

(Aus dem Institut für gerichtliche Medizin und Kriminalistik der Reichsuniversität  
Straßburg i. Elsaß.)

## **Besonderheiten gerichtlich-medizinischer Aufgaben im kolonialärztlichen Dienst<sup>1</sup>.**

Von

Prof. Dr. med. **Ferdinand v. Neureiter**,

Direktor des Instituts.

Mit 3 Textabbildungen.

Wenn ich jetzt das Wort ergreife, so gilt es, Ihre Aufmerksamkeit auf ein Teilgebiet unseres Arbeitsfeldes zu lenken, das bis jetzt so gut wie unbebaut geblieben ist. Ich meine damit jene Sparte gerichtlich-medizinischen Forschens, deren Ertrag den Tropenarzt zur Bewältigung seiner Aufgaben im Rahmen der kolonialen Rechtspflege befähigen sollte. Ja, fordert denn, so höre ich fragen, die Kolonialrechtspflege vom Mediziner irgendwelche Leistungen? Bedarf sie überhaupt seiner Mitwirkung? Gewiß, die Justiz in den Kolonien hat, wie immer sie auch im einzelnen gestaltet sein mag, nicht minder als die der Heimat die tätige Beihilfe des sachverständigen Arztes nötig. Denn die satzungsgemäße Anwendung fast aller Rechtsnormen, die den Menschen in seiner körperlichen oder geistigen Verfassung zum Gegenstand haben, setzt die Aufklärung des Rechtsbeamten über die biologischen Gegebenheiten des abzuurteilenden Falles durch den ärztlichen Gutachter voraus. Aber dazu wird doch wohl die gerichtlich-medizinische Bildung genügen, über die wir bereits verfügen und die wir daher dem Kolonialarzt mitgeben können? Leider nur zum Teil! Wegen der Besonderheiten im Gesamt von Land und Leuten, von Natur und Kultur, wie sie in den Tropen herrschen, reichen unsere in der gemäßigten Zone an Menschen anderen Schlages gewonnenen Erfahrungen zur Bewältigung kolonialer gerichtsärztlicher Aufgaben bei weitem nicht aus. Ja, selbst der Wissensschatz, den die Tropenmedizin bis heute zutage schaffte, erweist sich hierfür in mancher Beziehung als unzulänglich. Es ist deshalb unsere Pflicht, für die Sammlung und Bereitstellung jener Sonderkenntnisse Sorge zu tragen, die zur Lösung forensisch-medizinischer Fragen in den Tropen gebraucht werden. An sich sind es ihrer nicht wenige. Auch lassen sie sich keineswegs alle leicht erwerben. Es bedarf darum gewiß

---

<sup>1</sup> Entwurf eines Vortrages für die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin und Kriminalistik.

noch vieler Arbeit und Mühe, ehe wir uns des Besitzes einer „kolonialen gerichtlichen Medizin“ als eines in sich geschlossenen Lehrgebäudes werden erfreuen können. Aber unser Vorsatz gilt seiner Errichtung, denn der Forderung des Tages wollen wir uns nicht entziehen, sondern vielmehr alles daran setzen, um die Zurüstung des deutschen Arztes auf die ihm bevorstehenden Aufgaben in den Kolonien auch unsererseits nach besten Kräften zu fördern.

Fürs erste kann es sich dabei allerdings nur um eine Sichtung der zu erörternden Probleme handeln. Lösungen vermag ich keine zu bieten. Auch das Weltschrifttum entbehrt ihrer, als in ihm, soweit ich blicke, die uns interessierenden Dinge bisher kaum Erwähnung fanden. Selbst *Gerin*, der sich vor mehr als einem Jahre in einem ausführlichen Kongreßberichte über die gerichtlich-medizinischen Aufgaben im Kolonialrecht Italiens verbreitete, mußte auf die Mitteilung gesicherter Forschungsergebnisse verzichten. Wir haben es eben hier, wie schon eingangs betont, mit einem noch völlig brachliegenden Teilgebiet unseres Arbeitsfeldes zu tun.

Trachten wir uns nunmehr einen Überblick über die Fragen zu verschaffen, für deren Beantwortung unser in der Heimat erworbenes Fachwissen nicht ausreicht, so ist vor allem auf das Problem der Todeszeitbestimmung (*Merkel*) zu verweisen. Bekanntlich können wir aus dem Entwicklungsgrad der Leichenveränderungen, weil diese als Naturphänomene in der Zeit ablaufen, auf die Zeitspanne, die seit dem Tode des Individuums verstrichen ist, zurückschließen, wir vermögen annähernd anzugeben, wann das Ableben erfolgte. Voraussetzung hierfür ist freilich die genaue Kenntnis der Leichenerscheinungen. Nun sind die sich im Körper nach dem Tode abspielenden Vorgänge der Art nach in den Tropen sicher nicht andere als die, welche wir in der gemäßigten Zone zu beobachten Gelegenheit haben. Aber im Tempo ihrer Ausbildung werden sich beträchtliche Abweichungen ergeben, da sich die äußeren Umstände, die ihre Entwicklung bedingen, von den unseren stark unterscheiden. Demgemäß haben wir in Erfahrung zu bringen, wie die Leichenzersetzung unter den in den Tropen vorwaltenden meteorologischen Verhältnissen vor sich geht, wobei es, wie schon die Verwendung des Ausdruckes „Leichenzersetzung“ erhellt, nicht so sehr auf die frühen als auf die späteren Leichenveränderungen ankommt. Leider läßt uns da das Schrifttum ganz im Stich. Wir lesen wohl gelegentlich, der Tote falle sehr rasch oder zumindest viel rascher als in unseren Breiten der Fäulnis anheim, jedoch nähere Angaben fehlen. Und selbst wenn sie vereinzelt vorlägen, wäre damit noch nicht viel gewonnen. Denn Afrika — und nur dieser Erdteil soll uns heute beschäftigen — Afrika entbehrt eines einheitlichen Klimas: Aussagen über die Chronologie des Todes, die für einen bestimmten Ort Gültigkeit

