

gangen werden. De lege lata ist es nicht angängig, die gesetzliche Forderung der Unmöglichkeit im Sinne irgendeiner Wahrscheinlichkeit abzuschwächen. Es wird Aufgabe der Naturwissenschaft sein, möglichst zahlreiche und exakte Beobachtungen an extremen Fällen anzustellen, um die Grenze des tatsächlich einmal schon Dagewesenen festzustellen. Über diese wissenschaftliche Kasuistik wird sich der Richter auf dem laufenden zu halten haben. Die Tätigkeit des Gutachters soll sich hiernach künftig erübrigen. Nur in einigen Fällen bleibt die Aussage über den Grad der Wahrscheinlichkeit von Belang, wenn es sich darum handelt, Behauptungen zu ergänzen oder Schlüsse auf die Glaubwürdigkeit zu ziehen. *O. Schmidt* (Breslau).

Römer: Ist eine Vererblichkeit der Tastlinien bei Mehrlingen feststellbar? Kriminal. Mh. 3, 4—6 (1929).

Zur Prüfung der Frage, ob die Papillarlinien bei Mehrlingen übereinstimmen, hat die Kriminaldirektion Elberfeld Mehrlinge der verschiedenen Altersgruppen geprüft, wobei auf die Ähnlichkeit geachtet und Zwillinge verschiedenen Geschlechts ausgeschlossen wurden; bei Drillingen wurde eine Ausnahme gemacht. Es ergab sich, daß auch bei Mehrlingen, die sich äußerlich wie zwei Wassertropfen gleichen, von einer Übereinstimmung der Tastlinien auch nicht im entferntesten gesprochen werden kann. Allerdings findet man oft eine weitgehende Ähnlichkeit der Linienmuster, besonders bei den Drillingen, das kommt aber auch bei nichtverwandten Personen vor. Dagegen finden sich in den sog. anatomischen Merkmalen, wie Länge, Zahl und Lage der Linien, Lage und Form der Delten, Unterbrechungen, Gabelungen, Verschmelzungen der Linien, Inseln, Brücken, Lücken Unterschiede, die bei fachmännischer Prüfung leicht nachzuweisen sind, so daß also Tatortspuren eines Mehrlings nicht zu Irrtümern führen können. Weiter wurde gefunden, daß die Linienmuster aller 10 Finger zusammengekommen auch bei den äußerlich ähnlichsten Mehrlingsgruppen immer und meist recht erheblich voneinander abweichen. *Leonhard Leven* (Elberfeld).

Die Fingerabdrücke von Vierlingen. Kriminal. Mh. 3, 38 (1929).

Roemer hatte in den Kriminal. Mh. das Thema von der Vererbung der Tastlinien bei Mehrlingen behandelt und eine solche abgelehnt. Die vorliegende Mitteilung, die einen Fall von Vierlingen betrifft, bei denen die Fingerabdrücke, soweit man die Leisten erkennen konnte, vollkommen verschieden waren und in dem sich keine Vererbung nachweisen ließ, soll einen neuen Beitrag zu der Vererbungsfrage im Sinne Roemers geben. (Zur Klarstellung der Sachlage erscheint es dem Ref. erforderlich, auch hier, wie er es schon gelegentlich des Referates über die Roemersche Arbeit getan hat, darauf hinzuweisen, daß er die Vererbung der Papillarmuster auf Grund von Zwillingsuntersuchungen nachgewiesen und daß dann später Hans Grüneberg im einzelnen die idiosyncratische Bedingtheit des Mustertyps, der Musterrichtung und der Leistenzahl, des quantitativen Wertes, mit Hilfe biometrischer Methodik festgestellt hat; lediglich die sog. „minutiae“ — Anastomosen, blinde Endigungen, Gabelungen ... — betrachtet Grüneberg als paratypisch bedingt. Eine Vererbung des Reliefliniensystems in Bausch und Bogen abzulehnen, ist demnach nicht angängig.)

Leonhard Leven (Elberfeld).

Kunstfehler, Ärzterecht.

