet zu entnehmen. — Eine aktive Sekretion von Ammoniak durch die Magenschleimhaut bei der Urämie wird abgelehnt. Ammoniakwerte bis zu 100 mg-% in der Magenschleimhaut werden als normal angesehen. Besonders niedrige Werte, wie sie von Verff. und anderen Autoren bei resezierten Mägen gefunden wurden, lassen keine Schlüsse auf krankhafte Vorgänge in der Magenschleimhaut zu. Die 3 Befunde über 100 mg-% Ammoniak der Pylorusgegend werden nach Berücksichtigung des Fäulnis- und „Lokalisationsfaktors“ im Sinne einer ungenügenden Nierenausscheidung aufgefaßt. Bei einem scirrhösen Magencarcinom fanden Verff. einen Ammoniakwert von 124,39 mg-% in der Pylorusschleimhaut, der bei normaler Nierenfunktion auf einen erhöhten Eiweißzerfall beim wachsenden Carcinom zurückgeführt wird.

PAUL SEIFERT (Heidelberg).

Verletzungen, gewaltsamer Tod und Körperbeschädigung aus physikalischer Ursache.

H. Saar: Untersuchungen über das Verhalten nichtverletzender Bisse. [Institut für gerichtliche u. soziale Medizin der Universität Würzburg.] Kriminalistik 6, 32—36 (1952).

Verf. beschäftigt sich unter Zuhilfenahme eines eigens konstruierten Beißapparates mit der Frage, wie lange Menschenbisse, die die Haut nicht durchtrennen, noch identifiziert und begutachtet werden können. Er kommt zu dem Ergebnis, daß die Länge der Nachweisbarkeit an Körperregionen und Geschlecht gebunden ist. So sind Bisse am männlichen Arm bis zu 3 Std nachweisbar und beim weiblichen Geschlecht im Gesicht bis zu maximal 48 Std. JÄHNER.

Josef Gschwendtner: Zusammenhangsfrage unklarer cerebraler Insulte. [Berufsgenossensch. Unfallkrankenh., Hohenaschau.] Mschr. Unfallheilk. 55, 56—62 (1952).

Ein 35 Jahre alter Elektromonteur berührte mit beiden Händen eine 380 V-Wechselstromleitung, konnte jedoch 5 min später seine Arbeit fortsetzen. Einen Tag zuvor war er bereits von einem 6 m hohen Gerüst gestürzt, ohne Beschwerden davonzutragen. Am Tage nach der elektrischen Gewalteinwirkung begann bei ihm mit plötzlichen Lähmungen ein Krankheitsprozeß, der zunächst als Halbseitenlähmung nach Starkstromschädigung angesehen, in einem anderen Krankenhaus jedoch im Verlaufe eines monatelangen Krankenzustandes klinisch und optisch als Endocarditis lenta erkannt wurde. Die 2 Tage nach dem ersten Unfall eingetretene Lähmung war also nicht Folge einer Hirnquetschung oder Stromschädigung, sondern das Ergebnis einer Gehirmbolie aus einem Herzwandthrombus bei subakuter bis chronischer, rezidivierender Endocarditis ulcerosa et polyposa, die zu Infarkten in beiden Nieren, in der Milz und im Herzmuskel geführt hatte. Die Differentialdiagnose zwischen unfallbedingten und endogenen Krankheitsvorgängen wird unter Verwertung aller anamnestischer und klinischer Daten besprochen, wobei auf die Zunahme der Endocarditis lenta im Kriege und in der Nachkriegszeit, unter Umständen als KB-Leiden, hingewiesen wird.

WIETHOLD (Frankfurt a. M.).

Vergiftungen.

J. E. Page: Applications of polarography in pharmaceutical analysis. (Anwendungsgebiete der Polarographie in der pharmazeutischen Analyse.) [Glaxo Laborat., Ltd., Greenford, Middlesex.] *J. of Pharmacy a. Pharmacol.* **4**, 1—20 (1952).

Nach einer kurzen geschichtlichen Einführung gibt Verf. einen Überblick über Prinzip, Technik und allgemeine Anwendungsbereiche der Polarographie. Als erfahrener Analytiker bespricht er an Hand der Literatur die analytischen Möglichkeiten der Polarographie in der Pharmazie unter folgenden Gesichtspunkten: 1. Sauerstoff- und Peroxydlösungen, 2. Schwermetalle und metallhaltige Drogen, 3. Antiseptica und Insecticide, 4. Vitamine, 5. Hormone, 6. Antibiotica, 7. Alkaloide; hier sei besonders vermerkt, daß Verf. unter anderem auf Papaverin, Morphin, Codein, Strychnin, Brucin, Atropin und Narcotin eingeht und auf die systematischen Arbeiten von KIRKPATRICK [*Quart. J. Pharmacy a. Pharmacol.* **18**, 245, 338 (1945); **19**, 8, 127, 526 (1946); **20**, 87 (1947)], hinweist, der über 30 Alkaloide untersucht hat, 8. verschiedenartige pharmazeutische Produkte (wie Zuckerarten, Saccharin und jodhaltige Kontrastmittel), 9. Blutserum und Krebsdiagnose. — Verf. glaubt, daß die Polarographie in naher Zukunft in der pharmazeutischen Analyse in zunehmendem Maße Anwendung finden wird.

WEINIG (Erlangen).

Friedrich Lohß und Ekkehard Kallee: Ein neues Verfahren zur colorimetrischen Schnellbestimmung von Pyramidon im Serum. [Chem. Laborat., Med. Univ.-Klin. Tübingen.] *Arch. exper. Path. u. Pharmakol.* **214**, 202—210 (1952).

Es wird eine Farbreaktion von Pyramidon mit Sulfanilsäure, Natriumnitrit und Pikrinsäure in stark saurem Milieu ($p_{\text{H}} = 1,2-1,3$) beschrieben. Für das bei dieser Reaktion gebildete Farbstoffgemisch, dessen Hauptanteil eine Absorptionsbande zwischen 300 und 560 $m\mu$ mit einem Maximum bei 420 $m\mu$ zeigt, ist innerhalb des Konzentrationsbereiches 0,3—20 mg-% Pyramidon das LAMBERT-BEERSche Gesetz gültig. Die Reaktion wird hinsichtlich des Einflusses der Sulfanilsäurekonzentration, der Natriumnitritkonzentration, der Pikrinsäurekonzentration, der Wasserstoffionkonzentration, der Eiweißkonzentration und der Temperatur eingehend untersucht. Es wird folgende Arbeitsweise für eiweißhaltiges Material angegeben: 3 cm^3 Serum und 9,0 cm^3 Pikrinsäurelösung (1,2%ig) werden gemischt und nach Schütteln durch ein Schleicher & Schüll-Filter 602 E. H. filtriert. 7,0 cm^3 Filtrat werden im Reagensglas mit 2,5 cm^3 Citronensäure-Salzsäurepuffergemisch, mit 1,2 cm^3 Sulfanilsäurelösung (0,75%ig) und mit 0,2 cm^3 Natriumnitritlösung (0,75%ig) versetzt und 5 min in ein kochendes Wasserbad gestellt, hierauf mit kaltem Wasser abgeschreckt und bei Zimmertemperatur im Havemann-Colorimeter in 10 mm-Cuvette bei Filterkombination VG 9 (grün) + BG 7 (blau) (Schott & Gen., Jena) gemessen. Vorschrift für den Citrone-Salzsäurepuffer: Lösung A: 21,008 g Citronensäure, 200 cm^3 n-NaOH, Aqua dest. ad 1000,0 cm^3 ; Lösung B: n-HCl; Puffergemisch: A + B = 16 + 7. Blindwerte mit dem Serum vor der Pyramidonapplikation sind in der gleichen Weise anzustellen. Für Bestimmungen in Urin ist diese Methode nicht anwendbar.

F. X. MAYER (Wien).

P. Seifert und R. Broßmer: Eine Testfleckenmethode zur Bestimmung kleinster Arsenmengen im biologischen Material. [Inst. f. gerichtl. Med., Univ. Heidelberg.] *Arch. exper. Path. u. Pharmakol.* **214**, 121—123 (1951).

Die im Titel angegebene Methode stützt sich auf das von GUTZEIT (1879) angegebene Prinzip der Reduktion einer Silbernitratlösung durch Arsenwasserstoff. Die mit H_2SO_4 , rauchender HNO_3 und H_2O_2 erhaltene Veraschungslösung von 1—5 g Gewebe, 1—5 cm^3 Blut oder Urin wird mit Zink zusammengebracht. Der naszierende Wasserstoff wird zunächst, um störenden H_2S zurückzuhalten, durch eine Waschflasche mit Cd SO_4 Lösung gesaugt und passiert hernach ein mit AgNO_3 getränktes Filterpapier, das nach GETTLER zwischen Glasflanschen festgehalten ist. Bei Gegenwart von Arsenwasserstoff entsteht auf dem Filterpapier ein Fleck von metallischem Silber, der der Arsenmenge direkt proportional ist und entsprechend einer Photographie fixiert wird. Der As-Gehalt läßt sich durch Vergleich mit einer Reihe von Standardflecken genau bestimmen. 0,1 γ As sind noch zu erkennen (bei 1 g Gewebe 0,00001%). Bei der Genauigkeit der spezifisch arbeitenden Methode dürfen nur völlig As-freie Reagentien verwendet werden. Zwei Abbildungen und eine genaue Arbeitsvorschrift erleichtern das Verständnis.

KRAULAND (Münster i. Westf.).

P. Seifert und G. Jankowitz: Modifizierte nephelometrische Methode zum Nachweis eines Morphin-Abusus. [Inst. f. gerichtl. Med., Univ. Heidelberg.] Arch. exper. Path. u. Pharmakol. 214, 197—201 (1952).

Der Wert der nephelometrischen Methode des Mo.-Nachweises im Harn nach DECKERT wird bekanntlich dadurch vermindert, daß eine ganze Reihe von in pathologischen Harnen vorkommenden Substanzen sowie die verschiedensten Medikamente den Nachweis stören können. Die bisher angegebenen Modifikationen haben sich wegen ihrer Umständlichkeit in der Praxis des klinischen Laboratoriums nicht bewährt. Bei ihrer eigenen Modifikation nützen die Verf. die unterschiedliche Löslichkeit der freien Mo.-Alkaloidbase in Essigester und Äther aus. Da die freie Alkaloidbase in Äther praktisch unlöslich ist, kann man durch vorangehende Ausschüttelungen einmal vor und einmal nach Alkalisierung mit Na_2CO_3 die störenden Substanzen beseitigen. Der Verlust beträgt durchschnittlich 6,7% Mo., was bei dem Umrechnungsfaktor zu berücksichtigen ist. So konnten die Verf. die störende Wirkung von Chinin, Cocain, Pyramidon, Dilaudid, Eukodal, Codein und Eiweiß vollkommen und von Dolantin praktisch vollkommen ausschalten. Auch Phenacetin, Cliradon und Veronal fallen fort. Lediglich Supronal blieb unbeeinflusst, jedoch täuschen therapeutische Dosen nur Mo.-Mengen vor, die in der Fehlerbreite der Methode liegen.

KRAULAND (Münster i. Westf.).

Karl Sroka: Zur Frage des Trikresylphosphats als gesundheitsbedenklichem Arbeitsstoff. Dtsch. Gesundheitswesen 1952, 127—129.

Nach kurzen Bemerkungen zu verschiedenen Möglichkeiten einer Triorthokresylphosphat-(T)-Vergiftung in den vergangenen Jahrzehnten erwähnt Verf. die in der Ostzone gegenwärtig vorkommenden industriellen Vergiftungen. Das T findet unter anderem reichliche Anwendung beim Weichmachen von Kunststoffen, als Heizbadflüssigkeit und bei der Herstellung von Löse-, Extraktions-, Schmier- und Putzmitteln. Die Vergiftung erfolgt über den Intestinal- wie über den Respirationstrakt. Es folgt die sehr kurze Beschreibung eines chronischen gewerblichen Vergiftungsfalles, der zunächst als „Polyneuritis“ und „vegetative Dystonie“ mit Parästhesien und psychischen Veränderungen diagnostiziert, später als chronische T-Vergiftung erkannt wurde. Therapie: Prostigmin, Atropin, Acetylcholin, Vitamin B_1 , Leberschutzpräparate.

WEINIG (Erlangen).

K. Sroka: Zur Toxikologie der Arsenobenzole. Ärztl. Wschr. 1952, 137—140.

Vorwiegend für den Praktiker gedachte Hinweise über die Schädigungsmöglichkeiten bei der Anwendung der Arsenobenzole zur Luesbehandlung. Nach einleitenden historischen Bemerkungen werden die örtliche Gewebsschädigung, die arsenotoxische (allergische) Reaktion und der vasomotorische Symptomkomplex (mit Todesfällen, einschließlich durch Glottisödem) erwähnt. — Über die staatlichen Prüfungsvorschriften sowie Art und Mängel der einzelnen Arsenobenzole wird berichtet. Abschließend werden zur Entgiftungsförderung geeignete Mittel empfohlen.

JUNGMICHEL (Göttingen).

Hans Schramm: Schwefelwasserstoff-Vergiftungen im Steinkohlenbergbau. Zbl. Arbeitsmed. u. Arbeitsschutz 2, 17—18 (1952).

Nicht nur in Kalisalzgruben, sondern auch in Steinkohlengruben kann es zu Ansammlungen von Schwefelwasserstoffgas kommen, das besonders in Wasser gelöst ist, um so mehr, je stärker das Wasser unter Druck steht. Beim Anzapfen solcher Wasseransammlungen kann der Schwefelwasserstoff ausströmen und zu Vergiftungen Anlaß geben. Es wird von einem derartigen Unglück auf einer saarländischen Grube berichtet, bei dem 14 Bergleute durch Schwefelwasserstoffgas tödlich und 6 mehr oder minder schwer vergiftet wurden. Einige der Vergifteten zeigten einen außergewöhnlichen Erregungszustand, der erst nach Beatmung mit Sauerstoff verschwand. Bei sämtlichen überlebenden Vergifteten waren ungefähr die gleichen Beschwerden vorhanden. Als solche werden berichtet: Kopfschmerzen, Luft- und Herzbeschwerden, Schwindelgefühl. Auffallend war die bei sämtlichen Vergifteten mit einer Ausnahme herabgesetzte Vitalkapazität. In einem Fall wurde als Folge der H_2S -Einwirkung eine Herzschiädigung in Form einer Reizleitungsstörung festgestellt. Bei 2 Vergifteten wurde ein erhöhter Kohlenoxydhämoglobingehalt im Blute nachgewiesen. Die Herkunft des CO-Gases war unerfindlich. Sulfo-Hämoglobin wurde bei den Vergifteten nicht gefunden.