haben, lassen sich mit nichts auf einen anderen übertragen oder gar fürs ganze verallgemeinern. Zum Beweise dessen, wie verschieden die für die Entwicklung der postmortalen Vorgänge im Organismus maßgebenden meteorologischen Bedingungen in den einzelnen Landesstrichen unseres Kontinents sind, sei an die Verteilung der Juli- und Januar-Isothermen über Afrika erinnert. Sie zeigt uns, daß die mittleren Monatstemperaturen im Juli nördlich des Äquators in weiten Gebieten des Kontinentes 28, 32 und 34° betragen. Im Januar finden wir da-

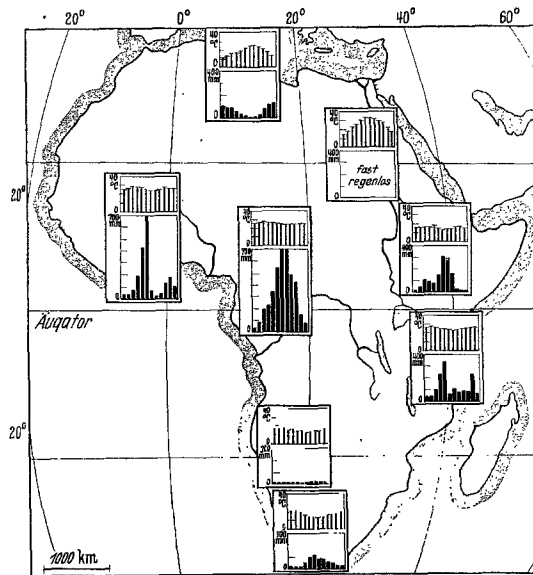


Abb. 1. Schwankungen von Temperatur und Niederschlag während des Jahres in den verschiedenen Klimagebieten Afrikas. (Aus Hirts Erdkunde in Stichworten, Breslau 1940.)

gegen die heißen Luftmassen weit nach Süden zu verlagert. Dadurch ergeben sich im Norden und im Süden Afrikas Jahresschwankungen der Temperatur, die sich bis auf 20° belaufen, während dazwischen ein breiter Gürtel bleibt, in welchem die Monatsmittel nur um 5° und weniger voneinander abweichen. Nun ist aber die Geschwindigkeit, mit der sich der Körper nach dem Tode auflöst, keineswegs nur eine Funktion der in seiner Umgebung herrschenden Temperatur. Auch die Niederschläge nach ihrer Menge und insbesondere nach ihrer jahreszeitlichen Verteilung spielen dabei eine Rolle. Es ist daher wichtig zu wissen, daß es der Niederschlagskarte von Afrika zufolge, innerhalb der Jahresisothermen von 20°, d. h. innerhalb der klimatischen Tropenzone, Gegenden mit einer jährlichen Regenhöhe von weniger als 250 mm (z. B. die Sahara) und solche von mehr als 4000 mm gibt. Unter ihnen hat De-

bundscha, westlich des kleinen Kamerunberges, mit rund 9500 mm Niederschlag als der regenreichste Ort des ganzen Erdteiles zu gelten (*Klute*). Allein für uns ist, wie bereits angedeutet, weniger die Regenmenge schlechthin, denn ihre Verteilung aufs Jahr von Wichtigkeit. Ich bitte Sie daher, Ihre Aufmerksamkeit der Abb. 1 zuzuwenden, aus der Sie die Schwankungen von Temperatur und Niederschlag während des Jahres für die einzelnen Klimagebiete Afrikas entnehmen können. Sie lehrt uns, daß sich neben regenlosen Gegenden wie die Sahara, regenarme wie Südwestafrika, und regenreiche wie Kamerun, vorfinden. In Südwestafrika verteilt sich die an sich geringe Regenmenge mehr oder weniger gleichmäßig aufs ganze Jahr. In Kamerun folgt einem breiten Regengipfel im Sommer eine regenärmere Zeit im sogenannten Winter. Das Gebiet von der Goldküste bis einschließlich Dahome weist dagegen 2 Regenmaxima mit 2 dazwischen liegenden Trockenzeiten auf. Im südlichen Teile von Deutsch-Ostafrika wird sogar noch eine 3. kleine Regenzeit im Juni oder Juli beobachtet.

