

### Allgemeines.

**Grzywo-Dabrowski, Wiktor:** L'institut de médecine légale de Varsovie. (Das Institut für gerichtliche Medizin in Warschau.) Ann. de méd. lég. Jg. 7, Nr. 7, S. 357—362. 1927.

Die Mitteilung enthält eine genaue, vom Vorstand verfaßte Beschreibung des Institutes für gerichtliche Medizin in Warschau. Das Institut ist in einem Neubau untergebracht und mit allen modernen Hilfsmitteln ausgestattet; eine Tabelle zeigt eine Zusammenstellung der ausgeführten gerichtlichen Untersuchungen in den Jahren 1920 bis 1926. (Durchschnittlich 600 Obduktionen und 400 gerichtlich-medizinische Untersuchungen an Lebenden und an Gegenständen pro Jahr, darunter nur eine geringe Zahl psychiatrischer Untersuchungen.) Am Institut ist auch eine gerichtlich-medizinische Poliklinik eingerichtet. *Schwarzacher (Heidelberg).*

**Teudt: Strafrichter und ärztlicher Sachverständiger.** Zeitschr. f. Medizinalbeamte u. Krankenhausärzte Jg. 40/49, Nr. 20, S. 681—684. 1927.

Entgegnung auf Ausführungen von Löwenstein, Bonn, über die Sachverständigenauswahl. Während L. in wichtigen Fällen mehrere Sachverständige vor Gericht für zweckmäßig hält, den Psychiater dabei in den Vordergrund stellt, den amtlichen Gerichtsarzt ausschalten will, ist nach T. der Gerichtsarzt unentbehrlich und als Schlußgutachter zu hören, zumal nicht jeder Facharzt in gerichtlichen Angelegenheiten beschlagen, der Gerichtsarzt der Erfahrenere ist. Auch die Psychiater seien durchaus nicht immer die geeignetsten Sachverständigen für das Gericht, wenn sie nicht für Kriminalpsychiatrie besonders interessiert und durch häufige Beziehungen mit den Gerichten besonders erfahren seien. T. behauptet das Vorliegen einer gewissen Einschränkung der Gerichtstätigkeit und -fähigkeit der Psychiater mit etwas oberflächlicher Begründung und betont, daß der Gerichtsarzt nach eigenem Ermessen einen Facharzt als Mitbegutachter vorschlagen kann, wie ja auch der Antrag § 81 Str.P.O. vom Gerichtsarzt ausgeht. Schließlich lehnt T., hier mit Berechtigung, die Behauptung ab, daß es den Gerichtsärzten an Zeit und Mitteln fehle, sich wissenschaftlich weiter zu bilden, zumal diese ihre wissenschaftliche Fortbildung in gerichtsärztlicher Beziehung seit langem erstreben. *Klieneberger (Königsberg Pr.).*

**Hesse, E.: Die obligatorische Leichenschau in Deutschland.** Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr. Bd. 2, H. 6, S. 551—553. 1927.

Der Zweck der Leichenschau, durch sachkundige Personen ausgeführt, ist einmal die einwandfreie Feststellung des eingetretenen Todes, ferner die Ermittlung der Todesursache (was bei nicht ärztlich behandelten Personen durch eine Leichenschau kaum möglich sein dürfte! Ref.), des weiteren, um durch verbrecherische Handlungen herbeigeführte Todesfälle (auch Kurpfuschereidelikte! Ref.) aufzudecken. Der besondere Zweck der Leichenschau ist auch noch, die Sterblichkeitsstatistik zu stützen sowie besonders mit Ort oder Beruf in Zusammenhang stehende Todesursachen zu ermitteln und seuchenartige Krankheiten baldigst aufzudecken. Der Autor vertritt den Standpunkt, daß eine zweckdienliche Leichenschau nur durch Ärzte vorgenommen werden kann; ob es sich empfiehlt dem Vorschlag beizutreten, daß der den Kranken zuletzt behandelnde Arzt auch die Leichenschau vornimmt (Abtreibung, fahrlässige Tötung! Ref.), dürfte zweifelhaft sein. Verf. bemängelt, daß eine reichsgesetzliche Anordnung der Leichenschau nicht existiert, obwohl der deutsche Ärztetag schon 1900 den Beschluß gefaßt hat: „Die gesetzliche Einführung der obligatorischen Leichenschau ist im Interesse der Volkswohlfahrt eine Notwendigkeit. Die Leichenschau ist