P. SEIFERT (Heidelberg).

H. Sroka: Zur Berufskrankheit durch Schwefelwasserstoff. Münch. med. Wschr. 1952, 171—173.

Die Arbeit ist im wesentlichen eine kurze Zusammenfassung bekannter Tatsachen hinsichtlich Gelegenheiten, Dosen, Wirkungsweisen, Symptomen und Diagnosen der akuten, subakuten und chronischen Schwefelwasserstoffvergiftungen. RÆSTRUP (Göttingen).

W. Heuner und E. Petzold: Schwere Vergiftungen an einem Sauerstoffatmungsgerät (durch Trichloräthylen?). [Inn. Abt., Knappsch.-Krankenh., Recklinghausen.] Zbl. Arbeitsmed. u. Arbeitsschutz 2, 4—11 (1952).

Fünf Mitglieder einer Grubenwehr führten mit neuen Sauerstoffbeatmungsgeräten über eine Zeit von $4\frac{1}{2}$ Std eine Übung durch. Ein Teilnehmer brach die Übung nach $3\frac{1}{2}$ Std bereits ab wegen einer technischen Störung des Atemgerätes. Während dieser Teilnehmer einen erschöpften Eindruck machte, verlief die Übung bei den übrigen Teilnehmern zunächst störungsfrei. Nur einer machte einen erschöpften Eindruck. Bei 3 Übungsteilnehmern entwickelte sich 6—8 Std nach der Übung ein charakteristisches Krankheitsbild, das mit Erbrechen und Übelkeit begann. Weiterhin kam es zu schweren Ausfallserscheinungen des Nervensystems. Am schwersten betroffen waren der sensible Trigemini und Opticus. Weniger traten Zeichen von Schädigung der Nn. oculomotorius, abducens, facialis, vestibularis, glossopharyngeus-vagus und hypoglossus auf. In einem Falle kam es auch zu einer Schädigung des peripheren N. ulnaris und N. peroneus. Interkurrent trat ein kurzdauernder Meningismus auf. Vegetative Regulationsstörungen äußerten sich in einer hochgradigen Salivation mit Schwellung der Kinn-Mundpartien und einer passageren hartnäckigen Obstipation. Innere Organe waren ebenfalls beteiligt. Es fanden sich toxische Nieren- und Herzmuskelschädigungen. Als Spätfolge zeigten sich mehr oder minder schwere Zahn- und Kieferschäden, die im Sinne einer neurotrophischen Störung anzusehen waren. Auch psychische Störungen wurden bei einem der Erkrankten gesehen. — Wie sich bei der weiteren Untersuchung ergab, hatten die Sauerstoffbehälter von 3 Atmungsgeräten kleinere Mengen von Trichloräthylen enthalten. Dieses war von den Erkrankten während der Übung über mehrere Stunden in kleineren Mengen eingeatmet worden. In allen Fällen fehlten Erscheinungen von Euphorie, Rausch und Bewußtlosigkeit, was auf die besonderen Verhältnisse im Sauerstoffatmungsgerät zurückgeführt wird.

PAUL SEIFERT (Heidelberg).

F. Eichholtz und A. Staab: Die Anwendung von Novocain in der inneren Medizin. II. Teil: Toxikologie der lokalanästhetischen Stoffe. [Pharmakol. Inst., Univ. Heidelberg.] Klin. Wschr. 1952, 97—103.

Wie eine Reihe anderer Lokalanästhetica (Orthoform, Butesin, Pantocain, Percain, Benzocain und Larocain) so besitzt auch das Novocain antigene Eigenschaften. Eine gekreuzte Überempfindlichkeit kann entstehen, wenn vorher zwar kein Novocain aber andere Verbindungen mit einer Aminogruppe in Parastellung, wie Sulfonamide, Paraphenyldiamin oder andere Azofarbstoffe verabreicht wurden. Schwere Zwischenfälle nach N-Injektion sind dann als anaphylaktisch anzusehen, wenn plötzlich Schockzustände auftreten und weder Krämpfe noch Anfälle von Herzangst vorhergehen. In solchen Fällen ist Ephedrin, in schwersten Fällen Adrenalin anzuwenden. Die toxischen Wirkungen des N. werden nach Ansicht der Autoren häufig unterschätzt. Todesfälle wurden besonders nach Lumbalanästhesie beobachtet. Ursächlich kommen hierfür Verwechslungen mit Cocain, Pantocain oder Adrenalin in Betracht, zu großer Adrenalinzusatz, vor allem aber zu hohe Dosierung und Konzentration des N. Konzentriertere Lösungen werden schneller resorbiert und sind daher giftiger. Adrenalin, Opiate, Dolantin, Polamidon und andere Stoffe vermindern die Novocaintoleranz. Das DAB enthält keine Maximaldosen für N., während die Pharmakopoeia Helvetica 1937 als EMD 0,2, TMD 0,6 g anführt. Verf. weisen ferner darauf hin, daß bei tödlichen Allgemeinvergiftungen durch Lokalanästhesie diese Stoffe sich in den allermeisten Fällen dem chemischen Nachweis entziehen. Das Vergiftungsbild ist verschieden: Schock, Kollaps, Konvulsionen. Als Therapie wird vor allem Sauerstoffbeatmung, eventuell künstliche Atmung und Herzmassage empfohlen. Barbitale entfalten eine antikonvulsive Wirkung ebenso Coffein und eine Reihe gefäßdilatierender Stoffe. Prophylaktisch kommen vor allem Barbitale eventuell Coffein, bei etwaiger allergischer Reaktionslage Ephedrin in Betracht.

WEINIG (Erlangen).

P. Seifert und H. Leyers: Methanol und Widmark-Bestimmung. [Inst. f. gerichtl. Med., Univ. Heidelberg.] Arch. exper. Path. u. Pharmakol. 214, 124—134 (1952).

Entsprechend der Vermutung ORTHNERS fanden die Verff., daß die vollständige Oxydation des Methanols (Meth.) im Widmark(W)-Verfahren erst nach 5—6 Std erreicht ist und daß seine Reduktionskraft höher ist als die des Äthylalkohols (Äth.-A.). Sie ermittelten einen Umrechnungsfaktor (Reduktionskonstante auf n/100 Na-Thiosulfat) von 0,70. Daraus errechnet sich eine 1,63fach höhere Reduktionskraft des Meth. gegenüber Äth.-A. Die gegenteiligen Ergebnisse von BILDSTEIN erklären sich dadurch, daß dieser eine zu schwache $K_2Cr_2O_7$ -Lösung (0,05 auf 100,0 H_2SO_4) bei einer Einwirkungsdauer von nur 2 Std verwendet hatte. Ergeben sich im W.-Verfahren Unterschiede zwischen den errechneten Werten bei einer Oxydationsdauer von 2 und von 6 Std, so besteht der Verdacht einer Meth.-Beimengung. Während Äth.-A. innerhalb von 24 Std praktisch vollständig vom Körper ausgeschieden wird, ist Meth. infolge langsamerer Umsetzung noch nach mehr als 40 Std mit der W.-Methode nachweisbar. Unter der fälschlichen Annahme es handle sich um Äth.-A., würde in solchen Fällen die Rückrechnung zu überhohen Anfangswerten führen. Im Kaninchenversuch ließ sich zeigen, daß erst Beimengungen von 20% Meth. eine Abweichung im Verlauf der Blutalkoholkurve gegenüber reinem Äth.-A. geben, und zwar im Sinne einer Überhöhung und eines flacheren Verlaufs im absteigenden Schenkel, je höher die Meth.-Beimengung war. Beim Menschen wird ein ähnlicher Effekt schon bei niedrigeren Beimengungen vermutet. KRAULAND (Münster i. Westf.).

A. Behre: Zur Frage der Fischvergiftungen. Dtsch. med. Wschr. 1952, 53—55.

Die Fische gehören zu den physiologisch hochwertigen Nahrungsmitteln. Der Wert ihres Fleisches unterscheidet sich hinsichtlich seines Gehaltes an Eiweiß, ungesättigten Fettsäuren, an Vitaminen (A, B_1 , B_2 , B_{12} , D) und Mineralstoffen nicht vom Warmblüterfleisch. Trotzdem stehen die Fischereierzeugnisse selbst bei berufenen wissenschaftlichen Sachverständigen noch zu sehr in dem Verdacht, beim Genuß Erkrankungen hervorzurufen. Demgegenüber ist festzustellen, daß es in unseren Breitengraden und Fischfanggebieten keine giftigen Fische gibt. Übertragung von Fischparasiten auf den Menschen ist selten. Die gelegentlich im Fischdarm beobachteten Nematoden sind gesundheitlich ganz unbedenklich. Bei der Verarbeitung der Fischwaren spielen zwar Wasserbakterien, Fluorescenten und mesophile Bacillen eine beachtliche Rolle. Die Räucherung, Salzung, Essigbehandlung oder Kochung entsprechen aber einem starken keimhindernden oder -tötenden Eingriff. Nach den amtlichen Statistiken spielen die Fischvergiftungen unter den statistisch erfaßten bakteriellen Lebensmittelvergiftungen nur eine ganz geringe Rolle. In vielen Fällen wird das Vorliegen einer Fischvergiftung behauptet, während die exakte Nachprüfung nur in wenigen Fällen einen ursächlichen Zusammenhang ergibt. Als in der Hitzeperiode des Sommers 1947 in Norddeutschland Krabbenvergiftungen auftraten, wurden Massenerkrankungen von seiten des Magen-Darmtractus auch bei Personen beobachtet, die keine Krabben verzehrt hatten. Auch die Haffkrankheit ist nicht mit Sicherheit auf Fischgenuß zurückzuführen. ROMMENEX (Berlin).

Gerichtliche Geburtshilfe, einschließlich Abtreibung.

Gerhard Gaegtens: Über die Häufigkeit des mütterlichen Geburtstodes. [Univ.-Frauenklin., Leipzig u. Geburtshilf.-gynäkol. Abt. Stadtkrankenh., Gütersloh.] Ärztl. Forsch. 6 (I) 1—13 (1952).

Die mütterliche Sterblichkeit ist zwischen 1935—1945 in USA von 0,6 auf 0,2% abgesunken: Chemotherapie, stereoskopisch-röntgenologische Beckendiagnostik und bessere geburtshilflich-chirurgische Organisation sollen die Ursachen sein. Ein unmittelbarer Vergleich der Verhältnisse mit denen in Deutschland ist deshalb schwierig, weil „prenatal care“ in Deutschland nicht in dem Maße wie in USA durchgeführt wird. Mit steigender Geburtenziffer in der Klinik sinkt die klinische Müttersterblichkeit auch in Deutschland (Leipzig). Die geringere Müttersterblichkeit in USA ist auf „prenatal care“ und den hohen Anteil klinischer Entbindungen und (deshalb) das Fehlen sekundär-klinischer Geburten zurückzuführen. Die nicht in der Klinik begonnenen aber dort fortgeführten Entbindungen belasten die Müttersterblichkeitstatistik in Deutschland. Die puerperale Infektion betrug 1939 und 1940 34% aller geburtshilflichen Todesursachen. Dann folgten mit 12,85% Lungen- und Luftembolien, 11,8% Verblutungen, 11,6% der Todesursachen werden als Toxikosen bezeichnet. Bei klinischen Geburten stehen Sepsis und Peritonitis als Todesursache an der Spitze, dann folgen Verblutungstod, dann Schwangerschaftstoxikosen.

Die Sterblichkeit ausschließlich klinischer Entbindungen beträgt allerdings nur 0,3% und liegt somit nur wenig höher als die mit 0,2% angegebene Müttersterblichkeit in USA. Die Mortalität der sekundär-klinischen Fälle betrug dagegen 6%.
H. KLEIN (Heidelberg).

W. Föllmer und J. Bockenheimer: Über den Einfluß von Sulfonamiden auf die bestehende Schwangerschaft. (Experimentelle Untersuchungen an Ratten.) [Univ.-Frauenklin., Frankfurt a. M.] Arch. Gynäk. 181, 232—245 (1952).

In früheren Untersuchungen an Ratten hatten FÖLLMER und KRAMER (Arch. Gynäk. 1950) die Wirkung der Sulfonamide auf die bestehende Schwangerschaft untersucht und eine vermehrte intrauterine Sterblichkeit, Abnahme des Geburtsgewichtes sowie postnatale Wachstumsverzögerungen beobachtet. In der vorliegenden Arbeit untersuchen Verff. den Einfluß der Sulfa-Additionspräparate Protocid und Supronal auf die bestehende Rattenschwangerschaft. Es bestätigten sich im wesentlichen die früher gewonnenen Ergebnisse. Beide Präparate wirken bei 3facher menschlicher Dosis, über die Dauer der Rattenschwangerschaft dem Muttertier injiziert, wachstumshemmend auf den Rattenfet. Bei Supronalgaben ist jedoch die Ziffer der Fehlgeburten gegenüber dem Protocid erheblich größer. Auch kommt es nach Injektionen von Supronal zu stärkeren Hautnekrosen und einer ausgeprägten Verschlechterung des Allgemeinzustandes. — In weiteren Untersuchungen versuchten Verff. die beobachtete Wachstumshemmung der Rattenfeten durch p-Aminobenzoesäure und Vitamin B₁ und B₂ aufzuheben, wozu Vitamin B₁ und B₂ beim Protocid in der Lage sind, da dieses offenbar auf den Vitamin B₁ + B₂-Stoffwechsel einwirkt. Dagegen scheint das Supronal nicht über dieses Fermentsystem zu wirken, sondern es kommt nach Injektion von Supronal und Vitamin B₁ + B₂ zur stärksten Hemmung in der Entwicklung der Rattenjungen. Auch die gleichzeitige Gabe von p-Aminobenzoesäure und Sulfonamiden im Grammverhältnis 1:1 kompensiert nicht die Sulfonamidwirkung, sondern im Gegenteil ist die Wachstumshemmung verstärkt vorhanden. Die p-Aminobenzoesäure hat in einer Dosis von 0,45 g/kg Körpergewicht, täglich während der Schwangerschaft injiziert, eine toxische Wirkung sowohl auf die Rattenmutter wie vor allem auf die Frucht und macht eine Aufzucht unmöglich. Die halbe Dosis (0,225 g/kg) zeigt etwa den gleichen Wachstumshemmungseffekt wie Protocid und Supronal bei einer Dosis von 0,45 g/kg Körpergewicht.
GOLDBACH (Marburg a. d. Lahn).