Syller, R.: Thrombosen und Thrombosebereitschaft nach Operationen. (*Chir. Abt., Städt. Krankenh., Nürnberg.*) Bruns' Beitr. 145, 322—341 (1928).

Eine Zusammenstellung des Autors aus dem Material der Chirurgischen Abteilung des Nürnberger Krankenhauses ergab, wie auch anderwärts berichtet wurde, eine Zunahme von Thrombosen und Thrombenembolien.

Auf 955 mit Tod abgegangene und der Sektion unterzogene chirurgische Fälle, welche von 1923 bis 1927 zur Beobachtung gelangten, trafen im ganzen 35 autopsisch nachgewiesene Lungenembolien, von denen 27 tödlich waren. Es zeigt sich aus der Tabelle, daß eine deutliche Zunahme in den genannten Jahren festzustellen ist. Ferner ergibt die Zusammenstellung die schon längst bekannte Tatsache der Bevorzugung der Thrombosen der Bein- und Beckenvenen sowie die Bevorzugung eines höheren Alters und endlich zeigt sich auch ganz besonders, daß die Wundinfektion für das Zustandekommen der lokalen postoperativen Thrombosen von besonderer Bedeutung ist. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß bei Infektion auch postoperative Fernthrombosen wieder mit Vorliebe in den Bein- und Beckenvenen ihren Sitz haben.

Verf. hat an der Hand der Heusserschen Methode die Neigung der Blutplättchen zur Konglutination zu bestimmen versucht, um einen Schluß auf die Thrombosebereitschaft des Blutes zu ziehen; er hat bei 50 Patienten der Chirurgischen Abteilung vor der Operation und etappenweise an verschiedenen Tagen nach der Operation die Neigung der Plättchen zu gegenseitiger Verklebung zusammen mit der Blutsenkungsgeschwindigkeit untersucht und glaubt daraus eine weitgehende Übereinstimmung der erhöhten Plättchenkonglutination mit der postoperativen Thrombosebereitschaft feststellen zu können. Diese durch Zellzerfall entstandenen postoperativen Blutveränderungen stellen offenbar den wichtigsten Faktor für die Bildung der chirurgischen Thrombosen dar.

H. Merkel (München).

Pinéas: Exitus nach Zisternenpunktion. (*Nervenabt., Städt. Hufeland-Hosp., Berlin.*) *Nervenarzt* 2, 25—28 (1929).

Bei einem 56jährigen Patienten, der mit schweren psychischen Symptomen erkrankt war, wurde zur Klärung der Diagnose eine Zisternenpunktion vorgenommen. In einer Tiefe von 6 cm kam kein Liquor, daher Herausziehen der Nadel und erneutes Eingehen 1 cm unterhalb der ersten Einstichstelle. Als hier in etwa 5 cm Tiefe kein Liquor abfließt, wird die Nadel weiter vorsichtig vorgeschoben. In diesem Augenblick kollabiert Patient, nach einer halben Stunde kam es auf Lobelin und Kardiazol zu einer geringen Besserung der Cheyne-Stokesschen Atmung. 9 Stunden später Exitus. Die Autopsie zeigte schwerste chronische Veränderungen der Medulla oblongata und des ganzen Rückenmarks offenbar tabischer Art. Ferner waren die Blutgefäße des Gesamtrückenmarks, der Medulla oblongata und des Hirnstranges chronisch verändert. Die Gefäßschädigung hatte im hinteren Bereich des Plexus chorioideus ventr. IV zu einer schwartigen Verlötung des Kleinhirns mit der dorsalen Partie der Medulla oblongata geführt, so daß hier die Zisterne nur unvollkommen vorhanden war. Zu diesen chronischen Befunden kamen offenbar durch die Zisternenpunktion gesetzte, massenhafte, mehr oder weniger ausgedehnte Blutungen in dem ganzen untersuchten Gewebe.