Doch genug davon! Denn was wir wollten, ist bereits erreicht: Wir haben erkannt, wie außerordentlich verschieden die meteorologischen Bedingungen in den einzelnen Teilen Afrikas gestaltet sind, die wir bei der Abschätzung der Todeszeit in Rechnung zu stellen haben, weil sie alle den Ablauf der Leichenerscheinungen beeinflussen. Und nicht nur den Ablauf der Leichenerscheinungen (im engeren Sinne des Wortes), sondern auch die Zusammensetzung und die Entwicklung der Leichenfauna, die ja gleichfalls an der Zerstörung des Organismus teil hat und darum bei der Todeszeitbestimmung nicht außer acht gelassen werden darf. Leider nützen uns auch hier die in der Heimat gesammelten Erfahrungen (*Pietrusky* und *Leo*) nicht viel. Wir müssen gestehen, unser Wissen über die in den Tropen als konstante oder gelegentliche Aasfresser in Betracht kommenden Tierarten und über die Auswirkungen ihrer Lebenstätigkeit auf die Leiche ist äußerst lückenhaft. Nur für Brasilien können wir uns mit einigem Stolz auf die Arbeiten *Freires* berufen (*Favero*). Auch die Studie *Belussis*, die von den Bemühungen um die Feststellung der Todeszeit bei 4 in der Wüste der Cyrenaika verunglückten italienischen Fliegern handelt und dabei die an der Leichenzerstörung beteiligte Insektenfauna aufzeigt, verdient erwähnt zu werden. Dagegen läßt uns das sonst so vorzügliche „Lehrbuch der medizinischen Entomologie“ von *Martini* völlig im Stich: Es ermangelt einer Darstellung der einheimischen und tropischen Leichenschmarotzer, obschon sie eigentlich zu seinem Gegenstand gehört hätte, fallen doch gerichtsärztliche Belange sicher nicht minder als heilärztliche oder hygienisch-prophylaktische unter den Begriff des Medizinischen.

Das Problem der Todeszeitbestimmung liegt also für die Tropen, wie wir sahen, noch recht im argen. Jeder Versuch seiner Förderung muß daher aufs wärmste begrüßt werden. Und so stimmt es uns denn auch erwartungsvoll, wenn wir hören, man habe in Rom Untersuchungen vor, die wohl zunächst einem anderen Ziele zustreben, daneben aber „vielleicht“ auch einen Ertrag für die Feststellung der Todeszeit abwerfen. Nach dem Berichte *Gerins* will man nämlich für die verschiedenen Tropenkrankheiten ermitteln, wie lange nach dem Tode noch ihre Diagnose durch den Nachweis ihrer spezifischen Erreger an der Leiche gelingt. Im Besitze dieser Erkenntnis hofft man dann, je nach dem Ausfall der Probe, d. h. in Abhängigkeit davon, ob der Erregernachweis noch glückte oder schon versagte, die seit dem Tode verstrichene Zeit abschätzen zu können. Die Idee, die den geplanten Untersuchungen zugrunde liegt, ist gewiß nicht schlecht, jedoch bringt sie den Nachteil mit sich, daß die von ihr inspirierte Methode nur dann anwendbar sein wird, wenn für den zu beurteilenden Fall bekannt ist, daß eine Tropenkrankheit und nicht nur dies, sondern auch *welche* den Tod verursachte. Zudem fürchte ich, die Möglichkeit der Identifizierung der Krankheitserreger erlischt in der Leiche im allgemeinen sobald nach dem Tode, daß bei dem gedachten Verfahren gerade für die Beurteilung der späteren Stadien der Leichenzersetzung, mit denen wir es erfahrungsgemäß im Leben so gut wie immer zu tun haben, nichts herauschaut. Jedenfalls macht es mich einigermaßen bedenklich, wenn ich lese, daß bei der Malaria schon 10—15 Stunden nach dem Tode Plasmodien nicht mehr zu erkennen sind (*Nauck*).

Mit der Erwähnung der Malaria haben wir bereits einen weiteren Abschnitt unseres Faches berührt, der heute gleichfalls nicht übergangen werden darf. Ich meine damit alle jenen gerichtlich-medizinischen Probleme, die sich aus der Frage nach der Todesursache ergeben. Erfreulicherweise liegen hier die Dinge wesentlich günstiger als bei der Chronologie des Todes. Man denke nur an die Unterstützung, welche uns die Tropenmedizin zuteil werden läßt, indem sie uns über die Leichenbefunde bei den Tropenkrankheiten unterrichtet. Auch können wir hier wirklich vieles von dem, was wir uns an Erkenntnissen in der Heimat erarbeiteten — ich erinnere z. B. an die Lehre von der Diagnostik des gewaltsamen Todes — ohne weiteres in den Kolonien verwerten. Trotzdem gibt es noch genug der Eigenheiten, die nicht außer acht gelassen werden dürfen, wollen wir uns für sämtliche Zwischenfälle in unserer kolonialen Gutachtertätigkeit wappnen.

So hat man bei Leichenöffnungen wegen der Häufigkeit, mit der Infektionskrankheiten in den Tropen vorkommen, stets mit der Möglichkeit einer Ansteckung des Obduzenten und seiner Hilfskräfte zu rechnen und darum wirksame Vorkehrungen zu ihrer Abwehr zu treffen,

Insbesondere muß die Verschleppung von ansteckungsfähigem Leichengut durch Fliegen usw. in jeder Weise verhindert werden.