Wilhelm H. Thiele: Beobachtungen bei Einwirkung von Ultraschallwellen auf das Hypophysen-Zwischenhirnsystem schwangerer Versuchstiere. [Geburtsh.-gynäkol. Abt., Kreiskrankenh. Alzey.] Arch. Gynäk. 181, 210—216 (1952).

Bei schwangeren Meerschweinchen wurde die Hypophysengend beschallt. Als Test für die Zielsicherheit (tiefe, vegetative Regulationszentren) diente der auftretende Haarausfall. Bei dieser Behandlung traten ganz charakteristische Störungen der Genitalfunktion und morphologische Veränderungen der Ovarien auf, nämlich genau dieselben, wie bei der Beschallung von der Bauchseite her. Es kam stets zum Abort bzw. zur Frühgeburt. Histologisch zeigte sich in den Ovarien unmittelbar nach der Behandlung nichts, nach 4—6 Wochen setzten Rückbildungserscheinungen ein, nach etwa 10 Wochen wurde wieder eine lebhafte Follikeltätigkeit beobachtet. Es liegt also offenbar eine Reizübertragung auf nervösem Wege vor und das ist nicht nur ein weiterer Beweis für die Existenz des Sexualzentrums, sondern erlaubt auch die Vermutung, daß die geburtsauslösende Wirkung der direkten Beschallung nicht auf die mechanische Erschütterung des Uterus zurückzuführen ist, sondern daß auch dabei der Impuls über das vegetative Nervensystem geht.
ELBEL (Bonn).

Felix-Otto Höring: Die intrauterine Infektion. Ärztl. Forsch. 6 (I) 29—38 (1952).

Die intrauterine Infektion wird nach früher dargestellten Grundsätzen (Klinische Infektionslehre, Berlin 1948) betrachtet. Hier können nur die für Fruchterkrankung und Abortentstehung wichtigsten Tatsachen nach Lokalinfektion, Sepsis und cyclischen Infektionskrankheiten der Mutter kurz berücksichtigt werden. Nach Streptokokken- und Staphylokokkensepsis, nach Mastitis, Cholecystitis und Endometritis werden fetale Sepsis, Endokarditis und Meningitis, bei mütterlicher Pyelitis (selten, trotz häufiger mütterlicher Bakteriämien) fetale Colisepsis beobachtet. Da diese in der Frühperiode der Schwangerschaft tödlich sind, so kommt es, wenn die Mutter überlebt, zum Abort. Milzbrandinfektionen können ohne Fruchtschädigung überstanden werden, Gasbrand wirkt stets fruchttötend, Salmonellenenteritis der Mutter mit anschließendem Abort und nachgewiesener Infektion des Fets (Nachweis im Meconium) wurde

nur vereinzelt beobachtet, bei Typhus- und Paratyphusinfektion des Fets kann der Tod ausbleiben. Der intrauterine Übergang von Ruhrbacillen mit nachfolgender Darmerkrankung des Fets ist nachgewiesen, Cholera führt fast regelmäßig zum Abort (infolge Wasserverlust), doch konnten Vibriolen im Föt nicht sicher nachgewiesen werden. Diphtherie führt in $\frac{1}{3}$ der Fälle zum Abort, Bacillen fehlen beim Feten, Nasendiphtherie der Neugeborenen geht auf intranatale Infektion zurück. Bei Syphilis ist die Placenta- und fetale Erkrankung als tertiäre Lokalmanifestation der Ganzheit Mutter-Fet aufzufassen, isolierte Erkrankung der Placenta bei nicht erkrankter Frucht am Ende der Schwangerschaft ein Ausdruck der bereits sich auflösenden Mutter-Fet-Ganzheit, Placentaerkrankung und Abort nicht vor dem Ende des 3. Monats im Gegensatz zu virusbedingten Embryoathien. Eine intrauterine Infektion bei Tuberkulose (Placenta mit hämatogener und Deciduaerhd mit Infektion über das Fruchtwasser) wurde vor dem 4. Schwangerschaftsmonat noch nicht beobachtet, bei Miliartuberkulose der Mutter auch eine der Frucht, selten isolierte Darm- und Mittelohrtuberkulose durch Fruchtwasserinfektion. Zu den chronisch-cyclischen Infektionskrankheiten sind Lepra, Malaria und Rückfallfieber zu rechnen: Auch hier kommt die Mutter-Fet-Ganzheit in ähnlicher Weise zum Ausdruck wie bei Syphilis und Tuberkulose, die Spätstadien sind für die Frucht gewöhnlich weniger folgenschwer. Bei akuten bakteriellen Infektionskrankheiten, wie Abdominaltyphus, keine Placentaerkrankung, Abort gewöhnlich vom 4. Monat ab, bei Infektion in späteren Schwangerschaftsmonaten meist schon in der 1. Krankheitswoche, in den 1. Schwangerschaftsmonaten erst in der 2. oder 3. Woche, Meconium bakterienhaltig, Agglutinintiter beim Neugeborenen weniger hoch als bei der Mutter. Ähnliche Verhältnisse bei Leptospirosen, Tularämie und Brucellosen. Über die Verhältnisse bei Fleckfieber und Keuchhusten ist nur wenig bekannt. Bei Pneumokokkeninfektionen der Mutter stimmen die Befunde weitgehend mit denen der Frucht überein. Über gleichzeitige mütterliche und fetale Erkrankung an Streptokokkenerysipel sind sichere Aussagen nicht möglich, bei der Frucht kommt es zu Endokarditis und eitrigen Streptokokkenprozessen, große Häufigkeit des Aborts. Bei Scharlach häufig eitrige Lokalprozesse der Frucht ohne Scharlach, Vollbild des Scharlachs kann am Ende der Gravidität beim Fet oder Neugeborenen entstehen durch diaplacentaren Toxinübertritt. Über Meningokokkenmeningitis liegen praktisch auswertbare Beobachtungen nicht vor. Bei Gonokokkeninfektion der Mutter wurde Neugeborenen-Arthritis in den ersten Lebenstagen beobachtet ohne Infektion intra partum, fetale Infektion sowohl hämatogen wie ascendierend durch Vagina über die Eihäute möglich. Bei akuten Viruskrankheiten, abgesehen von Pocken, Zoster und Masern (bei denen nur vereinzelt Mißbildungen vorkommen, diaplacentare Infektion bei Masern regelmäßig), haben die Röteln eine besondere Bedeutung gewonnen: Bei Erkrankungen im 1. Monat bis zu 100, im 2. 80, im 3. 50% Mißbildungen. Eine mütterliche Erkrankung soll bis zu 3 Monaten vor der Konzeption eine Gefahr für das Kind bedeuten, bei Erkrankung in der ersten Schwangerschaftsperiode sind Abort, später Fehlgeburten und besonders Totgeburten häufig. Diese Auswahl einzelner Tatsachen bei Lokalinfektion und Sepsis, chronischen und akuten Infektionskrankheiten der Mutter einschließlich akuter Viruskrankheiten läßt die praktische Bedeutung für die Beurteilung bei Abort erkennen. Die im letzten Absatz der inhaltsreichen Arbeit aufgestellte These über germinative Infektion, somatische Mutationen und Vererbung erworbener Eigenschaften dürfte eine strenge Kritik auslösen.

H. KLEIN (Heidelberg).

Theodor Walther: Haematoma subdurale et haemorrhagia cerebri bei neugeborenem Kind. [Barnavd., Rikshosp., Oslo.] Tidsskr. Norsk. Lagefor. 72, 10—11 u. 12 (1952) [Norwegisch].

Verf. berichtet über die erfolgreiche Behandlung eines im Zusammenhang mit Steißgeburt hirngeschädigten neugeborenen Mädchens durch wiederholte subdurale Punktion. Die Krankheitszeichen traten bald nach der Geburt auf und steigerten sich innerhalb der folgenden 4 Tage, wobei plötzliches lautes Schreien, gehäufte Krampfanfälle und Schwäche der rechten Körperhälfte bei linksseitiger Facialisparese beobachtet wurden. Während die linksseitige Hirnblutung gesichert erschien, konnte das gleichzeitig vorhandene rechtsseitige Subduralhämatom erst durch die beiderseitige subdurale Punktion erkannt werden, da eine derartige Blutung beim Neugeborenen selten oder niemals Herdsymptome macht. Nach 9 subduralen Punktionen mit 2tägigem Zwischenraum bildeten sich alle Erscheinungen auch die der Hirnblutung zurück. Die verschiedenen Eiweißreaktionen der durch subdurale und spinale Punktion gewonnenen Flüssigkeiten verwendete Verf. zur Unterscheidung, ob die subdurale Blutung Verbindung mit dem Subarachnoidalraum hatte oder nicht.

PH. SCHNEIDER (Stockholm).

Rudolf Smets: Zur Frage Schwangerschaftsunterbrechung und Perforation. Münch. med. Wschr. 1952, 174—176.

Kurze Wiedergabe der überkommenen Grundsätze der katholischen Sittenlehre hinsichtlich der Schwangerschaftsunterbrechung durch den Arzt, wie sie kürzlich wieder von Pius XII. betont wurden (Allokution vom 29. Oktober 1951 an die italienischen Hebammen und vom 28. November 1951 an die „Front der Familie“); auch medizinische Gründe geben keinen Rechtstitel für die *beabsichtigte* Tötung eines Unschuldigen („direkter Angriff“ gegen die Frucht) als Mittel zum Zweck der Rettung der Mutter; das Ungeborene hat ein unverletzliches Recht auf Leben. Dagegen sind alle therapeutischen Maßnahmen einwandfrei, die den Tod der Frucht zur (unvermeidlichen) *Nebenfolge* haben, vorausgesetzt, die Behandlung ist wegen Lebensgefahr der Schwangeren *notwendig, unaufschiebbar* und durch keine *andere* Therapie ersetzbar („indirekter Angriff“).

SCHLEYER (Bonn).

K. Böhmer und Elisabeth Becker: Langfristige Schwangerschaft in rechtlicher Beziehung. [Inst. f. Gerichtl. Med., Med. Akad., Düsseldorf.] Med. Klin. 1952, 100 bis 104.

Unter Hinweis auf die vielleicht von der historischen Entwicklung des germanischen Sippenrechtes aus beeinflusst, im BGB. niedergelegte verschiedene Behandlung des ehelichen und des unehelichen Kindes hinsichtlich der Vaterschaftsfeststellung bzw. der Empfängniszeit betonen die Verf. die Bedeutung der vergleichenden *erbbiologischen Untersuchung* von Kind, Mutter und fraglichem Vater in denjenigen Fällen, wo die Blutgruppen- und Faktorenuntersuchung keine Entscheidung bringt; dann soll eine unter Umständen etwa 80%ige Sicherheit zur richterlichen Urteilsfindung genügen. Dabei ergaben sich aus dem Untersuchungsmaterial der Verf. Diskrepanzen gegenüber den im BGB. niedergelegten Zahlen über die Empfängnis- bzw. Tragzeit: In 10 ausgewählten Fällen ihrer Beobachtungen innerhalb der letzten 10 Jahre — unter denen es sich 4mal um Anfechtung der Ehelichkeit, einmal um Begründung einer Ehescheidungsklage, 4mal um Unterhaltsklage und einmal um einen nicht richterlich anhängigen Privatfall handelte — fanden die Verf. zum Teil weitgehende Überschreitung der Tragzeit gegenüber den BGB. Zahlen bei Fällen, wo auf Grund der erbbiologischen Ähnlichkeitsuntersuchung „ohne Zweifel“ die Abstammung von dem klagenden Vater festgestellt werden konnte (!). Es ergaben sich dabei im Widerspruch zu den Zahlenangaben des BGB. Überschreitungen der Tragzeit zwischen 296 bis über 300 Tagen — ja in einem Fall sogar eine solche von 326 Tagen — Feststellungen, die auch für den Kliniker in solchen Fällen Anlaß zur Blut- und erbbiologischen Untersuchung geben dürften. — Freilich setzen diese erbbiologischen Ähnlichkeitsuntersuchungen voraus, daß das Kind mindestens schon 2 Jahre alt sein muß, wenn die Untersuchung der Beteiligten Aussicht auf Erfolg haben soll.

H. MERKEL (München).

Streitige geschlechtliche Verhältnisse.

Albert Ellis: On the cure of homosexuality. I. (Behandlung der Homosexualität. I.) Internat. J. Sexology 5, 135—138 (1952).

Nach eingehender Erörterung der psychischen Gesamtsituation des Homosexuellen wird ausgeführt, daß es sehr unrealistisch sei zu hoffen, daß ein reiner Homosexueller in seinen sexuellen Wünschen vollständig umgestimmt werden kann. Wenn von „Heilung“ des Homosexuellen gesprochen wird, sind Fälle gemeint, die auf der Grundlage einer Neurose entstanden. Das Ziel der Behandlung bestehe in der Lösung der sexuellen Konfliktsituation und zugleich im Hinführen auf das andere Geschlecht. — Die neurotischen Konflikte des Homosexuellen bestimmen ihn dazu, ausschließlich homosexuell zu sein. Durch die Psychoanalyse und Psychotherapie sei es möglich, diese neurotischen Konflikte zu beseitigen. Die Hilfe bestehe vor allem darin, die Kranken emotional und im Hinblick auf die Umwelt zu stabilisieren und zu sanieren.