von in Deutschland approbierten Ärzten auszuführen.“ Nur durch das Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900 (§ 10) ist bei Seuchenverdacht eine amtliche Besichtigung angeordnet — eine ärztliche Leichenschau wird für diese Fälle nicht einmal gefordert! Dagegen ist für Eisenbahntransporte von Leichen ein amtsärztlicher Leichenpaß erforderlich. Nicht einmal für die Feuerbestattungsleichen ist eine einheitliche Regelung der Leichenschau in Deutschland getroffen (in Bayern müssen derartige Leichen, abgesehen von der ersten Leichenschau, noch vor der Bestattung bzw. Einäscherung einer landgerichtsärztlichen Leichenschau unterzogen werden). Bis jetzt ist die Leichenschau nur auf landesrechtlichem Wege geregelt: allgemeine obligatorische Leichenschau besteht in Bayern (und zwar seit dem Jahre 1760), Württemberg, Baden, Hessen, Hamburg, Bremen, Waldeck, Schaumburg-Lippe sowie in einigen Gebietsteilen von Thüringen; in Sachsen wird die Leichenschau von angestellten und verpflichteten Leichenfrauen (! Ref.) vorgenommen. Eine obligatorische Leichenschau ist nur für gewisse Städte, Kreise oder dergleichen eingeführt in Preußen (! Ref.), Mecklenburg-Schwerin, Oldenburg, Braunschweig, Anhalt und Lübeck, während eine obligatorische Leichenschau vollkommen fehlt in Mecklenburg-Strelitz und Lippe. Verf. bespricht dann die in den hauptsächlichsten Bundesstaaten geltenden Bestimmungen im allgemeinen (in Bayern z. B. ist seit 1920 die einmalige Leichenschau die Regel, es kann auch eine zweimalige Leichenschau stattfinden, wie es bis zum Jahre 1920 war. Die Leichenschau soll hier nicht vor 8 Stunden und nicht später als 24 Stunden nach eingetretenem Tod ausgeführt werden; wenn Leichen in ein Leichenhaus verbracht werden, muß die Leichenbesichtigung vor der Überführung stattfinden. Bei plötzlichen oder verdächtigen Todesfällen soll sie möglichst bald ausgeführt werden). Meist ist die Leichenschau nicht auf Ärzte beschränkt, in einzelnen Bezirken ist schon eine ärztliche Leichenschau angeordnet. Bei ärztlicher Leichenschau begnügt man sich in der Regel mit einer einmaligen, bei nicht ärztlicher, durch besonders ausgebildete Laien ausgeführter Leichenschau wird sie in einigen Ländern zweimal vorgenommen, was uns richtig zu sein scheint. Wir können uns dem Verf. nur anschließen, der als dringend erforderlich bezeichnet die reichsgesetzlich geregelte allgemeine Einführung der obligatorischen ärztlichen Leichenschau. Bei der in den meisten Ländern — vielleicht nicht überall auf dem flachen Lande — ziemlich starken Besetzung mit Ärzten wird sich das heutzutage wohl erreichen lassen.

*H. Merkel (München).*

**Eisenmenger, R.: Künstlicher Blutkreislauf in der Leiche.** Wien. klin. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 23, S. 755—756. 1927.

Verf. hat eine elektrisch betriebene Vorrichtung gebaut, welche durch abwechselnde Wirkung von Saug- und Druckluft die Bauchdecken hebt und senkt und dadurch eine kräftige künstliche Atmung betätigt. Dabei gelingt es, Flüssigkeit aus einer Spülkanne rascher in eine Blutader einströmen zu machen. Aus dem Umstande, daß bald nach dem Beginn eines solchen Versuches das periphere Ende der eröffneten Blutader zu bluten beginnt, andere Wunden wieder bluten, das Gesicht sich dunkler färbt und die Blutadern am Halse vortreten, folgert Verf., daß diese Art der künstlichen Atmung einen kräftigen Blutstrom in seiner natürlichen Richtung auslöst, daher jeder anderen Art der künstlichen Atmung überlegen ist.