Weiter ist bei der Todesursachenfeststellung auf gewisse Todes-situationen Bedacht zu nehmen, die sich in der Heimat erfahrungsgemäß nur selten realisieren. Es sind dies vornehmlich der Tod durch Verdursten, durch Sonnenstich und durch Hitzschlag. Freilich gilt es auch hier, wie immer in der Kolonialpraxis, den Tropenkrankheiten bei den differentialdiagnostischen Erwägungen einen bevorzugten Platz einzuräumen. Nur zu gerne wird beispielsweise in der Praxis nach den Begleitumständen ein plötzliches Hitzekoma als Todesursache angenommen, während es sich in Wahrheit um einen unerwartet plötzlichen Tod aus natürlicher Ursache bei einer Tropenkrankheit gehandelt hat. Auch solche Leiden können nämlich, wie ausdrücklich hervorgehoben sei, aus anscheinend voller Gesundheit heraus und daher unvermutet zum Tode führen. Vor allem trifft dies für die Malaria tropica zu. Der Obduzent muß deshalb gegebenenfalls an sie denken und ihre Diagnose mit allen verfügbaren Mitteln, insonderheit durch den mikroskopischen Nachweis des Malariapigments, der übrigens nach *Nicoletti* selbst noch an stark faulen Organen gelingt, zu sichern trachten. Ferner ist bei der Beurteilung gewisser Leichenbefunde insoweit Vorsicht geboten, als es Organveränderungen gibt, bei denen die Entscheidung, ob sie durch eine Tropenkrankheit oder durch eine Vergiftung verursacht sind, mit einigen Schwierigkeiten verbunden sein kann. Als Beispiel nenne ich die Leberveränderungen beim Gelbfieber, die denen bei der Phosphor- und Tetrachlorkohlenstoffvergiftung überaus ähneln (*Hoffmann*). Trotzdem wird die entsprechende Würdigung der Gesamtfeststellungen, zu denen auch die Erhebung der Anamnese und der „äußeren Umstände des Falles“ gehört, wohl immer die richtige Diagnose ermöglichen.

Ein besonders weites Arbeitsfeld tut sich uns durch die Vielfalt der in den Tropen heimischen Stoffe tierischen und pflanzlichen Ursprungs auf, die, absichtlich beigebracht oder versehentlich genommen, schwere, ja tödliche Vergiftungen auszulösen imstande sind und daher von uns gekannt und in der Praxis beachtet werden müssen. Wie groß ihre Zahl ist, ergibt sich aus den Beiträgen von *Rho* und *Faust* im 2. Bande des „Handbuches der Tropenkrankheiten“ von *Mense*, auf die hier ausdrücklich verwiesen sei. Leider geht diese im übrigen ganz vorzügliche Darstellung ebenso wenig wie das sonstige Schrifttum auf die zwischen Toxikologie und Rechtspflege bestehenden Beziehungen näher ein, so daß wir uns auch hier bei der Vorbereitung auf unsere kolonialen Aufgaben das meiste erst selber zusammenzutragen haben. Dabei wird es in erster Linie darauf ankommen, in enger Zusammenarbeit mit dem Pharmakologen und dem Kliniker, die für uns bedeutsamen Vergiftungen

in ihren Symptomen genau zu erforschen und gegenüber ähnlichen Bildern aus dem Reiche der natürlichen Krankheiten abzugrenzen. Ferner muß unsere Sorge der Klarstellung der Leichenbefunde und dem Ausbau der Verfahren gelten, die dem Giftnachweis beim Lebenden und beim Toten dienen. Übrigens bekennen wir gerne, daß uns auf dem Gebiete der tropischen Vergiftungen gerade die deutsche Wissenschaft schon in vielem erfolgreich vorgearbeitet hat. Ich erinnere z. B. an die Untersuchungen von *Krause*, die uns lehrten, daß fast alle Pfeilgifte Afrikas pflanzlicher Herkunft sind. Und zwar handelt es sich um Glykoside, die größtenteils von Pflanzen der Familie der Hundsgiftgewächse (Apocynaceae) stammen. Ihre Giftigkeit beträgt das Vierzigfache des Giftes der Kreuzotter. Der Tod tritt sehr bald, meist schon 15 Minuten nach der Pfeilverletzung ein (*Ruge*). Eine andere pflanzliche

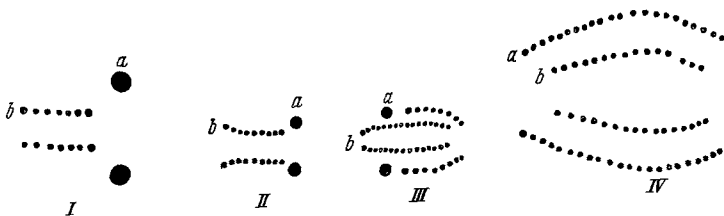


Abb. 2. Bißmarken verschiedener Schlangenarten. I Solenoglypha (stets giftig). II Proteroglypha (stets giftig). III Opisthoglypha (giftig, aber meist für den Menschen nicht gefährlich). IV Aglypha (stets ungiftig). Nach *Vital Brazil*. Sämtliche Bißmarken stammen von Zähnen des Oberkiefers, a sind Bißmarken von Kieferzähnen, b von Gaumenzähnen. (Nach *Ruge-Mühlens-zur Verth*, Krankheiten und Hygiene der warmen Länder. 4. Aufl., Leipzig 1938, S. 493.)