HALLERMANN (Kiel).

Clifford Allen: On the cure of homosexuality. II. (Behandlung der Homosexualität. II.) Internat. J. Sexology 5, 139—142 (1952).

In Übereinstimmung mit ELLIS nimmt Verf. an, daß die Homosexualität das Ergebnis einer Fixation ist. Unter Berücksichtigung der Heilungsaussichten teilt er die Homosexuellen in 3 Gruppen ein: 1. In diese Gruppe gehören junge Männer und Frauen, die auf Grund von Hemmungen, Angst und Unsicherheit den Weg zum anderen Geschlecht nicht finden können.

Nach seinen Erfahrungen ist die Heilung dieser Fälle relativ leicht. Sie besteht vor allem im Abbau der Hemmungen und in der Stärkung des Selbstvertrauens. 2. Zur 2. Gruppe gehören diejenigen Fälle, deren neurotische Fehlhaltung wesentlich tiefer sitzt. Sie haben bereits einen Kreis von Homosexuellen um sich herum aufgebaut, den es zunächst zu zerschlagen gilt, bevor an die Heilung des einzelnen herangegangen werden kann. Auch hier sind Heilungsaussichten vorhanden. 3. Hier hinein gehören alle diejenigen Fälle, die ihre Triebbefriedigung von Anfang an beim gleichen Geschlecht gesucht und gefunden haben und die Hinwendung zur Heterosexualität gar nicht wünschen. Sie sind endgültig homosexuell fixiert und sind bei Männern äußerlich durch feminine Eigenheiten gekennzeichnet. Diese Gruppe ist nach Ansicht des Verf. unheilbar. — An Hand zweier besonders eindrucksvoller Fälle wird Ursache und Möglichkeit der Heilung Homosexueller weiter erörtert. HALLERMANN (Kiel).

Donald Webster Cory: Homosexual attitudes and heterosexual prejudices. (Homosexuelle Gepflogenheiten und heterosexuelle Umwelt.) Internat. J. Sexology 5, 151—153 (1952).

Die Homosexuellen (Hs.), als Minderheitsgruppe aufgefaßt, leben in einer scheinbar heterosexuellen, in Wirklichkeit aber antisexuellen Umwelt. Sie versuchen einen Modus vivendi zu finden in einem Kulturkreis, der nicht nur die Hs. ächtet, sondern jegliche sexuelle Aktivität mißbilligt. — 1. Man begegne schriftstellerischen Werken hs. Inhalts mit Skepsis, da es sich meist um heterosexuelle Auffassungen handelt und nicht hs. Mentalität entsprungen sind. 2. Die Formel: Jugend = Glück, treibt den Hs. in einen Circulus vitiosus, besonders den ungeliebten älteren Mann, dem es bereits an sexuellen Gelegenheiten mangelt. Dieser ist versucht, einen Partner zum jederzeitigen „put in the bank“ zu finden. 3. Scheu vor der Nudität ist dem Hs. nicht eigen, jedoch der hetero- bzw. antisexuellen Gesellschaft (besonders in Amerika). Die Grundprobleme des Hs. liegen in der Selbstwertfindung und der Anerkennung durch die Gesellschaft, die oft auf dem Wege der Selbstverdammnis angestrebt wird. Begriffe wie „Degeneration“ und „Abartung“ entheben den Hs. jeglicher Verantwortung für sein „So-Sein“. — Eine konstruktive Neuordnung aber kann der Hs. erst schaffen, wenn er sich selbst und seine Lebensart ohne Reue und Scham oder unbewußte Abwehr akzeptieren könne. HALLERMANN (Kiel).

Victor E. Frankl: The pleasure principle and sexual neurosis. (Libido und Sexualneurose.) [Dep. of Neurol., Univ., Vienna.] Internat. J. Sexology 5, 128—130 (1952).

Im Gegensatz zur Auffassung FREUDS, der in der Libido eine primäre vitale Funktion des menschlichen Lebens sieht, nimmt Verf. im Einklang mit HEIDEGGER an, daß die Libido etwas in die psychische Ebene „Abgeleitetes“ darstellt. Lustgewinn sei niemals das Ziel des Bemühens sondern nur die Wirkung, die sich aus dem Erreichen und dem Bemühen um das gewünschte Ziel zusammensetzt. Wenn nicht das Bemühen um das Ziel, sondern das Ziel selbst den Lustgewinn bedeute, läge eine Umkehr der normalen Beziehungen vor. Diese Umkehr wäre charakteristisch für neurotische Konflikte. Hierfür werden Beispiele gegeben (Stottern, Frigidität, Impotenz). — Verf. sieht im Hinblick auf die Sexualpathologie 3 typische Faktoren für neurotische Konfliktsituationen: 1. Die Fehlhaltung des Sexualpartners, 2. die Fehlhaltung in der Sexuelsituation selbst und 3. die Fehlhaltung des „eigenen Ich“. — Das Schamgefühl und die Sexualtechnik im Sinne VAN DER VELDES werden als 2 Extreme für die Verhinderung und Unterdrückung der Spontaneität und Ursprünglichkeit des Sexualaktes genannt. HALLERMANN (Kiel).

Robert Veit Sherwin: Sex expression and the law. IV. Doctor's dilemma: artificial insemination. (Sexualprobleme und Gesetz. IV. Das Dilemma des Arztes: künstliche Befruchtung.) Internat. J. Sexology 5, 131—134 (1952).

Im Rahmen einer Artikelserie, die sich mit der amerikanischen Gesetzgebung im Hinblick auf die verschiedensten Sexualprobleme beschäftigt, wird in der 4. Arbeit die künstliche Befruchtung in ihrer Bedeutung für den Arzt in strafrechtlicher und zivilrechtlicher Hinsicht erörtert. Es wird davon ausgegangen, daß eine künstliche Befruchtung ohne entscheidende Mithilfe des Arztes nicht erfolgen kann. Da aber die künstliche Befruchtung bisher weder für gesetzlich noch für ungesetzlich erklärt wurde, erwachsen aus diesem Problem besondere Schwierigkeiten. Die verschiedenen rechtlichen Fragen, die sich aus der Gewinnung des Ejakulates und seiner Übertragung ergeben, werden erörtert. Auf die Verantwortlichkeit des Arztes für

die Auswahl des Erzeugers wird hingewiesen. Besonders schwierig erscheint die Beantwortung der Fragen, die sich später aus den rechtlichen Ansprüchen und Einwendungen des nichtzeugungs-fähigen Ehemannes, der Kindesmutter wie des Kindes nach der Geburt für den Arzt ergeben können.

HALLERMANN (Kiel).

Ulrich Fleck: Zu den sexuellen Störungen nach Hirnverletzungen. Dtsch. med. Wschr. 1952, 139—141.

Der Autor hat in den letzten 2 Jahren 50 Hirnverletzte ohne besondere Auswahl im Hinblick auf die Frage der posttraumatischen Störung der sexuellen Funktionen überprüft und ist dabei im Gegensatz zu STIER zu der Auffassung gelangt, daß bei jüngeren Hirnverletzten in der Regel ein völliger Ausgleich der gestörten Sexualfunktion eintrete. Man müsse sich von der Vorstellung frei machen, daß noch später etwa im Zwischenhirn primär zu lokalisierende posttraumatische Störungen für die Sexualfunktion von Bedeutung seien. Dies könne wohl die erste Zeit nach dem Trauma infolge diencephaler Disregulationen der Fall sein, in späteren Stadien der Verletzung jedoch träten solche Störungen durchaus zurück. Nur dort, wo infolge der Verletzung ein insgesamt niedrigerer vitaler Tonus vorliege, könnten sich auch langdauernde Störungen der Libido und Potenz einstellen, da die Sexualstörungen, sofern sie zwischenhirnbedingt seien, einen Teil der Disregulation des gesamten Vegetativum darstellen. Es sei daher auch wahrscheinlich, daß sie sich im weiteren Verlaufe parallel zu anderen vegetativen krankhaften Erscheinungen zurückbildeten. Während im Jahre 1938 von dem Autor noch 20% Sexualgestörte unter den untersuchten Hirnverletzten (deren Zahl jedoch nicht angegeben ist, Ref.) gefunden wurde, handelte es sich im Jahre 1951 nur um 4%. Dieser Unterschied wird damit erklärt, daß es sich bei der 1. Gruppe um ältere Personen und um einen Untersuchungszeitpunkt gehandelt hatte, der dem Trauma näher gelegen war. ILLCHMANN-CHRIST (Kiel).

Erbbiologie in forensischer Beziehung.

ZPO § 372 a. Kann ein Kind, dessen Ehelichkeit angefochten wird, die erbbiologische Untersuchung verweigern mit der Begründung, als Folge der erbbiologischen Untersuchung könne seine Unehelichkeit festgestellt werden und seine Mutter eine strafrechtliche Verfolgung erleiden? [OLG Köln, Beschl. v. 2. 2. 1951 — 4 W 18/51 (9 R 98/49)]. Neue jur. Wschr. 1952, 149.

Das Urteil des OLG Köln vom 2. 2. 51 — Az. 4 W 18/51 (9 R 98/49) nennt drei Gründe, in denen eine Untersuchung, die nach anerkannten Grundsätzen der Wissenschaft eine Aufklärung des Sachverhaltes zur Feststellung der Abstammung verspricht, nicht geduldet werden braucht; nämlich dann, wenn dem Untersuchten nach ihrer Art oder nach den Folgen für ihn oder seine nahen Angehörigen oder ohne Nachteil für seine Gesundheit die Untersuchung nicht zugemutet werden kann. Die erbbiologische Untersuchung sei mit keinerlei nachteiligen Folgen für die Gesundheit verbunden. Die Weigerung der Beklagten stütze sich nur darauf, daß als Folge des erbbiologischen Gutachtens ihre Unehelichkeit festgestellt werden könne und ihre Mutter eine strafrechtliche Verfolgung erleiden könne. Es geht hierbei um den § 372 a ZPO in neuer Fassung. Das Interesse der Allgemeinheit und der Rechtspflege an der Feststellung der Vaterschaft müsse im allgemeinen dem Interesse des Duldungspflichtigen vorangehen. Wenn die Voraussetzungen des § 1591 BGB. vorlägen, dann sei ein Kind für unehelich zu erklären, ohne Rücksicht auf die Möglichkeit eines Eintritts abträglicher wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Folgen für das Kind. Daher könne die Unzumutbarkeit der Untersuchung nicht hieraus begründet werden. Sinn und Vorschrift des § 372 ZPO würden ihren Zweck verlieren. Im speziellen Fall hatte im übrigen die Kindesmutter Mehrverkehr in der gesetzlichen Empfängniszeit zugegeben, so daß auch unzumutbare Nachteile von vornherein nicht zu erwarten stehen.

HALLERMANN (Kiel).

Blutgruppen, einschließlich Transfusion.

Otto Prokop und Franz Schleyer: Versuche zur Antikörper-Titersenkung durch sekundäre Blutgruppen-Antikörper (mit einer Bemerkung über Zonenphänomene). [Inst. f. gerichtl. Med., Univ., Bonn.] Z. Immun.forsch. 109, 184—192 (1952).

Zur Klärung der Frage, ob sich ein im Körper gebildeter Antikörper, z. B. in der Kdm. bei Erythroblastose, in vivo absorbieren läßt, wurden folgende Versuche vorgenommen. Kaninchen wurden mit A-Blk. immunisiert. Das erhaltene Immunsorum wurde auf unbehandelte

Kaninchen übertragen in der Hoffnung, daß sich in diesen ein Anti-Anti-A bilde. Dieses 2. Kaninchenserum wurde Kaninchen eingespritzt, die vorher mit A-Blk. immunisiert worden waren. Der Titer dieser Tiere wurde überprüft, um eine etwaige Bindung des Anti-A durch ein vielleicht vorhandenes Anti-Anti-A zu erkennen. Die Versuche hatten ein negatives Ergebnis. Das gelegentlich beobachtete Absinken des Titers war uncharakteristisch und wurde bald durch Wiederanstieg ausgeglichen. Ein Doppel- und Mehrzonenphänomen wurde beobachtet.

PIETRUSKY (Heidelberg).

Konrad Hummel: Über das Verhalten kompletter und inkompletter Agglutinine im Verlauf der Vorbehandlung (Immunisierung) von Kaninchen mit Menschenserum.
[Hyg. Inst., Univ., Freiburg i. Br.] Z. Immun.forsch. 109, 124—133 (1952).

Die inkompletten Antikörper, *Glutine*, werden eingeteilt in 1. *blockierende Antikörper*, Blockings, sie treten im Verlauf einer Rh-Immunisierung willkürlich auf und verschwinden wieder. 2. *Agglutinoide*. Sie sind durch Plasma- und Albumintest nachweisbar, zeigen bei Immunisierung durchgehenden Kurvenverlauf, haben keine blockierenden Eigenschaften, können dem Immuns serum fehlen. 3. *Cryptagglutinoide*. Sie sind durch standardisierbare Enzymteste (T-Test) nachweisbar, unterscheiden sich von 2. durch die Titerhöhe, durch fehlende Reaktionsfähigkeit im normalen Plasma und durch regelmäßiges Auftreten bei der Immunisierung. Sie haben keine blockierenden Eigenschaften. 4. *Aggloide*. Sie werden durch Kollidontest und andere Kolloidteste erkannt, sind im Gegensatz zu allen andern meist auch im Normals serum mit hohem Titer vorhanden, zeichnen sich durch auffallende Chronolabilität aus und haben keine blockierenden Eigenschaften. Bei diesen Glutinen dürfte es sich um verschiedene Antikörpergruppen handeln ohne diffuse Übergänge. Im Immuns serum können alle vorkommen, im Normals serum sind im allgemeinen nur Agglutinine und Aggloide vorhanden. Zwischen beiden besteht eine „*Antikörperlücke*“. Durch die vorgenommene Immunisierung von Kaninchen mit Menschen serum wird gezeigt, daß es solche Antikörpergruppen nicht nur im Rh-Serum sondern auch in anderen Immuns eren, wie hier im Anti-Mensch-Serum tierischer Herkunft, gibt. In dem Serum der behandelten Tiere fanden sich keine blockierenden Antikörper, dagegen Agglutinine, Agglutinoide, Cryptagglutinoide und Aggloide, während im normalen Kaninchenserum nur Agglutinine und Aggloide feststellbar waren. Die „*Antikörperlücke*“ wird also durch Immunisierung ausgefüllt. Der Aggloidtiter war stets höher als der der Cryptagglutinoide, doch zeigte letzterer die höchste Titersteigerung, beide erreichten früher ihr Maximum als der Agglutinintiter. Bei den Agglutininen und Agglutinoiden war der Titer geringer, stieg langsamer an und erreichte später das Maximum. Die Titer der verschiedenen Antikörper verliefen nicht parallel. Am Ende der Beobachtungszeit fanden sich Agglutinine und Cryptagglutinoide wieder auf dem Ausgangstiter, dagegen war bei den Agglroiden der Titer noch ziemlich hoch. Der Agglutinoidtiter war über lange Zeit während der Immunisierung durch den Agglutinintiter verdeckt. Bei 2 Tieren war bis zum Ende der Beobachtungszeit ein über dem Agglutinintiter liegender Agglutinoidtiter feststellbar. Aus den Versuchen geht hervor, daß es sich um voneinander verschiedene Antikörpergruppen handelt, denen wohl auch verschiedene biologische Funktionen zukommen. Ein an Coccidose erkranktes und später gestorbenes Tier zeigte einen Abfall des Agglutininin- und Cryptagglutinoidtiters, dagegen keine Beeinflussung des Anstiegs des Aggloidtiters.