*Meixner (Innsbruck).*

**Del Greco, Francesco: Ciarlatanerie ed occultismo nella medicina e nella vita.** (Scharlatanerie und Okkultismus in der Medizin und im Leben.) Manicomio Jg. 39, Nr. 1, S. 1—21. 1926.

Viele Lehren und Richtungen, die sich mit dem innerlichen Leben und mit der Tiefen-Persönlichkeit befassen, wie die Theosophie und der Spiritismus, sind mit Unrecht als okkulte Wissenschaften bezeichnet; denn sie verdienen nicht den Namen Wissenschaft. Pädagogen, Psychologen, Ärzte sollten vor diesen ungesunden Richtungen besonders nervöse und jugendliche Individuen warnen. Schon das Lesen der Bücher über Okkultismus und Mystizismus führt die Jugendlichen von den normalen Be-

schäftigungen und Denkungsweisen ab. Mystizismus und Wissenschaft haben nichts miteinander gemein. Die Aktivität und Fruchtbarkeit vieler bedeutender Männer wie z. B. Pasteurs und Edisons haben mit Mystizismus nichts zu tun, ebensowenig wie ein gläubiges, frommes aufopferndes religiöses hilfreiches Leben. Mystizismus kann zu abnormen Handlungen, zu grausamen, impulsiven, bizarren, erotischen Verirrungen führen und die gesunde Entwicklung hemmen; er ist ein Feind logischer objektiver, realer Betrachtungsweise. Es gibt einen religiösen, ästhetischen, philosophischen, moralischen und immoralischen Mystizismus. Der Spiritismus gründet sich oft auf Erscheinungen lügenhafter und schwer psychopathischer Individuen. — Die Scharlatanerie auf verschiedenen Gebieten (auch in der Medizin), die Magie, der Spiritismus und Okkultismus werden einzeln behandelt und auf ihre Grundursachen zurückgeführt.

S. Kalischer (Schlachtensee).

**Marbe, Karl: Eignungsprüfungen für Rutengänger.** (*Psychol. Inst., Univ. Würzburg.*) Psychotechn. Zeitschr. Jg. 2, H. 4, S. 97—106. 1927.

Verf., Vorstand des im Titel genannten psychologischen Instituts, behandelt in längeren Ausführungen das Problem der Wünschelrute. Ein Beweis, daß man mittels der Rute verborgene Stoffe finden könne, ist bis heute nicht erbracht worden. „Dieser Beweis würde dann vorliegen, wenn ein physikalischer Zusammenhang zwischen den gesuchten Stoffen und den Rutenbewegungen nachgewiesen wäre.“ Die psychologische Theorie der Wünschelrute hält zwei Voraussetzungen für unerlässlich, wenn die Rute einen Stoff durch Ausschlagen richtig anzeigen soll: „Erstens muß der Rutengänger richtig vermuten, wo sich der Stoff befindet; zweitens muß er das feste Vertrauen zu der Rute haben, daß sie ausschlägt, wenn er in die Nähe des Stoffes gelangt. Wenn er dann auf Grund dieser Umstände den Ausschlag erwartet, so führt er im Sinne der psychologischen Theorie unwillkürliche, von ihm unbemerkte Bewegungen aus, die den Ausschlag hervorbringen.“ Ob neben den psychologischen Gesichtspunkten auch physikalische bei Erfolgen der Rutengänger eine Rolle spielen, ist heute noch nicht sicher. Verf. verlangt, da das Rutenproblem an erster Stelle ein wirtschaftliches ist, obligatorische Prüfungen der Rutengänger auf ihre Eignung. Wer gegen Geld oder andere Entlohnung nutzbare Stoffe in der Erde sucht, müßte zuvor zeigen, „daß er nicht nur im Sinne der psychologischen Theorie, sondern vielmehr völlig unwissentlich Wasser oder Metalle und anderes findet. Er müßte also auf seine Fähigkeiten erfolgreich geprüft sein. Wer ohne diesen Befähigungsnachweis die Rutengängerei gegen Entgelt ausführt, wäre zu bestrafen, und jeder ungeprüfte Rutengänger wäre für die von ihm veranlaßten erfolglosen Bohrungen zivilrechtlich haftbar zu machen.“ Wie sich Verf. solche Prüfungen denkt (im offenen Gelände oder in besonderen Gebäuden), gibt er genauer an.