Intoxikation, die gleichfalls unser Interesse erregen muß, ist die Lupapilzvergiftung. Sie wird durch die gepulverten Wurzeln eines im tropischen Afrika weit verbreiteten Busches der Gattung der Polygalaceen hervorgerufen und führt binnen 1—2 Tagen zum Tode. Frauen sollen sich dieser Wurzeln häufig zum Selbstmord durch Einführen in die Scheide bedienen (*Ruge*).

Von den vielen Ordnungen und Gruppen des Tierreiches, unter denen für den Menschen giftige Arten vertreten sind, wollen wir bloß auf die Schlangen, als für die gerichtsärztliche Tätigkeit in den Kolonien von Wichtigkeit, etwas näher eingehen. Leider fehlen verlässliche Angaben über die Häufigkeit, mit der ihnen der Mensch in den Tropen zum Opfer fällt. An sich wird die Diagnose: „tödlicher Schlangenbiß“, wie mir Kenner der Verhältnisse, z. B. *Sonnenschein*-Prag versichern, viel öfter gestellt als es den Tatsachen entspricht. Trotzdem darf die Gefährlichkeit dieser Tiere nicht unterschätzt werden. Im Rahmen der Todesursachenfeststellung muß mit Schlangenbißvergiftungen gerechnet und daher an der Leiche nach ihren Zeichen gefahndet werden. Die Befunde an den inneren Organen weisen allerdings keine charakte-

ristischen Merkmale auf, dafür ist aber die Bißspur einigermaßen kennzeichnend und erlaubt nicht nur den Schluß, *daß* jemand von einer Schlange gebissen wurde, sondern auch *welcher Art* das verletzende Tier angehörte. Zur Beleuchtung des Gesagten sei auf Abb. 2 verwiesen, die Bißmarken verschiedener Schlangengruppen zeigt.

Schließlich haben wir noch bei der Überschau über die Besonderheiten in der Obduktionstätigkeit des kolonialen Gerichtsarztes die durch die Zähne und die Pranken reißender Tiere gesetzten Verletzungen zu erwähnen. Auch ihnen muß selbstverständlich bei differentialdiagnostischen Überlegungen der gebührende Platz eingeräumt werden.

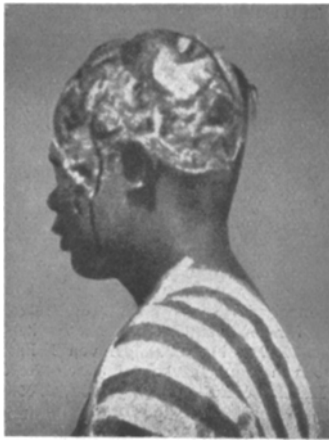


Abb. 3. Skalpierung durch Schlag einer Tigerpranke. Dr. *Krabbe* ded. (Nach *Ruge-Mühlens-zur Verth*, Krankheiten und Hygiene der warmen Länder. 4. Aufl., Leipzig 1938, Seite 511.)

Schade nur, daß sie uns in ihren Erscheinungsformen nicht besser bekannt sind. Was uns bisher darüber berichtet wurde, stammt durchweg von Ärzten, denen es vornehmlich auf Behandlung und Prognose ankam (*Goebel, Howard, Ruge*). Unser völlig anders geartetes Interesse lag ihnen nicht im geringsten am Herzen. Es lohnte sich daher, die von tropischen Tieren erzeugten Körperbeschädigungen einmal einer Untersuchung nach gerichtlich-medizinischen Gesichtspunkten zu unterziehen und so die Frage zu klären, inwieweit überhaupt bei ihnen die Form der Wunde einen Rückschluß auf die Gestalt des verletzenden Werkzeuges und damit auf die Art des verletzenden Tieres gestattet. Ferner wären die Merkmale herauszustellen, auf Grund deren sich die von wilden Tieren ver-

ursachten Verwundungen vitalen und postmortalen Charakters von solchen anderer Herkunft unterscheiden lassen. In der Praxis mag diese Trennung nicht immer leicht sein. Eine Skalpierung, wie sie z. B. in Abb. 3 dargestellt ist, könnte man sich gewiß auch durch die Einwirkung einer anderen Gewalt, als es der Schlag der Pranke eines Tigers gewesen war, entstanden denken.

Bis jetzt haben wir uns so gut wie ausschließlich mit gerichtlich-medizinischen Fragen beschäftigt, die mit dem Tode zusammenhängen. Aber weder in der Heimat noch sonstwo erschöpft sich in ihnen die Leistung des Gerichtsarztes. Auch der lebende Mensch kann zum Gegenstand einer Untersuchung werden, wobei sowohl Feststellungen auf somatischem als auch solche auf geistig-seelischem Gebiet in Betracht kommen. Wenn wir uns zunächst an die Körperlichkeit halten,



so haben wir uns in erster Linie über die Pflichten des gerichtlichen Mediziners zu verständigen, welche sich für ihn aus den besonderen Zielen ergeben, die eine deutsche Bevölkerungspolitik in den Kolonien, d. h. für uns in Afrika, verfolgen wird.