PIETRUSKY (Heidelberg).

Otto Guthof und Karl-Josef Steinwachs: Nachweis natürlicher Anti-P-Agglutinine beim Menschen und ihre Beeinflussung durch Transfusionen P-positiven Blutes.
[Hyg. Inst., Univ. Köln u. Gynäkol. Abt. St. Elisabeth-Krankenh., Köln-Hohenlind.] Z. Immun.forsch. 109, 97—102 (1952).

Die Verf. bestätigen die Erfahrungen anderer Autoren, wonach bei der P-Bestimmung testserumbedingte Diskrepanzen auftreten. Schwache P-Eigenschaften lassen sich mittels geeigneter angegebener Methode erfassen. Bei der P-Bestimmung im geeigneten Temperaturmilieu können unspezifische Kälteagglutinine störenden Einfluß haben. Die optimale Temperatur bei der Austestung auf irreguläre spezielle Anti-P-Körper beträgt 6—10° C. Zur Kontrolle auf „*banale Kältagglutinine*“, die stören können, stets die eigenen Blutkörperchen, der zu untersuchenden Probe als Kontrolle mitlaufen lassen! Die Verf. berichten nun über einen p-negativen Empfänger, der 3mal P-positives Blut transfundiert erhielt. Die Transfusionen wurden gut vertragen, obwohl bereits anfänglich im Serum des Empfängers ein Kälte-Anti-P vorhanden war. Zwei Tage nach der letzten Transfusion fand sich eine Steigerung des Titers

bei der bivalenten Austestung. Außerdem fand sich ein spezifisches Anti-P-Conglutinin mit wesentlich höherem Titer (1:4096). Auch die Wärmeamplitude war gestiegen. Der Unterschied zwischen univalentem und bivalentem Titer hielt sich längere Zeit. Durch weitere kleinere Gaben von P + Blut ließ sich eine weitere Titererhöhung nicht provozieren. Dabei traten auch keine Zwischenfälle ein (40,0 cm³ i. v.). Mit Transfusionszwischenfällen könne nicht gerechnet werden, sofern die Wärmeamplitude unter der Körpertemperatur bleibt. Bei Reihenfehlgeburten sollte man dem Faktor P mehr Beachtung schenken. Eigene Untersuchungen der Verf. scheinen darauf hinzudeuten, daß kausale Beziehungen bestehen. PROKOP (Bonn).

Willi Spielmann: Über das Rh-Hapten: Natur, serologisches Verhalten und klinische Anwendung. [Paul Ehrlich-Inst., Frankfurt a. M.] *Klin. Wschr.* 1952, 49—52.

Die bisher aus Erythrocytenstroma gewonnenen „Haptene“ haben keine spezifische Wirkung. Der Verf. konnte in einer früheren Arbeit [*Z. Immun.forsch.* 107, 503 (1950)] nachweisen, daß der gleiche Effekt auch mit Präparaten aus antigenfreien Blutkörperchen erzeugt werden kann. Der Agglutinationshemmungsversuch genügt überhaupt nicht zum Spezifitätsnachweis, denn die Hemmung kann unspezifisch durch andere Faktoren bedingt sein, z. B. durch eine Anti-Supplementfunktion (oberflächenaktive Lipide). Die Anwendung einer technisch exakten Komplementbindungsreaktion ergab dann auch, daß die zunächst und von anderen Autoren [CARTER, *J. of Immun.* 61, 79 (1949)] beobachteten Ablenkungen innerhalb der Fehlergrenze liegen. Auch die Aufhebung der agglutinierenden Rh-Antikörperwirkung *in vivo* durch Lipoid-extrakte konnte mit Lecithin [SPIELMANN l. c.; PROKOP: *Z. Immun.forsch.* 108, 245 (1951)] reproduziert werden. Weitere Untersuchungen mit Extrakten aus Fraktionen der Stromasubstanz führten ebenfalls nicht zur Produktion eines echten Haptens. — Bei diesen experimentellen Ergebnissen ist es erstaunlich, daß aus dem In- und Auslande neben vernichtenden Urteilen auch mehrere Berichte über erfolgreiche klinische Anwendung von Rh-„Haptenen“ vorliegen. Verf. denkt an unspezifische Titersenkungen. Man muß bei der unklaren Prognostik des erythroblastotischen Syndroms und bei der Variabilität der Antikörperqualität zahlenmäßige Anforderungen an das klinische Testmaterial stellen, die von Fürsprechern der spezifischen Wirksamkeit des Haptens bei weitem nicht erfüllt worden sind. Am besten spricht man bei den fraglichen Substanzen nicht von Haptenen, sondern von Inhibitoren. ELBEL (Bonn).

H. Greiner und D. Teutrine: Untersuchungen über das Rh-Hapten an menschlichen Blutkörperchen. [Inst. f. gerichtl. Med., Med. Akad. Düsseldorf.] *Z. exper. Med.* 118, 230—239 (1952).

Die Frage, ob die Rh-Haptene wie die AB-Blutgruppensubstanz und wahrscheinlich die MN-Substanz Polysaccharide sind, wurde untersucht. Durch intensives Waschen der Blutkörperchen mit Kochsalzlösung wird im Gegensatz zum Verhalten der Gruppe A keine Änderung der Agglutinabilität und des Absorptionsvermögens gegen Serum-Anti-D festgestellt, auch keine Titersenkung durch die überstehende Flüssigkeit. Das gleiche negative Ergebnis wird nach tagelangem Stehen im Kühlschrank bis zur Hämolyse beobachtet. Erhitzen der Blutkörperchen führt zur Zerstörung des Rh-Haptens. Im Stroma war es nach Hämolyse durch Äther nicht mehr nachweisbar. Bei Hämolyse durch Wasser lag es in unveränderter Form vor. Sein Träger ist allein das Stroma. Das Rh-Antigen ist resistent gegen Trypsin. Kälteeinwirkung bis -25° C zeigt das Hapten fest mit dem Stroma verbunden. Auch Ultraschalleinwirkung konnte keine Veränderung bewirken. Durch Aceton, Chloroform, Tetrachlorkohlenstoff und Benzol wird es zerstört. Äther-Alkoholgemisch zeigt dagegen nach Befreiung vom Stroma einen Rückstand, der Anti-D-Serum erschöpft. Hier ist das Stroma frei vom Antigen. Durch Lecithin wird Anti-D-Serum absorbiert. Es wird für ein unspezifisches Antigen gehalten. Beim Rh-Hapten handelt es sich wohl um ein Lipid. PIETRUSKY (Heidelberg).

Heinz J. Pettenkofer: Über die Bedeutung der Rhesus-Untergruppen bei Transfusionszwischenfällen. [Abt. III Serol., Robert Koch-Inst. f. Hyg. u. Infektskrkh. u. Städt. Kinderkrankenh., Berlin-Wilmersdorf.] *Z. Immun.forsch.* 109, 144—148 (1952).

Wegen einer hämolytischen Anämie erhält ein rh-Kind nach der Geburt mehrere Transfusionen und wird mit Syphilis infiziert. Aus anderen Gründen wurden später wieder Blut-

übertragungen vorgenommen und zwar von der +Rh-Mutter, die ohne Schaden vertragen werden. Ein schwerer Zwischenfall tritt auf, als das Kind nach längerer Zeit Blut von einem —rh-Spender erhält, der freiwillig gegen +Rh immunisiert worden war und in seinem Serum ein Anti-CDE enthielt. Bei der nächsten Blutübertragung wird ein Spender cDE gebraucht, was bei dem Kinde zur Immunisierung mit E führt! Es wird gefordert, daß die Spender in den Blutspenderzentralen auf die Gruppen C, D und E untersucht werden. Solche mit Cde oder cdE oder Cde dürfen nicht als —rh-Spender gelten. (Die für den Klinikgebrauch eingeführte Bezeichnung —rh und +Rh bei Fehlen oder Vorhandensein des Faktors D sollte verschwinden. Wird wie meist nur auf D untersucht, dann sollten die Blute mit D bzw. d bezeichnet werden. Das wäre für den behandelnden Arzt eine Warnung dahin, daß es sich nicht sicher um —rh handelt und daß besondere Vorsicht geboten ist. Ref.)

PIETRUSKY (Heidelberg).

R. Fischer et R. Kaufmann: Iso-immunisation inhabituelle au cours de la grossesse. (Ungewöhnliche Isoimmunisierung in der Schwangerschaft.) [Centre de transfusion sanguine et Clin. univ. de gynéc. et d'obstétrique, Genève.] Schweiz. med. Wschr. 1952, 14—16.

Nach kurzer ganz allgemein gehaltener Einführung in die Grundlagen der Immunisierung durch heterospezifische Schwangerschaft Mitteilung von zwei eigenen Fällen von Hydrops beim Neugeborenen, einmal durch anti-c-Immunisierung, im anderen Fall durch einen nicht-determinierten Antikörper.

SCHLEYER (Bonn).

O. Prokop und F. Schleyer: Untersuchungen über die Brauchbarkeit des Trypsintestes zum Nachweis von Blutgruppen-Antikörpern mit niedrigem Titer. [Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Bonn.] Klin. Wschr. 1952, 179—181.

Verf. überprüfen den 1946/47 von PICKLES und MORTON [PICKLES, M.: Nature (Lond.) 158, 880 (1946); MORTON, J., and M. PICKLES: Nature (Lond.) 159, 1779 (1947)] angegebenen Trypsintest. Sie geben folgende Technik an: „1 Teil Trypsin-Merck in 250 Teilen physiologischer Kochsalzlösung lösen und mittels Sörensen-Phosphatpuffer auf pH 7,3 einstellen. Blutkörperchen in Citrat auffangen, abzentrifugieren und mit der doppelten Trypsinlösung versetzen; nach Inkubation wieder zentrifugieren, 1mal in NaCl-Lösung waschen und möglichst bald unverdünnt auf Objektträger mit Antiserum zusammenbringen. Ablesen mittels Lupe. Reaktion doppelt ansetzen, zuerst positive Probe bewerten.“ Als optimale Behandlung der Testblutkörperchen erwies sich eine Inkubation der zitierten Blutkörperchen mit Trypsinlösung im Überschuß von 30 min bei 40°. Durch das Trypsinieren ist es möglich „unterschwellig“ bleibende Antikörper zur diagnostischen Darstellung zu bringen und sie auch im Titer zu erhöhen. Die Reaktion ist spezifisch.

GOLDBACH (Marburg a. d. Lahn).

Kriminologie, Gefängniswesen, Strafvollzug.

Andreas Schober: Klärung eines Mordes. [Kriminalstelle der Landespolizei Ansbach.] Kriminalistik 6, 6—10 (1952).

Die Besonderheiten beim Auffinden der Leiche eines jungen Mannes (Bauchlage mit entblößtem Unterkörper, Schnittverletzungen an Gesicht und Genitalien) lenkten bei der Polizei den Verdacht zunächst auf einen Sexualmord, zumal sich bald feststellen ließ, daß der Getötete homosexuellen Kreisen angehört hatte. Nach mühevoller Kleinarbeit konnte ausfindig gemacht werden, daß es sich um einen Raubmord handelte. Der Täter hatte laut Geständnis die Leiche so zugerichtet, um einen Sexualmord vorzutäuschen und die Identifikation zu erschweren.

JÄHNER (Heidelberg).

Kriminelle und soziale Prophylaxe.

Potrykus: Das neue Bundesgesetz zum Schutze der Jugend in der Öffentlichkeit (BJSchG). Neue jur. Wschr. 1952, 130—131.

Das neue Bundes-Jugendschutzgesetz ist am 4. 1. 52 in Kraft getreten. Die bisherige Polizeiverordnung zum Schutze der Jugend vom 10. 6. 43 hat von diesem Tage an keine Gültigkeit

mehr. Das neue Gesetz verzichtet bewußt darauf, in den Verstößen Jugendlicher eine strafbare Handlung zu sehen. Es betrachtet die Delikte Jugendlicher lediglich als Ordnungswidrigkeiten und ahndet sie mit den „zulässigen Maßnahmen des Jugendamtes und des Vormundschaftsrichters“. Leider ist weder den Eltern noch den Jugendlichen eine Erscheinungspflicht vor dem Jugendamt auferlegt. Ref. hält auch die in dem § 12 des neuen Gesetzes vorgesehene Anrufung des Vormundschaftsrichters in hartnäckigen Fällen für einen unzureichenden Notbehelf, da früher in den meisten derartigen Fällen der Jugendrichter hinzugezogen wurde. Es wird auch verneint, daß der Vormundschaftsrichter Weisungen erteilen könne, so daß er lediglich auf die Maßnahmen des Vormundschaftsrechts beschränkt bleibe. Nur auf Antrag der Eltern kann der Vormundschaftsrichter geeignete Zuchtmittel zur Anwendung bringen. Einweisung in eine Jugendarrestanstalt ist dabei schon nicht möglich. Es wird auch gerügt, daß eine Strafsanktion im Ungehorsamsfalle fehle und der Vormundschaftsrichter praktisch machtlos sei, wenn z. B. der Jugendliche trotz des Tanzverbotes tanzen gehe. — Das Gesetz verbietet den Aufenthalt von Jugendlichen an Orten, an denen ihnen eine sittliche Gefahr oder Verwahrlosung droht, bringt im übrigen eine Herabsetzung des Schutzalters von 18 auf 16 Jahre, erleichtert aber den Kinobesuch der Jugendlichen (was Ref. bedauert) und verbietet das Rauchen in der Öffentlichkeit für Jugendliche unter 16 Jahren. Weitere Einzelheiten müssen im neuen Gesetz selbst nachgelesen werden.