Nach Ansicht von Pinéas hat das chronisch geschädigte Gefäßsystem mit seinen verdickten starren Wänden einer durch das Eindringen der Nadel gesetzten plötzlichen Blutdruckerhöhung (in der Art einer Shockwirkung) nicht den notwendigen Widerstand leisten können und ist gleichsam an allen Ecken und Enden geplatzt. Es ist möglich, daß die Punktionsnadel in das nervöse Gewebe und in den kavernös umgewandelten Plexus chorioideus geraten ist. Der Kollaps und der Exitus sind nicht durch die direkte Verletzung der lebenswichtigen Kerne in der Rautengrube zu erklären, sondern mehr durch die Tamponade der Fossa rhomboidea. Trotz dieses Zwischenfalls ist es berechtigt, die Zisternenpunktion nach der Methode Eskuchens auch weiter zu üben, selbstredend mit genauester Technik.

Memmesheimer (Tübingen).

Moreau, J.: Les accidents graves de la rachianesthésie. (Schwere Unglücksfälle bei der Lumbalanästhesie.) *Arch. franco-belges Chir.* 30, 796—805 (1927).

Unter 1000 Lumbalanästhesien 4 Unglücksfälle. 1mal Lähmung des Oculomotorius während einer Dauer von 3 Monaten. Im zweiten Falle Urinretention, die Katheterismus während eines Jahres erforderte, und 2mal Exitus nach 32 Stunden bzw. 8 Tagen. Ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichten. *Walter Lehmann* (Frankfurt a. M.).

Mayer, Karl: Pilocarpinschädigungen bei postpartaler und postoperativer Harnverhaltung. (*Geburtsh.-Gynäkol. Abt., Krankenh. Moabit, Berlin.*) *Zbl. Gynäk.* 1929, 354—357.

Zur Umgehung des mitunter nötigen Katheterismus wegen postpartaler und postoperativer Harnverhaltung hat Lambert Pilocarpin empfohlen. Verf. wandte es ebenfalls an, da sich aber in 3 durch Auszug aus den Krankengeschichten erläuterten Fällen schwerste Nebenwirkungen allerbedrohlichster Art einstellten, warnt Verf. dringendst vor Anwendung der Pilocarpininjektionen.

Binz (München).

Vogt, E.: Bemerkungen zu der Arbeit von H. Edelmann: „Cylotropintod“ (*Zbl. Chir.* 1928, Nr. 20.) (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) *Zbl. Chir.* 1928, 2070—2072.

Der letale Ausgang kann nicht direkt in Zusammenhang gebracht werden mit der intravenösen Cylotropininjektion. Als Todesursache kommen in Frage die Lungen-Luftembolie, der Status thymolymphaticus, der Status hypoplasticus und ferner Hämolyse post injectionem. (Vgl. diese Z. 13, 92.)

Hook (Erfurt).

Nölle, Hugo: Zur Arbeit von Edelmann: „Cylotropintod“, Zbl. Chir. 1928, 1230 und Vogt, Zbl. Chir. 1928, 2070 und Schreyer: „Urotropinschädigung“, Dtsch. med. Wschr. 1928, 1036. (*Chir.-Gyn. Abt., Städt. Krankenh., Bielefeld.*) Zbl. Chir. 1928, 2577—2579.

Vgl. vorsteh. Ref. Die Alleinschuld des Cylotropins an dem Exitus des Falles von Edelmann ist nicht bewiesen. Die individuelle Toleranz gegenüber Urotropin bzw. Cylotropin ist sehr verschieden. Man soll deshalb mit kleinen Dosen anfangen und langsam bis auf 10 cem steigern. Verf. erwähnt einen Fall von Gangrän der Blasen Schleimhaut bei einer 61jähr. Pat. nach intravenöser Injektion von 10 cem Cylotropin.

Loewenthal (Berlin-Schöneberg).°°

Edelmann, H.: Nachtrag zur Arbeit „Cylotropintod“ im Zbl. Chir. 1928, Nr 20 und 33. (*Chir. Abt., Städt. Krankenh., Erfurt.*) Zbl. Chir. 1928, 2576—2577.