Die Sorge um die Erhaltung der Eingeborenenbevölkerung gehört zu den wichtigsten Aufgaben kolonialer Politik. Insbesondere muß alles, was dem Bevölkerungszuwachs förderlich, unterstützt, alles was ihm abträglich ist, bekämpft werden. Dabei will sich auch der gerichtliche Mediziner nicht ausgeschaltet wissen. Die Auffassung, die er von seinem Berufe hegt, treibt ihn vielmehr, eifrig mitzuwirken, indem er sich unter anderem die Eindämmung der Abortseuche mit den ihm zu Gebote stehenden Mitteln angelegen sein läßt. Tatsächlich ist die Fruchtabtreibung in Afrika stark verbreitet und spielt dort — ganz abgesehen von ihren Folgen für die Bevölkerungsdichte — die gleich fatale Rolle als Ursache von Krankheit und Tod wie auch anderswo. Sie wird dem Vernehmen nach sowohl mechanisch, z. B. mit Bananen-rippen (*Mergner*) als auch medikamentös bewirkt. Von den Frauen der Hereros, Bergdamaras, Hottentotten und Buschleuten heißt es, daß sie sich im 3. oder 4. Monat der Schwangerschaft von einem Freund oder einer Freundin in den Bauch treten lassen, nachdem sie sich den Leib oberhalb der Gebärmutter mit einem Strick möglichst fest umschnürt haben. Innerlich sollen sie Salpeter oder Kochsalz im Übermaß als Abortivum gebrauchen (*Lübbert*). Weitere Angaben über die unter der Negerbevölkerung üblichen Verfahren konnte ich in dem mir zugänglichen Schrifttum nicht ermitteln.

Eine vernünftige Bevölkerungspolitik hat aber nicht allein auf die Zahl, sondern auch auf die Gesundheit der Eingeborenen sowie auf die Erhaltung ihrer ererbten leiblich-seelischen Eigenheiten zu achten, d. h. neben der früher erwähnten mengenmäßigen Bevölkerungspolitik tut auch eine artmäßige not. Wir bedürfen gesetzlicher Schranken, die einer blutmäßigen Vermischung von Weiß und Schwarz wehren, um unter anderem den Neger in seiner biologisch bedingten Vorzugstellung in den Tropen zu erhalten. Übrigens weil man auch dem Mischselend mit allen Mitteln zu steuern gewillt ist.

Dem Gesagten zufolge leidet es keinen Zweifel, daß eine deutsche Kolonialverwaltung, gestützt auf die Ergebnisse der Erb- und Rassenbiologie, von Gesetzes wegen für die reinliche Scheidung der Rassen hinsichtlich ihrer Rechte und Pflichten Sorge tragen wird. Die Verwirklichung dieses Grundsatzes wird dann freilich in der Praxis eine nie endende Reihe von Gerichtsverfahren nach sich ziehen, in denen es auf die einwandfreie Feststellung der Abstammung ankommt, kann es doch bei einer solchen Ausrichtung der Rechtsordnung nicht nebensächlich sein, wie jemand rassisch zu beurteilen ist, insbesondere ob er als

reinrassig oder als Mischling zu gelten hat. Darum wird sich der gerichtlich-medizinisch tätige Arzt in den Kolonien sehr oft mit Begutachtungen in der Art des anthropologisch-erbbiologischen Vaterschaftsnachweises zu beschäftigen haben, was ihn veranlassen sollte, sich schon beizeiten mit den biologischen Voraussetzungen einer solchen Beweisführung voll vertraut zu machen.