HALLERMANN (Kiel).

Erste Durchführungsbestimmung zur Verordnung über Heimerziehung von Kindern und Jugendlichen. Vom 27. November 1951. Dtsch. Gesundheitswesen 1952 (Amtl. T.) 32—33.

Die vorliegende Bestimmung sieht eine konsequente Differenzierung der Heime nach ihrer Zweckbestimmung vor, um eine systematische und intensive Erziehungsarbeit zu gewährleisten. Neben den Normalkinderheimen für milieugefährdete Kinder im Alter von 3—14 Jahren ohne wesentliche Erziehungsschwierigkeiten sind Spezialkinderheime für schwer erziehbare Kinder und für schwer erziehbare, bildungsfähige, schwachsinnige Kinder vorgesehen. Daneben sollen Aufnahme- und Beobachtungsheime, Jugendwerkhöfe, Jugendwohnheime, Heime für schwer erziehbare, bildungsfähige, schwachsinnige Jugendliche und Durchgangsstationen eingerichtet werden. Die Einweisung erfolgt durch die Abteilung Jugendhilfe/Heimerziehung des zuständigen Kreises, ebenso auch die Verlegungen und Entlassungen, gegebenenfalls ist die Zustimmung der Abteilung Mutter und Kind des zuständigen Kreises erforderlich. In Aufnahme- und Beobachtungsheimen finden Jugendliche und Kinder Aufnahme, bei denen öffentliche Erziehung (Fürsorgeerziehung oder Strafvollzug) angeordnet oder mit dem Erziehungsberechtigten auf freiwilliger Grundlage vereinbart wurde. Über die Verlegung oder Entlassung entscheidet in diesem Falle das Aufnahme- und Beobachtungsheim selbst.

KREFFT (Leipzig).

E. Fischer: Die Erfassung der Infektionsquellen als wichtige Teilaufgabe bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. [Dermatol. Univ.-Klin. Zürich.] Schweiz. med. Wschr. 1952, 25—29.

Das Patientengut der venerisch Erkrankten der Züricher Dermatologischen Klinik und Poliklinik wurde hinsichtlich Verteilung auf Geschlecht und Beruf untersucht (von 1940—1950 insgesamt 7390 Patienten, davon $\frac{2}{3}$ Ledige). Das Material gibt hinsichtlich der Berufsverteilung aus sozialen, ökonomischen und lokalen Gründen kein wahres Verteilungsbild. Das Maximum der Frischinfizierten wird von den Lebensaltern 21—25 gestellt. Unter den Männern überwiegen die gelernten, bei den Frauen die ungelernten Berufe. Da nach Einführung des neuen Schweizer Strafgesetzbuches eine berufsmäßige Prostitution nicht mehr geduldet wird, scheint eine solche Berufsgruppe nicht mehr auf. Straßen- und „Luxus“prostitution existieren natürlich weiter, letztere vielleicht angestiegen. Bei der Erfassung der Infektionsquellen wird erst versucht, Name der in Frage kommenden Infektoren vom Patienten unter Zusage der Diskretion zu erfahren, dann der Patient aufgefordert, den Infektor zu einer Kontrolluntersuchung zu veranlassen. Bei Nichterfolg Versuch von Seiten der Klinik: Infektor wird aufgefordert, sich beim Hausarzt oder in der Poliklinik untersuchen zu lassen und Befund mitzuteilen. Zur Entlastung der Ärzte Einsatz von Fürsorgerinnen, die bei Ermittlungen helfen. Reagiert der Infektor nicht, so 3malige Aufforderung (Einschreiben!). Bei der letzten Aufforderung Androhung der Anzeige beim Amtsarzt. Vor der endgültigen Anzeige persönliche Fühlungnahme durch

Fürsorgerinnen. Bei Briefverkehr: neutrale Briefumschläge! In 75% der Fälle wurde bei solchem Vorgehen der Partner ermittelt und ärztlicher Kontrolle zugeführt. PROKOP (Bonn).

Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtssprechung.

P. Beickert und H. Noetzel: Todesfall bei Penicillinüberempfindlichkeit. [Hals-Nasen-Ohrenklin. u. Neuropath. Abt., Path. Inst., Univ. Freiburg i. Br.] Klin. Wschr. 1952, 37—39.

Ein 53jähriger Mann mit Gesichtsschädel- und Schädelgrundbrüchen erhielt innerhalb von 6 Tagen 5 Mill. OE Penicillin („Pasing“) intramuskulär und 2mal 20 000 OE intralumbal. 11 Tage vorher übliche Tetanus-Prophylaxe (vom Pferd) intramuskulär. Einen Tag nach der 1. Penicillingabe „Serumexanthem“ (irrtümlicherweise auf die Tetanusprophylaxe bezogen), 2 Tage später blaurote, nicht konfluierende Flecken besonders an der Brust- und Leistenengegend, 4 Tage später nunmehr ausgedehntes großfleckiges, ekzematös aussehendes Exanthem. Nach Absetzen des Penicillins ist das Exanthem 2 Tage später völlig geschwunden. Am 20. Tage nach dem Trauma Tod unter dem Bild einer zentralen Lähmung trotz Rückgang des bestehenden meningitischen Syndroms. Der Kranke hatte seit Jahren wegen Ekzem in Behandlung gestanden. — Die Sektion ergab Rindenprellungsherd des Stirnhirns, eitrige Meningitis und frische Markblutungsherden; histologisch: frische perivasculäre Ringblutungen mit Gefäßwandnekrosen, Gliazellwucherungen, isolierte Nekrosen, Eisenspeicherung, Ödem, geringe lymphocytäre Infiltration in den weichen Häuten. — Der Fall wird als allergische encephalitische Reaktion gedeutet und zu den Todesfällen nach Salvarsanmedikation in Parallele gesetzt. Aus dem Nebeneinander von frischen diapedetischen Blutungen und Nekrosen mit Eisenspeicherung in den Gliazellen wird auf einen schubweisen Verlauf geschlossen. Es wird vor der kritiklosen Behandlung mit Penicillin gewarnt, bei Ekzematikern ist besondere Vorsicht geboten. SCHLEYER (Bonn).

W. Götze: Über Symprocainschäden infolge Fehlinjektion bei lumbaler Grenzstrangblockade. [Neurol. Abt., Krankenh. Westend, Berlin-Charlottenburg.] Ärztl. Wschr. 1952, 40—42.

Es werden einige Zwischenfälle bei der lumbalen Grenzstrangblockade mit Symprocain (viscose Lösung von 1%igem Procain + 5%igem Phenmethynol der Firma Brunnengräber) berichtet, bei denen das Mittel intralumbal geriet. Es kam dabei zu schweren Paraparesen mit Blasen-Mastdarmstörungen. Die intralumbale Injektion wurde aus dem Auftreten von cerebralen Erscheinungen und entzündlichen Liquorveränderungen geschlossen. Während die auftretenden Sensibilitätsstörungen sich schnell und weitgehend zurückbildeten, hielten die motorischen Schädigungen und Blasen-Mastdarmstörungen längere Zeit an. In einem Falle bestand noch nach 8 Monaten eine nahezu völlige Lähmung der Peronealmuskulatur li., starke Paresen der gesamten Beinmuskulatur und eine relative Blasen-Mastdarmschwäche. In einem 2. Falle bestand noch 1 Jahr nach der Injektion totale Mastdarmlähmung sowie Sensibilitätsstörungen im Bereich der Sacralregion. Die Lähmungen wurden auf toxische Schädigung der Vorderwurzelfasern bzw. ihrer trophischen Zentren in den Vorderhörnern bezogen. Verf. nimmt an, daß die toxische Wirkung vorwiegend durch den Zusatz von Phenmethynol im Symprocain begründet ist. Es wird aber auch die prothrahierte Symprocainwirkung allein als Ursache in den Bereich der Möglichkeit einbezogen. Größte Vorsicht wird bei der Grenzstrangblockade mit Symprocain angeraten. Nur geübten Ärzten soll diese Therapie vorbehalten bleiben. Vorangehende Probeinjektion von einigen Kubikzentimetern $\frac{1}{2}$ %iger Novocainlösung mit einer Wartezeit von mindestens 2 min soll verhindern, daß die Nadel intralumbal liegt.

P. SEIFERT (Heidelberg).

E. v. Schubert: Über den gegenwärtigen Stand der rechtlichen Zulässigkeit der Sterilisation aus eugenischer Indikation in Deutschland. [Frauenklin. d. Freien Univ. Berlin im Städt. Krankenh. Moabit.] Ärztl. Wschr. 1952, 161—163.

Nach Aufhebung der Erbgesundheitsgerichte fehlt in Deutschland eine für die Sterilisation aus eugenischen Gründen bestimmte Gutachterstelle. Eine Unfruchtbarmachung ist nach § 14¹ des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses nur dann zulässig, wenn der Arzt sie zur Abwendung einer ernststen Gefahr für das Leben und die Gesundheit desjenigen, an dem er sie vornimmt, mit dessen Einwilligung vollzieht. Dieser § 14 ist in Bayern und Hessen aufgehoben,

in den anderen Ländern noch in Kraft. Nach den Ausführungsbestimmungen vom 18. 7. 35 darf aber eine Sterilisierung aus medizinischer Indikation erst dann vorgenommen werden, nachdem eine Gutachterstelle den Eingriff für erforderlich erklärt hat. Auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Bad Pyrmont ist das Problem der Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung nach geltendem und künftigen Recht von EBERHARD SCHMIDT und NAUJOKS behandelt worden. Die Sterilisierung aus eugenischer Indikation ist nach SCHMIDT in solchen Ländern, in denen der § 14¹ noch gilt, formaljuristisch verboten und unter die Strafbestimmungen über Körperverletzung der §§ 223a, 224 und 225 StGB fallend. Andererseits besteht noch heute der § 226a StGB, wonach jemand, der eine Körperverletzung mit Einwilligung des Verletzten vornimmt, nur dann rechtswidrig handelt, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt. Daß die Sterilisierung aus eugenischer Indikation mit Einwilligung der Person, an der sie vorgenommen wird, nicht den guten Sitten widerspricht, geht aus der Stellungnahme des amerikanischen Militärtribunals im Juristenprozeß und dem Bestehen von Sterilisierungsgesetzen in den USA., Kanada, Australien, der Schweiz und Skandinavien hervor. Ebenso enthält der Entwurf des Länderrats Stuttgart 1947 zu einem Gesetz über Sterilisation und Refertilisierung Bestimmungen über Sterilisierung bei schwerer Erbkrankheit. SCHMIDT glaubt daher, daß der Arzt, der bei strenger Indikationsstellung eine eugenische Sterilisierung vornimmt, durch den § 226a gedeckt ist. Wolle der Staat hier die Tätigkeit einer Gutachterstelle vorgeschaltet haben, dann solle er das ausdrücklich anordnen. — Während NAUJOKS bei der Sterilisierung aus medizinischer Indikation die volle Verantwortung dem Arzt überlassen will, ist er bei der eugenischen Indikation zurückhaltender. Zunächst müßten die erbbiologischen Grundlagen erforscht und Krankheitsbilder mit gesicherter Erbprognose erarbeitet werden. Aber auch bei gesicherter Diagnose hält er es nicht für angängig, daß der Arzt allein die Verantwortung trägt. NAUJOKS wünscht eine gesetzliche Regelung der Frage der Sterilisation aus eugenischer Indikation, um den Arzt vor einem Strafverfahren zu bewahren.

SCHWELLNUS (Köln).

Willy Maassen und Manfred Handloser: Das Ergebnis einer Rundfrage zur Sterilisation von Spritzen und Kanülen. [Hyg. Inst., Univ. Kiel.] *Ärztl. Wschr.* 1952, 111—124.

Sehr wichtige und immer noch zeitgemäße Feststellungen! Während nach Untersuchungen des Ref. 1938 noch 85% aller Ärzte Spritzen und Kanülen nach dem Sterilisieren in Alkohol aufbewahrten, sind es heute nur noch 18,5%. Für die Besuchspraxis jedoch verwenden noch etwa 35% alkoholgefüllte „Spritzenautomaten“. 8,9% der befragten Ärzte verwenden jeweils für die Venenpunktionen keine neue Spritze. — Nach eingehenden Untersuchungen wird gefordert, daß die Aufbewahrungsbehälter für Spritzen und Kanülen mindestens 1mal wöchentlich zu sterilisieren und die Mülleinlagen der Behälter 2mal wöchentlich gegen sterile auszuwechseln sind. Auf die Gefahr der Verunreinigung bei dem Zusammensetzen der noch feuchten Spritzen mit den Händen wird besonders aufmerksam gemacht. Es werden zur Sterilisation von Spritzen und Kanülen nur folgende Verfahren als ausreichend angesehen: a) Sterilisation mit Heißluft bei 180—200° für eine Dauer von 30—60 min. b) Dampfsterilisation im Autoklaven bei 1 Atü = 120° für 45 min. c) Auskochen im Druckkochtopf (PAPINScher Topf) bei 1 Atü = 120° für 25 min, vorhergehende mechanische Reinigung der Spritzen und Kanülen unbedingt notwendig. Gewöhnliches Auskochverfahren in Wasser nur in *dringendsten* Fällen erlaubt. Spritzenwechsel nach jeder Blutentnahme geboten. „Es ist ein Kunstfehler (!), Alkohol zur Aufbewahrung sterilisierter Instrumente zu verwenden.“ (Auch hier wieder das ominöse Wort „Kunstfehler“, was doch wohl besser vermieden werden sollte. Ref.)