Zu dem bereits berichteten Todesfall eines 7jähr. Knaben nach intravenöser Cylotropininjektion (vgl. diese Z. 13, 92) fügt Edelmann noch hinzu, daß Thymustod und Lungenembolie ausgeschlossen werden können

Loewenthal (Berlin-Schöneberg).°°

Stolze, Martin: Das Problem der Tetanusprophylaxe vom klinischen und juristischen Standpunkte. (*Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.*) Klin. Wschr. 1929 I, 636—641.

Als wichtige Quellen der Infektion kommen die Ackererde, die Exkremente der größeren Haustiere und der menschliche Kot in Betracht. Von allen Berufen sind also der Landarbeiter, Kutscher, Viehwärter usw. am gefährdetsten. An erster Stelle steht die Wundprophylaxe, erst an zweiter kommt die Frage der Tetanusprophylaxe. Von 1919—1928 kamen in der Frankfurter Klinik 10800 Unfallverletzungen in Behandlung, von denen etwa 60% Industrieverletzungen, 10% Landverletzungen und der Rest Haushaltverletzungen und ähnliche sind. Unter Berücksichtigung der möglichen Infektionsgefahr wurden von den Industriefällen nur 68% seroprophylaktisch behandelt und nur 10% der kleinen Holzsplitterverletzungen, dabei hat sich niemals ein Fehlschlag ergeben.

Die bisherige juristische Auffassung, nach der jeder Arzt fahrlässig handelt, der eine Tetanusinjektion bei einer Verletzung unterläßt, muß auf Grund der Frankfurter Erfahrungen revidiert werden; wird die Wundprophylaxe sachgemäß gehandhabt, dann sind nur die „verdächtigen“ Fälle seroprophylaktisch zu behandeln.

Giese (Jena).

Holbøll, S. A.: Bemerkungen anläßlich eines Vergiftungsfalles durch einen Kurpfuscher. (*Bispebjerg Hosp., København.*) Ugeskr. Laeg. 1929 I, 222—225 (Dänisch).

Mitteilung einer Krankengeschichte, nach der eine an rheumatischen Beschwerden leidende Frau von einem Kurpfuscher eine aus Deutschland bezogene Quecksilbersalbe in Mengen von im ganzen 800 g (in den ersten Tagen 200 g) verordnet bekam und verbrauchte, so daß sich eine schwere Quecksilbervergiftung entwickeln konnte. Allgemeine Betrachtungen über das Kurpfuscherunwesen und Vorschlag, daß die Ärzte eifrig an der Belehrung des Publikums, namentlich in der Erklärung der „Wunderkuren“, mitwirken sollen.

H. Scholz (Königsberg i. Pr.).

Weyert: Privatärztliche Zeugnisse. Ärztl. Sachverst.ztg 35, 97—102 (1929).

Verf., der beamteter Arzt im Versorgungswesen ist, hat sich aus den ihm zugänglichen Akten einige privatärztliche Zeugnisse abgeschrieben und hat dabei den Eindruck gewonnen, daß sich der behandelnde Arzt vielfach förmlich als Anwalt seiner Patienten fühlt und den Wünschen und Bestrebungen nicht den Widerstand entgegensetzt, den er auf Grund seiner ärztlichen Überzeugung und nach logisch-kritischer Würdigung des Falles aufwenden müßte. Hierdurch wird meist der Kranke psychisch geschädigt und Begehrungsvorstellungen bei ihm bestärkt oder gezüchtet. Die Ärzte haben aber die Pflicht, dazu beizutragen, daß die Arbeitnehmer sich in erster Linie auf ihre eigene Kraft besinnen und nicht schwächlich versuchen, die Sorge um die Existenz auf den Versicherungsträger, Staat, Berufsgenossenschaften usw. abzuwälzen. Wünschenswert wäre es, wenn das ärztliche Zeugnis dem Klienten nicht ausgehändigt, sondern der begutachtenden Behörde übersandt oder mindestens in einem verschlossenen Briefumschlag mitgegeben würde. Neben zu großer Bereitwilligkeit zur Zeugnisausstellung wird oft nicht genügende Vorsicht beobachtet, indem geäußert wird, es könnten Folgen nachkommen, der Unfall solle nicht zu leicht genommen