Um weitere gerichtlich-medizinische Fragen, wie sie auf somatischem Gebiet in den Kolonien des öfteren zu klären sein werden — ich denke beispielsweise an die Bestimmung des Alters oder der Identität einer Person — wollen wir uns, obwohl auch ihnen gewisse Eigenheiten wegen der besonderen rassischen Zusammensetzung der Bevölkerung anhaften, heute nicht kümmern, sondern uns der Erörterung der Probleme zuwenden, die sich bei gerichtlich-psychiatrischen Begutachtungen, insonderheit bei der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit ergeben. Dabei ist davon auszugehen, daß für die forensische Bewertung zweifelhafter Geisteszustände in den Tropen die gleichen Grundsätze zu gelten haben wie für die in der Heimat, zumal kein Grund für die Annahme vorliegt, der Gesetzgeber plane, die Grenzen zwischen den einzelnen Graden strafrechtlicher Verantwortlichkeit für die Kolonien neu zu ziehen. Dennoch irrt, wer deshalb glaubt, nun auch mit den in der Heimat gesammelten psychiatrischen Erfahrungen in den Tropen auskommen zu können. Sie bedürfen ohne Zweifel noch mancher Ergänzung, bevor sie für die Zwecke einer kolonialen Strafjustiz ausreichen. Dabei habe ich nicht einmal so sehr jene psychopathischen Reaktionen explosiven Charakters bei Kolonisten im Auge, die, unter dem Namen „Tropenkoller“ bekannt, die Ursache schwerer, ja selbst schwerster Verbrechen, wie z. B. eines Totschlages (*Többen*), werden können. Denn sie decken sich im Wesen mit Zuständen, wie wir sie auch in der Heimat zu sehen gewohnt sind, ohne daß es uns einfielen, ihnen den § 51, Abs. 1 oder Abs. 2 zuzubilligen. Allerdings darf von einem Tropenkoller nur gesprochen werden, wenn man sicher ist, es nicht mit einer echten Psychose zu tun zu haben. Im besonderen müssen seelische Störungen ausgeschlossen sein, die lediglich als Äußerungen von Tropenkrankheiten aufzufassen sind. Vor allem gilt dies für die Malaria, bei welchem Leiden erfahrungsgemäß gar nicht so selten schwere cerebrale Erscheinungen auftreten (*Mühlens*). Solche Begleitpsychosen heben natürlich die Zurechnungsfähigkeit für die Zeit ihrer Dauer vollkommen auf. Ja, selbst in Fällen, in denen sich die früher genannte Explosivreaktion während eines leichteren Malariafiebers oder während der Zeit seiner Entwicklung, also 24—48 Stunden vor seinem Ausbruche zutrug, wäre nach *Plehn* für Untaten, die ihr zuzuschreiben sind, eine Verminderung der Zurechnungsfähigkeit im Sinne des § 51, Abs. 2 anzunehmen.

Viel schwieriger als beim Kolonisten liegen aber die Dinge für uns beim Eingeborenen. Und dies in erster Linie wohl deshalb, weil unsere Kenntnisse von den Erscheinungsformen, unter denen psychische Erkrankungen bei der Eingeborenenbevölkerung ablaufen, überhaupt noch recht dürftig sind. Dazu kommen noch die Erschwerungen, wie sie mit den Verschiedenheiten in Sprache und Kultur gegeben sind, so daß hier wirklich noch gründliche Forschungen unter der Beihilfe des Völkerkundlers nötig sind, ehe wir das Gefühl haben werden, auf sicherem Boden zu stehen. Zur Veranschaulichung des Gesagten sei kurz jenes eigentümlichen Krankheitsbildes gedacht, das man als Lattah bezeichnet. Es wurde zuerst bei malaisischen weiblichen Diensthöten, die längere Zeit in untergeordneter Stellung gelebt hatten, beobachtet, kommt aber auch in Afrika bei beiden Geschlechtern, wie eine Mitteilung *Reponds* lehrt, vor. Der Hauptsache nach ist es durch das anfallsweise Auftreten angstvoller Erregungen gekennzeichnet, die mit einem gewissen Nachahmungstrieb von der Art einer Echopraxie, Echolalie und Echomimie vergesellschaftet sind. Wie gebieterisch dieser Trieb unter Umständen sein kann, beweist der Bericht *Lockharts*, der von einer Frau zu erzählen weiß, die in einer Lattahkrise ihr eigenes Kind ins Wasser schleuderte, als ihr eine andere Person Bewegungen, wie wenn sie etwas über Bord werfen würde, vormachte. Da man allgemein das Lattah als Psychoneurose auffaßt, wurde sie wegen Mordes angeklagt und dementsprechend verurteilt.

Im Zusammenhang mit der forensisch-psychiatrischen Tätigkeit würde sich übrigens für den Arzt auch Gelegenheit zu kriminalbiologischen Untersuchungen ergeben. Meiner Meinung nach sollte er sich diese nicht entgehen lassen und versuchen, auch seinerseits unsere Kenntnisse über die Erscheinungsformen und Ursachen der Eingeborenenkriminalität zu fördern. Allerdings müßte er dabei besonders behutsam vorgehen, vor allem hätte er stets der Tatsache eingedenk zu sein, daß er es mit Menschen zu tun hat, die sich rassisch und kulturell von ihm wesentlich unterscheiden und deshalb ganz anderen Rechtsanschauungen anhängen als er (*Thurnwaldt*). An solchen Studien, insbesondere ehe aus ihnen irgendwelche praktischen oder theoretischen Schlüsse gezogen werden, wäre daher zweckmäßigerweise stets der Völkerkundler zu beteiligen. Im Verein mit diesem ließe sich — des bin ich gewiß — neben Fragen mehr allgemeiner Art auch manches Sonderproblem — ich denke da z. B. an die Beziehungen zwischen Rasse und Verbrechen oder zwischen Verbrechen und Jahreszeit — einer Klärung näher bringen. An sich scheint die Kriminalität der Eingeborenen in Afrika nicht gering zu sein, wie dem Berichte *Braunes* zu entnehmen ist, demzufolge allein im Tanganjika-Distrikt, d. h. im ehemaligen Deutsch-Ostafrika, alljährlich in den Jahren von 1932 bis

1937 durchschnittlich 169 Eingeborene wegen Mordes verurteilt werden mußten.