JUNGMICHEL (Göttingen).

Karl Peters: Welche strafrechtlichen bzw. zivilrechtlichen Folgen können für einen Arzt bzw. die übrigen Beteiligten eintreten, wenn z. B. eine Mutter eines oder mehrerer Kinder durch Unterlassung eines „direkten Angriffes“ bei der Geburt geopfert wird? (Im Buch „Der Kardinal“ von Morton wird die Anschauung bezüglich Opferung der Mutter z. B. vertreten.) *Münch. med. Wschr.* 1952, 514—516.

In seiner Antwort auf diese Leserfrage führt der Münstersche Ordinarius für Strafrecht aus, daß der Arzt nach der (im Gesetz zur Verhinderung erbkranken Nachwuchses übernommenen) Praxis des Reichsgerichts zwar bei Ausführung einer medizinisch indizierten Schwangerschaftsunterbrechung nicht rechtswidrig handelt, daß die Rechtfertigung einer Handlung aber nicht

die *Pflicht* zum Handeln in sich schließt. Eine solche Verpflichtung kann auch aus dem Ständerecht oder aus dem Arztvertrag nicht hergeleitet werden. Niemand kann gezwungen werden, gegen sein Gewissen zu handeln (Art. 4 B.G.G.). Die Unterlassung einer medizinisch angezeigten Schwangerschaftsunterbrechung seitens des Arztes ist daher keine Verletzung irgendeiner Rechtspflicht und kann keine zivil- oder strafrechtlichen Nachteile für den Arzt begründen (so auch unter anderen EBERHARD SCHMIDT).
SCHLEYER (Bonn).

Franz Schleyer: Wann verhält sich ein nichtapprobierter Krankenbehandler strafrechtlich fahrlässig? [Inst. f. gerichtl. Med., Univ. Bonn.] Die Medizinische 1952, 161—164.

Verf. gibt eine grundsätzliche Darlegung der Rechtsstellung des Heilpraktikers mit Schilderungen der differenten Entscheidungen des Reichsgerichts und den verschiedenartigen Stellungnahmen in der Literatur. Es wird die These aufgestellt, daß der nichtapprobierte Krankenbehandler schon dadurch fahrlässig handelte, daß er überhaupt Beratungen und Behandlungen von Kranken übernimmt. „Die besonderen Anforderungen an Wissen und Können gelten für die Behandlung von Kranken überhaupt“. Der nichtapprobierte Heilbehandler und auch Heilpraktiker hätten a priori keine Tätigkeitsberechtigung, da sie die vom Reichsgericht für erforderlich gehaltenen Kenntnisse und Fähigkeiten nicht besitzen. Diese könnten nur durch ein Hochschulstudium erworben werden. Hinweis auf die Entwürfe zum StGB 1919—1925 (Operationsrecht), in denen nur von ärztlicher Wissenschaft und ärztlicher Kunst eines gewissenhaften Arztes die Rede war. Es sei nicht angängig, auf die subjektive Erkenntnisfähigkeit über die Gefährdungsmöglichkeit des Handelns bzw. Unterlassens bei den nichtapprobierten Behandlern abzustellen. Man müsse offenbar auch neuerdings bei den Heilpraktikern die medizinischen Kenntnisse verlangen. Das sei nur durch ordnungsgemäßes Studium der Medizin möglich.
HALLERMANN (Kiel).

Neumann-Duesberg: Beweis des hypothetischen Schadeneintritts bei überholender Kausalität. Neue jur. Wschr. 1952, 131—132.

Die überholende Kausalität hat z. B. für die ärztliche Gutachterpraxis Bedeutung, wenn Einer durch vorsätzliche unerlaubte Handlung eines Anderen arbeitsunfähig geworden ist, der Täter nun gemäß § 823 usw. BGB auf Schadenersatz in Anspruch genommen, der Beklagte verurteilt wird und später der Kläger an einem Leiden erkrankt, das ihn ohnehin arbeitsunfähig gemacht hätte. Der Verletzte hätte also auch ohne den vom Kläger verursachten Schaden nichts mehr verdient. Von diesem Zeitpunkt an ist ihm durch die Handlung des Täters kein Lohn entgangen. Der Täter kann daher von diesem Zeitpunkt an nicht mehr als ersatzpflichtig angesehen werden. Ref. untersucht nun die Beweisfrage. Der Kläger ist beweispflichtig, z. B. für den Verkehrsunfall, die Beweislastregelung bei der überholenden Kausalität ist in den §§ 287 und 848 BGB enthalten. Der Beklagte ist für den hypothetischen Schadenseintritt beweispflichtig. Nach Meinung des Ref. genügt jedoch zum Beweis der überholenden Kausalität die an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit. Eine Sicherheit ist nicht notwendig. Der Beklagte hat den Nachweis zu führen, daß eine hypothetische Ursache eingetreten war, und daß aus dieser Ursache derselbe Schaden erwachsen wäre. Wenn die hypothetische Ursache real geworden ist, bedarf sie keines besonderen Beweises, da sie „ohne Täterhandlung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit entstanden wäre“. An den Ursachenbeweis muß sich der Schadensbeweis über den Umfang des Schadens anschließen. Beweispflichtig für den hypothetischen Schadenseintritt ist immer der Beklagte.
HALLERMANN (Kiel).

G. Hopf: Ein Bundesgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Dtsch. med. J. 3, 131—133 (1952).

Der Entwurf des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sucht einen Kompromiß zwischen der persönlichen Freiheit und den für den Schutz der Allgemeinheit erforderlichen Einschränkungen. Es schließt die eigene Tätigkeit der Polizei aus und hat einen ausgesprochen gesundheitsfürsorglichen Charakter. Hiernach liegen alle Maßnahmen zur Erfassung Verdächtiger und Gefährdeter im Aufgabenbereich der ärztlich geleiteten Gesundheitsämter. Ein wichtiger Gesichtspunkt ist die Heranziehung des behandelnden Arztes zu Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Der Arzt muß dem Kranken nach der Infektionsquelle befragen, zu deren Angabe dieser verpflichtet sei. Die Infektionsquelle braucht aber nicht mehr namentlich gemeldet zu werden, wenn sie nachweislich in ärztlicher Behandlung steht. Der Arzt muß über die Behandlung genaue Aufzeichnungen machen und fähig sein, Untersuchungen und Behandlungen nach

den Grundsätzen wissenschaftlicher Erkenntnis und mit Benutzung aller notwendigen Einrichtungen durchzuführen. Eine namentliche Meldung muß dann erstattet werden, wenn sich der Kranke der Behandlung entzieht, durch Lebensweise und Lebensumstände seine Umgebung gefährdet, ferner bei dringendem h.w.G.-Verdacht. Die Verpflichtung für den Kranken besteht darin, daß er sich bis zur Beseitigung der Ansteckungsgefahr behandeln lassen muß. Frauen, die jemals syphiliskrank waren, haben sich bei Eintreten der Schwangerschaft auf ihre Behandlungsbedürftigkeit hin untersuchen zu lassen. Das Gesundheitsamt kann die Krankenhauseinweisung anordnen, wenn es dies zur Sicherung der Behandlung oder zur Ansteckungsverhütung für erforderlich hält. Ferner kann die Landesregierung anordnen, daß bestimmte Personen- oder Berufsgruppen einer Untersuchung auf syphilitische Serumreaktionen unterworfen werden. Nach der Ausschaltung der Ordnungs- und Kriminalpolizei sind gesundheitspolizeiliche Maßnahmen der Amtsärzte unvermeidlich. Nach Ansicht des Verf. ist allen berechtigten Interessen der Ärzteschaft durch den Entwurf Rechnung getragen, so daß dieses fortschrittliche Gesundheitsgesetz aus vollem Herzen gebilligt werden kann. (Inzwischen ist der Gesetzentwurf im Bundestag einer außerordentlich scharfen Kritik unterzogen, so daß kaum mit seiner Verabschiedung in der ursprünglichen Form zu rechnen ist. Vor allem wird von den berufenen Kritikern eine weitere Durchlöcherung der ärztlichen Schweigepflicht abgelehnt, ebenso wird die zwangsweise durchzuführende Untersuchung von Personen- und Berufsgruppen mit demokratischen Anschauungen unvereinbar verworfen.)

SCHWELLNUS (Köln).

Meldeordnung der Deutschen Demokratischen Republik. Vom 6. September 1951. § 20. Dtsch. Gesundheitswesen 1952, (Amtl. T.) 4.

In der Meldeordnung der DDR vom 6. 9. 51 wird unter anderem im § 20 folgendes bestimmt: Die Leiter von Krankenhäusern, Kliniken, Entbindungsanstalten, Kuranstalten, Sanatorien, Heilstätten und ähnliche Anstalten sind verpflichtet, folgende Personen sofort zu melden: a) Personen, die mit Schuß-, Stich- oder Hiebverletzungen oder in einem sonstigen, auf eine strafbare Handlung hindeutenden Zustand eingeliefert werden. Bei der Meldung ist die Art der Verletzung oder des Zustandes anzugeben. b) Personen, bei denen die Umstände ihrer Aufnahme oder ihre eigenen Angaben erkennen lassen, daß sie geistesschwach, dem Entziehungsberechtigten entlaufen sind oder sich der Strafverfolgung durch die Flucht entzogen haben. c) Personen über 15 Jahre, die ohne gültigen Personalausweis Aufnahme finden.“ Entsprechendes gilt auch für die Leiter von Irren-, Pflege-, Bewahr-, Erziehungs- und ähnlichen Anstalten.

KREFFT (Leipzig).

Entscheidung der Abt. Recht des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR: Schweigepflicht des Arztes. Dtsch. Gesundheitswesen 1952, 51.

In der vorliegenden Entscheidung wird gemäß § 11 Abs. 1 der Anordnung über die Aufgaben der Zentralen Kontrollkommission, Landeskontrollkommission und die Kontrollbeauftragten in den Kreisen und den kreisfreien Städten vom 1. 9. 48 (ZVOBl. S. 429) ausgeführt, daß alle in Verwaltung, Justiz und Wirtschaft verantwortlich tätigen Personen und Organe verpflichtet sind, der zuständigen Kontrollkommission bzw. Kontrollbeauftragten wirtschaftsschädigende Maßnahmen mitzuteilen, auf Anforderung die zur Untersuchung notwendigen Unterlagen zugänglich zu machen und über getroffene Maßnahmen zu berichten. Der Arzt in einer Fürsorge-stelle kann als eine in der Verwaltung tätige Person angesehen werden und ist als solche verpflichtet, dem Kontrollorgan auf Anforderung die zur Untersuchung notwendigen Unterlagen zugänglich zu machen und Auskunft zu erteilen. Die Entscheidung über die Notwendigkeit solcher Auskünfte liegt bei den Kontrollorganen. Der Arzt hat jedoch die Verpflichtung, die Kontrollorgane auf seine Schweigepflicht aufmerksam zu machen, damit sie in jedem Falle noch einmal ernst prüfen können, ob die Auskunft oder Unterlage, welche sie vom Arzt fordern, zur Untersuchung des betreffenden Falles unbedingt notwendig ist. Weiterhin ist der Arzt verpflichtet, sich vom Kontrollbeauftragten den Ausweis über die Berechtigung zur Prüfung zeigen zu lassen, damit keine Verletzung der Schweigepflicht durch einen Nichtberechtigten eintritt. — Die Erfüllung einer Rechtspflicht geht der Schweigepflicht vor. KREFFT (Leipzig).

StGB § 218: a) Die Voraussetzungen des übergesetzlichen Notstandes bei der Schwangerschaftsunterbrechung. b) Der Rechtfertigungsgrund des übergesetzlichen Notstandes liegt nicht allein in den äußeren Umständen, sondern auch in den Vorstellungen, durch die sich der Handelnde bei seinem Verhalten bestimmen läßt. [BGH,

Urt. v. 15. I. 1952 — 1 StR 552/51 (LG Traunstein)]. Neue jur. Wschr. A 1952, 312—313.

Ein verurteilter Arzt beruft sich auf das (tatsächliche) Vorliegen von Krankheiten, infolge deren die Frucht nur unter ernster Gefährdung von Leben und Gesundheit hätte ausgetragen werden können. Der übergesetzliche Notstand wird nicht anerkannt, weil dem Täter dieser Tatbestand gar nicht bekannt war, er vielmehr aus Mitleid gehandelt hat. Der übergesetzliche Notstand liegt nicht allein in den äußeren Umständen begründet, sondern er ist (subjektiver Rechtfertigungsgrund) nur gegeben, wenn der Täter vorher gewissenhaft geprüft hat, ob ein Wettstreit rechtlich geschützter Güter vorliegt (s. dazu BGH vom 12. 7. 51 — 4 StR 339/51 — Neue jur. Wschr. 1951, 769). Der weitere Einwand des Beschwerdeführers einer bestehenden Selbstmordgefahr wird aus ähnlichen Erwägungen zurückgewiesen: Der Verurteilte hat es an der pflichtgemäßen Erwägung fehlen lassen, denn er beruft sich lediglich auf Äußerungen des Verlobten über angebliche Selbstmordgedanken der Schwangeren. Dazu kommt noch, daß der Rechtfertigungsgrund des übergesetzlichen Notstandes auch bei Vorliegen aller übrigen Voraussetzungen entfällt, wenn die Schwangerschaft nicht nach den Regeln der ärztlichen Kunst unterbrochen wird. Der Beschwerdeführer hat lediglich einen Quellstift eingelegt und sich dann nicht mehr um die Frau gekümmert, auch nicht, als sie nach ihm schickte. S. dazu BGH vom 5. 10. 51 — 2 StR 163/51 — Neue jur. Wschr. 1951, 930. ELBEL (Bonn).