werden usw. Es wird auch gesagt, die bestehenden Beschwerden seien Folge oder unbedingt Folge des Rentenleidens bzw. des Unfalls; recht oft geht der praktische Arzt von der vorgefaßten Meinung aus, der vom Kranken behauptete schädigende Faktor (Krieg, Unfall) müsse eine Gesundheitsbeschädigung zurückgelassen haben, meist wohl mit dem Gedanken im Unterbewußtsein, er müsse dem Zeugnisbegehrenden helfen. Besonders häufig sind in den Zeugnissen Denkfehler, sei es aus Mangel an logischer Schlußfolgerung, sei es aus nicht genügender Beachtung der wissenschaftlich anerkannten Erfahrungstatsachen, zu finden. Wollte man sich alle abwegigen Schlußfolgerungen zu eigen machen, dann würde die Frage der Folgekrankheiten von DB-Leiden ins Uferlose gehen und völlig den Boden strenger Wissenschaftlichkeit verlassen. Verf. bringt eine Reihe von Beispielen für seine Beanstandungen. In dem Zeugnis eines Arztes wurde u. a. gesagt, das siderische Pendel habe auf beiden Hemisphären keinen Ausschlag gegeben, ebenso habe dieser in der Mittellinie des Kopfes, in der Hinterhauptgegend und bis in den 5. bis 6. Brustwirbel gefehlt. Es sei somit ein besonderer Tiefstand bezüglich der Großhirnfunktionen festzustellen, die mit der Erschütterung des Körpers infolge des Unfalles zusammenhänge. Ein Zeugnis sei hier wörtlich wiedergegeben, es lautete: „Hiermit bescheinige ich, daß sich Herr H. seit langer Zeit in meiner Behandlung wegen Lungenbruchs infolge einer Kriegsverletzung befindet. Das Leiden hat sich in letzter Zeit verschlimmert, der Bruch ist stärker herausgetreten und verursacht große Schmerzen. Dem Patienten H. hilft bei Schmerzanfällen nur Wärme. Dabei hat sich herausgestellt, daß Herr H. die größte Erleichterung und schnellste Linderung verspürt, wenn er sich seinen kleinen Hund auf die Bruststelle legt. Er kann daher den Hund nicht mehr entbehren, der im Interesse seines Leidens unbedingt erforderlich ist!“

Ziemke (Kiel).

Braun, Ludwig: Euthanasie. Wien. med. Wschr. 1929 I, 171—173 u. 208—214.

Als Euthanasie im engsten Sinne bezeichnet B. den durch Medikamente bewirkten schmerzlosen Tod eines Sterbenden, einen Zustand, in dem es sich nicht um eine Lebensverkürzung handelt, als Euthanasie im engeren Sinne das Recht, Menschen, die an einer unheilbaren, tödlichen und qualvollen Krankheit leiden und einen rechtsgültigen Wunsch äußern, einen schmerzlosen Tod zu gewähren, als Euthanasie im weiteren Sinne die Beseitigung von „physisch“ unwerthem Leben (Geistestoten, Mißgeburten), die weder einen subjektiven noch objektiven Lebens- und Rechtswert besitzen. Weiter geht B. auf die Stellungnahme verschiedener Länder zu diesem Problem ein, führt eine Reihe von z. T. gerichtlich behandelten Euthanasiefällen an, in denen das Mitleid mit den leidenden Unrettbaren bestimmend war, hebt hervor, daß das geltende Recht mit dem richtigen Recht in schärfstem Widerspruch steht, und kommt unter Hinweis auf Ausführungen der Strafrechtslehrer Binding, Köhler und anderer Autoren zu dem Schluß, daß die Euthanasie eine Leidverringerung für Lebende und daher ärztliche Pflicht sei.

Klieneberger (Königsberg in Pr.).