Carl Günther (Berlin).

● **Klopstock, M., und A. Kowarski: Praktikum der klinischen, chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden.** 8., umgearb. u. verm. Aufl. Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1927. XI, 509 S., 25 Taf. u. 48 Abb. geb. RM. 13.50.

Die neue Auflage des bekannten Praktikums bringt eine genaue und klare Anleitung zur Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration. Eine größere Umarbeitung hat das Kapitel über Blutuntersuchungen gefunden. Wir finden Angaben über Bestimmung der Senkungsgeschwindigkeit, der Blutungszeit. Besonders klar sind die Anleitungen zu den chemischen Blutanalysen. Außer Bestimmung von Reststickstoff, Gesamtstickstoff, Harnstoff, Zucker und Kochsalz finden wir auch noch Anleitungen zur Bestimmung von Harnsäure, Bilirubin, Cholesterin, Indican, Kretin, Kreatinin und Calcium. Neu ist die Blutgruppenbestimmung. Die Anleitung zur Bestimmung der leukocyitären Formel ist eingehender als früher. Viele kleinere Zusätze finden sich auch im serologischen Teil. Die Ausstattung des Buches ist sehr gut. Man kann diesem klar geschriebenen und zuverlässigen Führer nur weitgehendste Verbreitung wünschen.

G. Michelsson (Narva).

● **Handovsky, Hans: Grundbegriffe der Kolloidchemie und ihrer Anwendung in Biologie und Medizin.** Einführende Vorlesungen. 2. durchges. Aufl. Berlin: Julius Springer 1927. 64 S. u. 6 Abb. RM. 2.70.

Das Büchlein ist, wie der Titel und das Vorwort sagt, für Mediziner und Biologen ge-

schrieben, denen es den Weg in das Gebiet der physikalisch-chemischen Biologie erleichtern soll. In übersichtlicher und auch für den Nichtfachmann leicht faßlicher Form wird zunächst das Wesen der Kolloide überhaupt, ihre physikalischen und chemischen Eigenschaften besprochen und im Anschlusse daran werden die lebenden Kolloide und die kolloidchemische Auswertung biologischer Erscheinungen behandelt. Das Büchlein erfüllt seinen Zweck, den Laien oder Anfänger in diesem heute immer mehr an Bedeutung gewinnenden Zweig der Chemie als Einführung zu dienen, vollauf. Die Beliebtheit, deren es sich erfreut, zeigt, daß es innerhalb 4 Jahren bereits in der 2. Auflage erscheinen konnte. Marx (Prag).

● **Kirstein, Fritz: Leitfaden der Desinfektion für Desinfektoren und Krankenpflegepersonen in Frage und Antwort. 12., verb. Aufl. Berlin: Julius Springer 1927. VI, 108 S. geb. RM. 4.20.**

Das Büchlein ist, wie das Vorwort zu der vorliegenden 12. Auflage sagt, in erster Linie für Desinfektoren und Krankenpflegepersonen geschrieben. Daher wurde auf eine möglichst leicht faßliche Form besonderer Bedacht genommen. Dies ist dem Autor durch Behandlung des ganzen Stoffes in einem Frage- und Antwortsystem glänzend gelungen. In den 767 Fragen und Antworten wird alles Wissenswerte über das Wesen und die Durchführung der Desinfektion durchbesprochen. Das Buch beginnt mit einer Einführung über das Wesen der Bakterien und die Entstehung von Infektionskrankheiten, die Infektionsquellen und -wege im allgemeinen und bei den einzelnen Krankheiten, sowie die prophylaktischen Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung. Im speziellen Teile werden sodann die einzelnen Desinfektionsmittel und die Methoden ihrer Anwendung bei den verschiedensten Gelegenheiten besprochen. Der Anhang enthält eine Anleitung zur Entnahme und Versendung von Untersuchungsmaterial und in einem weiteren Kapitel eine übersichtliche Zusammenstellung der Vornahme der Desinfektion, die in doppelter Ausführung dem Buche außerdem noch in Form loser Blätter beigegeben ist, was offenbar dem Zwecke dient, als Vademekum dem Desinfektor jederzeit zur Hand zu sein. Das Büchlein kann auch Ärzten wärmstens empfohlen werden. Marx (Prag).

### Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

● **Adler, Alfred: Studie über Minderwertigkeit von Organen. München: J. F. Bergmann 1927. 92 S. RM. 4.20.**

Der Autor geht von der Erwägung aus, daß vielen Erkrankungen der Niere eine Minderwertigkeit des harnabsondernden Apparates zugrunde liege, und findet, daß auch für andere Krankheiten die sonst unzureichende Ätiologie durch die Annahme einer Minderwertigkeit einzelner Organe zu ergänzen sei. Die Minderwertigkeit muß nicht eine absolute, sie kann eine relative sein, eine morphologische oder funktionelle. Die erstere drückt sich in mangelhafter Ausbildung eines Organes aus und kann schon im Fetus in Erscheinung treten. Die funktionelle Minderwertigkeit besteht darin, daß das Organ eine nicht genügende Arbeitsleistung oder eine mangelhafte Arbeitsweise zeigt. Je minderwertiger ein Organ ist, umso eher reagiert es auf Reize allerlei Art mit Wachstumsüberschuß. Von da zur Annahme einer Entstehung von Neoplasmen ist in solchen Organen nur ein Schritt. Häufig finden sich an den Organen einer Person mehrfache Minderwertigkeiten, wobei nicht selten Hirn und Rückenmark kompensatorisch eintreten und den vorhandenen Defekt decken. Beim Vorhandensein eines oder mehrerer minderwertiger Organe spielt die Heredität eine große Rolle. Die Minderwertigkeit eines Organes kann sich in der Nachkommenschaft an den verschiedensten Stellen des Organismus manifestieren. Man findet Stigmen an verschiedenen Organen, z. B. im Mund bei Minderwertigkeit des Atmungsapparates, und sowohl der Mangel als die Verstärkung mancher Reflexe sind als ein Attribut einer Organminderwertigkeit aufzufassen. Dies trifft namentlich für die Schleimhautreflexe zu. Organminderwertigkeit besteht nicht ohne begleitende Minderwertigkeit des Sexualapparates. An der Kompensation der minderwertigen Organe nimmt das Zentralnervensystem den Hauptanteil. Bei dieser Kompensation wird eine Mehrarbeit geleistet, wobei, wenn die zugehörigen Anteile des Nervensystemes insuffizient sind, die Einfügung des Organes in die Umgebung und in die verlangte Kultur versagt. Alle Erscheinungen der Neurosen und Psychoneurosen sind zurückzuführen auf Organminderwertigkeit und auf die nicht völlig gelungene zentrale Kompensation. Das minderwertige Organ trägt in Morphologie und Funktion den embryonalen Charakter an sich, wobei primärer Mangel an Bildungsmaterial, Störung in der embryonalen Entwicklung eine Rolle spielen. Der Kampf mit den feindlichen Einflüssen des Lebens bedroht den Träger minderwertiger Organe häufig mit Krankheit und Tod, sofern nicht eine Kompensation eintritt. In einem Anhang werden die Minderwertigkeit des Harnapparates, die Schicksale der Bettnässer und ihr Stammbaum erörtert. Haberda (Wien).

**Engelhard, J. L. B.: Thrombose und Embolie. Nederlandsch tijdschr. v. verlosk. en gynaecol. Jg. 32, H. 3, S. 218—248. 1927. (Holländisch.)**

An der Hand von 22 selbstbeobachteten Fällen, deren Krankheitsverlauf und Temperaturkurven ausführlich wiedergegeben sind, betont Verf., daß es sowohl klinisch