StGB §§ 174 Ziff. 1, 61. Ein 15jähriges Mädchen, das von seinen Eltern zur Zahnbehandlung in die Sprechstunde eines Dentisten geschickt wird, ist diesem damit nicht in seiner Erziehung, Ausbildung, Aufsicht oder Betreuung im Sinne des § 174 Ziff. 1 anvertraut. [OLG Frankfurt, Beschl. v. 24. 7. 1951 — 2 Ws 59/51.] Neue jur. Wschr. A. 1952, 236—237.

Die 15jährige Zeugin wird Ende 1949 oder Anfang 1950 durch den angeklagten Dentisten während der Zahnbehandlung durch Betasten der Brust unsittlich berührt. Ein Unzuchtverbrechen nach § 176 Ziff. 3 StGB scheidet aus. Auch der gesetzliche Tatbestand des § 174 Ziff. 1 StGB wird verneint. Der Dentist, dem das 15jährige Mädchen von ihren Eltern in die Sprechstunde geschickt wird, übernimmt keine Verantwortung für die geistige und sittliche Entwicklung oder sonstige allgemeine Lebensführung der Patientin, sondern seine Verpflichtung erstreckt sich nur auf eine ordnungsgemäße Durchführung der Zahnbehandlung. Dagegen wird angenommen, daß der Angeklagte die Zeugin tätlich beleidigte. GOLDBACH (Marburg).

BGB §§ 1591, 1593; EheG. § 38 Abs. 2; VerschG § 9. Die Ehe des für tot Erklärten besteht fort. Auch das offenbar von ihm nicht gezeugte Kind gilt als ehelich, solange seine Ehelichkeit nicht wirksam angefochten ist. [LG Koblenz, Beschl. v. 31. 5. 1951 — 4 T 186/51.] Neue jur. Wschr. 1952, 146—147.

Landgericht Koblenz vom 31. 5. 51 — 4 T 186/51 —. Das Landgericht führt in der Urteilsbegründung aus, daß die nach § 9 des VerschG begründete Todeserklärung nur die Vermutung begründe, daß der Verschollene an dem in dem Beschluß festgelegten Zeitpunkt verstorben sei, d. h. sie bewirke nur, daß die Rechtsverhältnisse des für tot Erklärten so behandelt werden, als ob er zu dem festgestellten Zeitpunkt verstorben wäre. Seine Ehe steht der erneuten Eheschließung seiner Ehefrau mit der Rechtswirkung des § 20 des Ehegesetzes nicht entgegen, sie wird aber erst mit der neuen Eheschließung aufgelöst, und ist nicht bereits vor Schließung der neuen Ehe vom festgestellten Todeszeitpunkt an als aufgelöst zu betrachten. Es gelten also auch weiter gemäß § 1591 BGB die vor der 2. Eheschließung der Ehefrau empfangenen und geborenen Kinder als eheliche Kinder aus der Ehe des für tot Erklärten, bis die Ehelichkeit rechtswirksam angefochten worden ist (§ 1553 BGB.). Das entspräche auch dem früheren Standpunkt des Reichsgerichts (RGZ 123/263), daß es nicht dem Standesbeamten überlassen werden dürfe, schematisch „die Unehelichkeit eines Kindes auf den Todeserklärungsbeschluß hin zu dokumentieren“. HALLERMANN (Kiel).

BVerfGG § 90 Abs. 1. Ein mit Rücksicht auf seine querulatorische Veranlagung wegen Geistesschwäche Entmündigter hat nicht die Fähigkeit, rechtswirksam eine Verfassungsbeschwerde zu erheben. [BVerfG, Beschl. v. 28. 11. 1951— 1 BvR 166/51,

1 BvR 173/51, 1 BvR 174/51, 1 BvR 175/51, 1 BvR 176/51.] Neue jur. Wschr. A 1952, 177.

Der Beschluß des BVerfG ist für die forensische Psychiatrie insofern aufschlußreich, als er die Relativität der Verfahrensfähigkeit im Rahmen einer Verfassungsbeschwerde beleuchtet. Dem BeschwF wurde die Verfahrensfähigkeit deshalb abgesprochen, weil er auf Grund seiner querulatorischen Veranlagung wegen Geistesschwäche entmündigt worden war, also gerade in seinem Verhalten bei gerichtlichen Verfahren geistige Mängel zeige. Damit ist also vom BVerfG anerkannt worden, daß die Geschäftsfähigkeit (Prozeßfähigkeit) bei Personen, die nicht voll geschäftsunfähig sind, davon abhängt, ob die geistigen Mängel oder Störungen in innerem Zusammenhange mit dem angefochtenen Rechtsgeschäft oder Prozeßstoff stehen. WIETHOLD.

Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik.

H. Greiner: Über Beziehungen zwischen Hämagglutinin und Präcipitinen beim Kaninchen im Verlaufe der Immunisierung. [Inst. f. gerichtl. Med., Med. Akad., Düsseldorf.] Z. Immunforsch. 109, 134—143 (1952).

Kaninchen bilden nach Immunisierung mit menschlichen Blutkörperchen bestimmter Gruppe Antikörper gegen diesen Faktor und einen Artantikörper, ein Agglutinin und ein Präcipitin. Werden Kaninchen oder Meerschweinchen mit hohen Dosen Blutkörperchen vorbehandelt, so sinkt ein vorher gebildeter hoher Titer stark ab und eine vorsichtige Reimmunisierung nach mehreren Monaten ist erfolglos. Durch hohe Antigenzufuhr wird ein Erschöpfungszustand des reticuloendothelialen Systems herbeigeführt. Es wird das Verhalten von Agglutinin und Präcipitin während der Immunisierung mit Serum, Serum und Hämoglobin, Hämoglobin wie mit Stroma beobachtet. Die bei der Präcipitation und Agglutination eintretende Hemmungszone wird mit einem Mißverhältnis zwischen Antigen- und Antikörperkonzentration erklärt. Die Titerkurven verlaufen bei der Agglutination und Präcipitation etwa parallel. Wird Serum zur Immunisierung verwandt, dann ist der Titer gegen Hämoglobin geringer, und umgekehrt. Die so gewonnenen Agglutinine zeigen unspezifische Artreaktionen. Stroma hat nur geringe antigene Fähigkeit. Agglutinine und Präcipitine sind identische Antikörper. Zur Gewinnung von Immunsera zur biologischen Eiweißdifferenzierung soll ein möglichst polyvalentes Antigen verwendet werden. PIETRUSKY (Heidelberg).

Soziale und Versicherungsmedizin.

C. Fraser-Brockington: Öffentliches Gesundheitswesen und Sozialmedizin in Großbritannien. Dtsch. med. J. 1952, 77—81.

Die fortschreitende Industrialisierung gegen Ende des 18. Jahrhunderts machte die Lenkung der Gesundheitsfürsorge notwendig. Mit dem Fabrikgesetz 1833 wurde die Fabrikbesichtigung in gesundheitlicher Hinsicht eingeführt; 1834 trat ein Armengesetz in Kraft, das bis 1929 bestand. Im Jahre 1858 wurde dem Amtsarzt die Gesundheitsfürsorge übertragen, eine Art Amtsarztprüfung 1888 eingeführt. Seit 1870 liefert der Amtsarzt einen Jahresbericht; in Kraft ist heute eine Dienstanweisung von 1935 (Sanitary Officers Regulations). Die gesamte Gesundheitsfürsorge unterliegt jetzt der Aufsicht des Amtsarztes auf Grund des Gesetzes über den Nationalen Gesundheitsdienst (National Health Service Act 1946), in Kraft seit 5. 7. 48. Von der Verantwortung für Krankenhäuser und Irrenanstalten ist der Amtsarzt seither entbunden. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus aber treten die Patienten unter die Aufsicht der Gesundheitsbehörden, die für Nachbehandlung zu sorgen haben. Sozialmedizin ist nach dem Willen des britischen Gesetzgebers Gesundheitsvorsorge und -fürsorge im weitesten Sinne.

BÖHLER (Düsseldorf).

H. Göbbels: Kassenbehandlung als Schadensminderungspflicht in der privaten Unfallversicherung? Die Medizinische 1952, 326—328.

An Hand eines konkreten Falles wird die Frage erörtert, ob in dem „Gesetz über den Versicherungsvertrag“ vom 30. 5. 08, das für die private Unfallversicherung die gesetzliche Rechtsnorm darstellt, die zwingende Verpflichtung eingeschlossen ist, die Unfallbehandlung eines zusätzlich privat gegen Unfall Versicherten im Rahmen seiner Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse der Sozialversicherung und zu deren Lasten durchzuführen, und ob die Duldung einer

solchen die freie Entschließung des Versicherungsnehmers einschränkende Vorschrift von Gesetzes wegen diesem grundsätzlich und generell zugemutet werden kann. Es wird unter Hinweis auf die gesetzliche Verpflichtung auch des geschädigten Versicherungsnehmers, zur Schadensminderung beizutragen, die Auffassung vertreten, daß die Zumutbarkeit der Behandlung eines privat Unfallversicherten beim Eintritt eines Schadensfalles auf Kosten der reichsgesetzlichen Krankenkasse, zum Zwecke der Entlastung des privaten Versicherungsträgers, von Art und Schwere der Verletzung sowie von der Aussicht und Möglichkeit einer Wiederherstellung abhängig zu machen sei. Der Auffassung, daß im Falle eines bewußten Verzichtes des Geschädigten auf die Leistungen der öffentlichen Krankenkasse und seiner Behandlung als Privatpatient von dem privaten Versicherungsträger nur der Betrag erstattet werden müsse, den die öffentliche Kasse an den Kassenarzt für die Unfallbehandlung abgeführt hätte, könne nur bedingt beigestimmt werden. Aus § 1542 RVO. sei zu entnehmen, daß der aus dem privaten Versicherungsvertrag gegen die private Versicherungsgesellschaft bestehende Anspruch aus Unfallbehandlung auf die Ortskrankenkasse übergeht. Die Unfallbehandlung sei in der festgesetzten Pauschale für kassenärztliche Behandlung grundsätzlich eingeschlossen. ILLCHMANN-CHRIST (Kiel).

C. Carrié: Zur Bedeutung der Berufsdermatosen. [Hautklin. d. Med. Akad., Düsseldorf.] Hautarzt 3, 49—54 (1952).

Zunächst wird ein kurzer geschichtlicher Überblick über die Entwicklung der sozialversicherungsrechtlichen Beurteilung der Gewerbedermatosen als sog. entschädigungspflichtige Berufskrankheit gegeben. Von 1938—1950 wurden in der Düsseldorfer Hautklinik 1112 Hauterkrankungen begutachtet. Davon waren entschädigungspflichtige Berufskrankheiten 41%, berufsbedingt aber nicht entschädigungspflichtig 33,9%, unklar 5,4%, keine Berufsdermatosen 19,7%. Die Anzahl der entschädigungspflichtigen Berufsdermatosen betrug 1938 2,98, dagegen 1949 4,36 unter 100000 Versicherten. Für die Entstehung der Berufsdermatosen, insbesondere der Ekzeme sind komplexe Vorgänge maßgebend. Im Krankheitsgeschehen können sich „Kettenreaktionen“ entwickeln. Epidermophytien und Sekundärinfektionen sind in diesem Zusammenhang auch nicht selten als berufsbedingt anzusehen (beispielsweise waren unter 575 berufsbedingten Erkrankungen 92mal gleichzeitig Pilzinfektionen. Diese sind in Zunahme begriffen). Das quantitative Ausmaß der beruflichen Schädigung ist sehr verschieden und muß im einzelnen im Verhältnis zu den anderen Ursachen abgewogen werden. Bei der Prophylaxe und den einzuschlagenden Maßnahmen sind beteiligt der Kranke, der Arzt, der Arbeitgeber, die Krankenkasse und der Unfallversicherungsträger. Bedauerlicherweise sind vielfach nicht das genügende Interesse und nicht die notwendigen Fachkenntnisse vorhanden. Berufskrankheiten müssen wieder Pflichtfach im Studium werden. Durch Abbildungen und Tabellen werden die besonderen Gefährdungen bestimmter Berufe dargestellt und erläutert. Zu unterscheiden sind bei der Verursachung die Arbeitsstoffe, die Reinigungsmittel und das Arbeitsmilieu. Dies wird näher ausgeführt. Es wird eine zentrale Prüfungsstelle für Hautschutzmittel und Hautreinigungsmittel vorgeschlagen. Eignungsuntersuchungen vor Einstellung in hautgefährdeten Berufen und Betrieben (beispielsweise ähnlich wie in Staubberufen) müßten obligatorisch werden.

SYMANSKI (Saarbrücken).

W. Ehrhardt: Raynaudsche Gangrän und Arbeiten mit Preßluftwerkzeugen. [Thüring. Landesinst. f. Arbeitsmed. u. Berufskrankh., Jena.] Zbl. Arbeitsmed. u. Arbeitsschutz 2, 1—3 (1952).

Bei einem Arbeiter, der unter besonderen Arbeitsbedingungen nach der thüringischen Abbau- methode vom Hangenden zum Liegenden auf der Kettenschwebe sitzend arbeiten mußte, entwickelte sich an den unteren Extremitäten das Krankheitsbild einer RAYNAUDSchen Gangrän, das schließlich die Amputation des linken Unterschenkels notwendig machte. Infolge der besonderen Arbeitsbedingungen (Kettenschwebe, Preßluftbohrer) wird der Zusammenhang der Erkrankung mit der Arbeit im Sinne einer Berufserkrankung bejaht. SAAR (Würzburg).

Fritz Brauer: Tödlicher Unfall an einem Elektrokarren. Zbl. Arbeitsmed. u. Arbeitsschutz 2, 19 (1952).

Die Untersuchung dieses Todesfalles — keine Angaben über die Art der Verletzung — ließ erkennen, daß Elektrokarren auch bekannter Lieferfirmen keine Schutzvorrichtungen besitzen: In diesem Falle kam der Arbeiter allein dadurch um, daß er, als er anfahren wollte, übersehen hatte, daß der Rückwärtsgang eingeschaltet war. Deshalb werden neue Vorschriften bei einer Neubearbeitung der Richtlinien für Elektrokarren notwendig sein. H. KLEIN (Heidelberg).