Thoma, Alfred: Die Einwilligung zu Operationen an Minderjährigen. Zbl. Jugendrecht 20, 295—297 (1929).

Nur der gesetzliche Vertreter darf die Einwilligung zu einem operativen Eingriff an dem Minderjährigen geben. Der unehelichen Mutter, der Mutter des ehelichen Kindes, die sich wieder verheiratet hat, der geschiedenen Mutter steht wohl die Sorge für die Person, aber nicht die Vertretung des Kindes in persönlichen Angelegenheiten zu. Auch dem Erzieher des Fürsorgezöglings steht nur die Sorge für Unterhalt, Erziehung und Beaufsichtigung zu, nicht aber die gesetzliche Vertretung in der Sorge für Person und Vermögen. Der Arzt soll aber trotzdem möglichst an dem Einverständnis der Sorgeberechtigten nicht vorübergehen, also z. B. ein Kind nicht ohne Einverständnis der leiblichen Mutter operieren. Verweigert der Sorgeberechtigte schuldhaft sein Einverständnis, so kann das Vormundschaftsgericht die Einwilligung in die Operation erteilen. Bei Gefahr im Verzug kann der Arzt auch ohne Einwilligung des gesetzlichen Vertreters handeln auf Grund der Bestimmungen über Geschäftsführung ohne Auftrag. *Giese.*

Carnett, John Berton: The legal aspects of the patient's consent to operation. (Die gesetzlichen Richtlinien für die Operationserlaubnis des Patienten.) *Med. J. a. Rec.* 129, 361—364 (1929).

Einleitend bemerkt der Votr., daß keine speziellen Bestimmungen im englischen Gesetze enthalten sind. Die Bestimmungen haben sich vielmehr aus der Praxis heraus entwickelt; sie gleichen in ihren Grundzügen den gesetzlich festgelegten Regeln anderer Staaten. Das ungeschriebene Gesetz, das Geltung hat, fordert, daß der Arzt vor der Vornahme einer Operation schriftlich oder mündlich die Zustimmung zur Operation erhalten habe. Der Votr. betont, daß es besonders wichtig sei, wenn möglich, eine schriftliche Zustimmung zu erhalten. Er führt des weiteren aus, in welcher Art eine solche schriftliche Zustimmung abgefaßt sein soll. Einerseits soll klar und deutlich zum Ausdruck kommen, daß die Erlaubnis zur Vornahme einer Operation tatsächlich vorliegt und andererseits soll vermieden sein, daß etwa ein überängstlicher Patient vor dem Wortlaut der Operationserlaubnis zurückschrecke. Unbedingt nötig ist es, daß die schriftlichen Zustimmungen entsprechend verwahrt werden. Für den Betrieb in Krankenhäusern macht der Votr. den Vorschlag, entweder im Krankenjournal oder auf der Narkosekarte die Erlaubnis zu vermerken. Bei unmündigen Patienten muß die Zustimmung von dem gesetzlichen Vertreter erteilt werden. Ausgenommen von einer speziellen Zustimmung sind die Fälle lebensrettender Operationen. Zum Schlusse wird darauf verwiesen, daß bei einer versäumten Operationserlaubnis eine Klage gegen den behandelnden Arzt erhoben werden kann. Ärzte in Krankenhäusern befinden sich in einer günstigeren Lage, da die Leitung solcher Anstalten die Haftung übernimmt, während frei praktizierende Ärzte in eine viel mißlichere Lage geraten könnten. Der Votr. fordert in dieser Hinsicht einen besseren Schutz für operativ tätige Ärzte.

Schwarzacher (Heidelberg).

Schläger: Die Aufklärungspflicht des Arztes in der Rechtsprechung. *Med. Klin.* 1928 II, 1691.