Damit finde unsere Übersicht über die Besonderheiten gerichtlich-medizinischer Aufgaben im kolonialärztlichen Dienst, ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, ihr Ende, zumal es mir, wie ich hoffe, bereits gelungen ist, Ihnen das Lehrgebäude einer kolonialen gerichtlichen Medizin in seinem Grundriß aufzuzeigen. Trotzdem möchte ich Sie bitten, mir noch für wenige Worte Gehör zu schenken. Habe ich Ihnen doch noch auseinanderzusetzen, wie meinem Dafürhalten nach die Kenntnisse und Erfahrungen zu gewinnen wären, die der gerichtsärztlich tätige Arzt in den Tropen braucht. Dieses Problem ist ja für uns, denen von Berufs wegen die Bereitstellung des jedem Bedürfnis unseres Faches gerecht werdenden Lehrgutes und seine Weitergabe an die Lernenden obliegt, von besonderer Bedeutung.

Hierzu ist leider zu sagen, daß unseren Bestrebungen derzeit, solange man uns noch die Kolonien vorenthält, fast unüberwindliche Schwierigkeiten entgegenstehen. Systematische Untersuchungen sind, so notwendig sie auch wären, überhaupt ganz ausgeschlossen. Die einzige Möglichkeit zum Erwerb des notwendigen Wissens scheint mir die zu sein, daß man die in die Tropen abgehenden Ärzte genau darüber unterrichtet, worauf sie in unserem Interesse zu achten hätten, und sie zugleich bittet, „zu beobachten, zu sammeln, für die Wissenschaft einzuspeichern, was in ihren Bereich kommt, ohne sich darin die Meinung irren zu lassen, dieses und jenes müßte ja bekannt sein und nur sie wüßten nicht darum“ (*Chamisso*). Im übrigen haben wir uns aber zu gedulden, bis es uns vergönnt ist, auch in tropischen Ländern unter dem Schutz der Reichsflagge wieder auf eigenem Grund und Boden zu stehen.

#### Literaturverzeichnis.

*Belussi*, *Zacchia* **11/12**, 59 (1933). — *Braune*, Die Rechtspflege in den britischen Gebieten Afrikas. Hamburg 1941. — *Byam and Archibald*, The Practice of Medicine in the Tropics. London 1921. — *Castellani and Chalmers*, Manual of tropical Medicine. London 1939. — *Castellani e Jacono*, Manuale di clinica tropicale. Torino 1937. — *Chamisso*, Reise um die Welt **1**, 29. Werke IV. Teil. Berlin-Leipzig-Wien-Stuttgart o. J. — *Faust*, in *Menses Handbuch der Tropenkrankheiten* **2**. — *Favero*, *Medicina legal*. Sao Paulo 1938. — *Freire*, zit. nach *Favero*. — *Gerin*, *Riv. Med. trop. e Studi Med. indig.* **4**, 181 (1940). — *Goebel*, *Erg. Chir.* **3** (1911). — *Hoffmann*, *Arch. Schiffs- u. Tropenhyg.* **41** (1937). — *Howard*, *J. trop. Med.* **12** (1909). — *Joyeux et Sice*, *Précis de médecine légale coloniale*. Paris 1937. — *Klute*, *Allgemeine Länderkunde von Afrika*. Hannover 1935. — *Krause*, *Arch. Schiffs- u. Tropenhyg.* **10**, 105 (1906). — *Lockhart*, zit. nach *Repond*. — *Lübbert*, *Mitteilungen von Forschungsreisenden und Gelehrten aus den deutschen Schutzgebieten* **14**, 86 (1901). — *Martini*, *Lehrbuch der medizinischen Entomologie*. 2. Aufl. Jena 1941. — *Mense*, *Handbuch der Tropenkrankheiten*. 3. Aufl. Leipzig

1924. — *Mergner*, Arch. Schiffs- u. Tropenhyg. **40**, 544 (1936). — *Merkel*, Dtsch. Z. gerichtl. Med. **15**, 385 (1930). — *Mühlens*, zit. nach *Ruge-Mühlens-zur Verth.* — *Nauck*, zit. nach *Ruge-Mühlens-zur Verth.* — *Nicoletti*, Arch. di Antrop. crimin. **60**, 903 (1940). — *Pawlowsky*, Gifttiere und ihre Giftigkeit. Jena 1927. — *Pietrusky* u. *Leo*, Z. Desinf. **21** (1929). — *Plehn*, Arch. Schiffs- u. Tropenhyg. **10**, 220 (1906). — *Repond*, Ann. méd.-psychol. **98**, I, 311 (1940). — *Rho*, in Menses Handbuch der Tropenkrankheiten **2**. — *Rodenwaldt*, Tropenhygiene. 2. Aufl. Stuttgart 1941. — *Ruge*, zit. nach *Ruge-Mühlens-zur Verth.* — *Ruge-Mühlens-zur Verth*, Krankheiten und Hygiene der warmen Länder. 4. Aufl. Leipzig 1938. — *Schack*, Das Kolonialrecht in seiner Entwicklung bis zum Weltkriege. Hamburg 1923. — *Thurnwaldt*, Gutachten in Römischer Kongreß für Kriminologie, Beiträge zur Rechtserneuerung. H. 8. Berlin 1939 — Koloniale Gestaltung. Hamburg 1938. — *Többen*, Mschr. Kriminalbiol. **27**, 375 (1936).

---