Eine Verpflichtung des Arztes seinen Patienten auf alle Folgen einer Operation (eines ärztlichen Eingriffs) aufmerksam zu machen, besteht nach der R.G.E (R.G.E.L. 78, 433) nicht. Selbst bei dem Verlangen des Patienten nach weitgehender Aufklärung hat der Arzt nur nötig, die häufigen Gefahren und gewöhnlichen Folgen der Operation darzulegen. Eine zu starke Erregung von Angst könnte dem Verlauf der Operation schaden. *Ham.O.L.G.* 3 II, 1928. Ref. V 649/27. Der Arzt ist unbeschränkt bei der Anordnung der Heilmethoden. Behandelt er aber nach dem sog. Naturheilverfahren, so darf er an der herrschenden, im wesentlichen bewährten Lehre nicht vorübergehen. Bleibt er bei seiner Behandlungsmethode, obwohl er bei pflichtgemäßer Berücksichtigung der Regeln der ärztlichen Wissenschaft ihre Untauglichkeit oder gar Schädlichkeit hätte erkennen müssen, so handelt er vertragswidrig. *Hann. O.L.G.* 3 IV, 1928, Ref. VI 51/28.

Heller (Charlottenburg).

Schorn: Die Blutprobenentnahme in strafprozessualer und strafrechtlicher Bedeutung. *Z. Med.beamte* 42, 179—188 (1929).

Die zwangsweise Entnahme ist de lege lata verboten und strafbar. Im Strafverfahren hat der Angeklagte nur seinen Körper zur Besichtigung (Augenscheineinnahme) zur Verfügung zu stellen, diese ist aber einem Eingriff in seine Integrität nicht gleichzustellen. Beim Zeugen scheitert die zwangsweise Entnahme schon daran, weil sein Körper als der einer unverdächtigen Person nicht einmal einer Untersuchung unterzogen werden kann. Bei einer Neufassung der Zivil- und Strafprozeßordnung kann deshalb an eine gesetzliche Bestimmung über die Blutentnahme gedacht werden. Die Einwilligung schließt die Strafbarkeit dieser Körperverletzung aus, da die Tat nicht gegen die gute Sitte verstößt.

Giese (Jena).

Hanauer: Ärztliches Berufsgeheimnis, Geschlechtskrankheiten und Krankenkassen. *Mtschr. Harnkrkh.* 2, 267—274 (1929).

Verf. setzt die rechtlichen Gründe auseinander, aus denen die Ärzte verpflichtet sind, den Krankenkassen die Geschlechtskrankheiten der Kassenmitglieder unter Vermeidung der Verschleierung der Diagnose mitzuteilen. Er glaubt, daß nur bei den Betriebs- und Innungskrankenkassen Mißstände aus dieser Lockerung des ärztlichen Berufsgeheimnisses entstanden sind. (Kleinere Ortskrankenkassen?) Die Vorschläge Giesas, die Ärzte sollten sich vertraglich das Recht zur Verschweigung der Diagnose ausbedingen, bzw. die Krankheiten mit Nummern bezeichnen, weist Verf. zurück, weil der erste Vorschlag die zweifellos vorhandene Aufgabe der Krankenkasse unmöglich mache, der zweite wenig helfe, da die Nummernbedeutung bald bekannt werden

würde. Verf. schließt, daß den Ärzten nichts anderes übrig bleibt, als sich mit der Durchbrechung des ärztlichen Berufsgeheimnisses abzufinden.

(Auf die Tatsache, daß die Krankenkassen doch nur in den Fällen der Arbeitsunfähigkeit und der Bewilligung besonderer Leistungen an der Diagnose ein berechtigtes Interesse haben, nicht aber an der klaren und deutlichen Bezeichnung der Krankheit auf dem in den Händen des Kranken bleibenden für Arbeitsfähige bestimmten Krankenschein, geht Verf. nicht ein, obwohl gerade diese Scheine zu Indiskretionen Veranlassung geben.) Heller (Charlottenburg).

Spurennachweis. Leichenerscheinungen. Technik.

Diacono, Hector: Procédé d'identification des taches de sang humain au moyen de la méthode de déviation du complément, par utilisation du sérum de cobaye antimouton. (Identifikation menschlicher Blutspuren durch Komplementablenkung unter Nutzbarmachung von mit Hammelblut vorbehandeltem Meerschweinchenserum.) (*Laborat. Régional, Sousse, Tunisie.*) Bull. Sci. pharmacol. **36**, 72—77 (1929).

Da die Präzipitinmethode häufig versagt, empfiehlt Verf. zur Identifikation menschlicher Blutspuren die Komplementablenkung, wobei er folgende Substanzen benutzt: menschliches Blutserum oder Auflösung der verdächtigen Blutspur, Kaninchenserum, mit Menschenblut vorbehandelt und inaktiviert, Meerschweinchenserum, mit Hammelblut vorbehandelt und rote Hammelblutkörperchen, die letzteren 2 Substanzen als hämolytisches System. Die Untersuchung erfolgt in 3 gleichzeitig anzustellenden Versuchen. Bei der ersten Versuchsreihe wird menschliches Blutserum in Verdünnung 1:500 mit Meerschweinchenserum 1:10 nach 1½stündigem Aufenthalt im Brutschrank mit Hammelblut vermengt. Ablesung erfolgt nach halbstündigem Aufenthalt im Brutschrank. Zur zweiten Reihe benutzt man das inaktivierte Kaninchenserum, menschliches Serum in Verdünnung 1:500, 1:1000, 1:2000, ferner Meerschweinchenserum 1:10 und nach Aufenthalt im Brutschrank Hammelblut. Ablesen wie in der ersten Reihe. Im dritten Versuche wird statt menschlichem Serum ein Extrakt der zu untersuchenden Blutspur benutzt, jedoch muß die minimale Menge 10 ccm betragen.

Schönberg (Basel).

Nicoletti, F.: Sul valore della cristallizzazione dell'emoglobina per la diagnosi specifica del sangue. (Über den Wert der Hämoglobinkrystallisation für die Diagnose der Blutart.) (*Istit. di med. leg. e d. assicurazioni soc., univ., Palermo.*) Arch. di Antrop. crimin. **48**, 705—721 (1928).

Die Verarbeitung auf Hämoglobinkrystalle geschah beim frischen und koagulierten Blut nach der Saponinmethode von Amantea oder mit Natriumfluorid und Ammoniak nach Artus und Huber; beim getrockneten und wieder in destilliertem Wasser gelösten Blut durch spontane Krystallisation. Verglichen wurden die Krystalle von Huhn, Taube, Frosch, Katze, Hund, Schwein, Pferd, Rind, Kaninchen, Meerschweinchen u. a., ferner vom erwachsenen und neugeborenen Menschen. Die Methoden sind annähernd gleichwertig. Sie versagen bei Kaninchen, Frosch, Taube und Rind. Nur Meerschweinchen, Maus, Ratte und Eichhörnchen haben so charakteristische Krystallformen, daß sie mit Sicherheit diagnostiziert bzw. vom menschlichen Hämoglobin unterschieden werden können. Bei einigen erscheint in den Krystallen immer Oxyhämoglobin (Meerschweinchen, Maus, Pferd, Kaninchen), bei anderen Hämoglobin (Katze, Mensch, Neugeborenes), bei anderen bald das eine, bald das andere (Hund, Huhn, Schwein), wie sich durch die spektroskopische Untersuchung der Krystalle ergab. Die Untersuchung im Polarisationsmikroskop ergab auch keine sicheren Unterscheidungsmerkmale. Die Krystallisationsgeschwindigkeit ist nach der Art verschieden. Eine Identifizierung des menschlichen Blutfarbstoff läßt sich gründen darauf, daß die Krystalle stets aus Hämoglobin bestehen, daß sich fast ausschließlich rectanguläre Tafeln bilden, daß bei den angegebenen Methoden die Krystallisationszeit geringer als 24 Stunden ist, daß die Krystalle nach einigen Tagen einen violetten Ton annehmen. Die Art der Krystalle bietet in der gerichtlichen Medizin kein sicheres Unterscheidungsmittel.

Fr. N. Schulz (Jena).