

im Blut, und 11.05 Uhr war kein Alkohol mehr nachweisbar. Ebenso nach 2 $\frac{3}{4}$ Stunden, nach 4 $\frac{3}{4}$ Stunden und 9 $\frac{1}{4}$ Stunden war *keine Erhöhung* von reduzierenden Substanzen im Blut vorhanden.

Damit scheint einwandfrei erwiesen, daß sogar große Aspirinmengen von 3 g *nicht in der Lage sind*, Alkohol im Blut vorzutauschen.

Da *Somnin* außer Aspirin noch andere Bestandteile enthält, von denen denkbar ist, daß sie Alkohol im Blut vorzutauschen könnten, wurden Versuche mit *Somnin* selbst durchgeführt. Da *Somnin* starkwirkende Barbitursäure enthält, konnten natürlich nicht mit der Dosis von 10 Tabletten Versuche angestellt werden; die Menge von 3 Tabletten erschien uns zum Nachweis der Möglichkeit der Alkoholvortauschung im Blut ausreichend.

Es waren wieder dieselben Versuchspersonen; davon war die Versuchsperson S. völlig nüchtern, die Versuchsperson P. hatte gefrühstückt und die 3. Versuchsperson (B.) hatte gefrühstückt und erhielt 207 g eines 32%igen Kognaks, das entspricht 1 g reinem Alkohol pro 1 kg Körpergewicht. Bei der Versuchsperson S. wurde das Blut nach $\frac{1}{2}$ Stunde, 1, 2, 3, 4 und 7 $\frac{1}{2}$ Stunden nach der Einnahme von 3 Tabletten *Somnin* untersucht. Es wurden stets Werte gefunden, die über den Normalgehalt *nicht* hinausgingen.

Bei der Versuchsperson P. wurde das Blut nach $\frac{1}{2}$ Stunde, 1 $\frac{1}{2}$, 3, 4 $\frac{1}{2}$ und 6 $\frac{3}{4}$ Stunden auf Alkoholgehalt untersucht; auch hier wurden in allen Fällen *Normalwerte* gefunden.

Bei der Versuchsperson B., die alkoholisiert war, wurde abgewartet, bis der gesamte Alkohol vom Magendarmkanal resorbiert war. Nach dem Kurvenverlauf war das sicher 120 Minuten nach dem Alkoholgehalt der Fall. Das Blut hatte zu dieser Zeit einen Alkoholgehalt von 0,97%. Fünf Minuten später nahm sie 3 Tabletten *Somnin*; 30 Minuten nach der *Somnineinnahme* betrug der Blut-Alkoholgehalt 0,96%, 55 Minuten nach der *Somnineinnahme* betrug er 0,88%. Drei Stunden nach dieser Blutabnahme betrug er 0,36%; der Abfall der Blut-Alkoholkonzentration betrug zwischen der letzten und vorletzten Blutabnahme auf 1 Stunde umgerechnet 0,17%, was durchaus *normal* ist.

Die psychischen und physischen Wirkungen der eingenommenen *Somnin*mengen waren bei den einzelnen Versuchspersonen sehr verschieden.

1. Versuchsperson S.: $\frac{3}{4}$ Stunde nach der Einnahme von *Somnin*, kommt sich wie betrunken vor, schwankender Gang, ausfahrende Bewegungen, schwere Zunge, Fehlleistungen (hat die Absicht, eine bestimmte Person aufzusuchen, geht aber zu einer ganz anderen), Gefühl der Müdigkeit, Schwere in den Augenlidern, lief im Gang des Krankenhauses mit einem Patienten zusammen, rutscht beim Treppensteigen ab, hat zeitweilig das Gefühl, über der Erde zu schweben, Romberg-Zeichen, auch ohne Augenschluß, stark schwankend. Auffälliges Verwechseln von Silben. 1 $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Einnahme beginnt deutliche Müdigkeit, Unterbrechung von Gedankengängen; objektive Beurteiler, die von dem Versuch nichts wissen, hielten die Versuchsperson für sehr müde oder hielten ihr Zustandbild für Katerwirkung. Subjektiv geringes Übelkeitsgefühl im Bauch. 2 $\frac{1}{2}$ Stunden später immer noch schläfrig, beim Essen fällt das Bröchen in die Suppe; Rombergsches Zeichen, mit geschlossenen Augen deutliches Schwanken, ohne Augenschluß sicher. Gesprächigkeit, gähnt öfters. Nach 3 $\frac{1}{2}$ Stunden gehobene Stimmung, immer noch müde Augen, abschweifende Gedankengänge, läßt beim Hinüberreichen von Aktenstücken diese mehrfach fallen, Romberg mit Augenschluß stark schwankend, ohne Augenschluß sicher. Pupillen weit, gute Reaktion auf Lichteinfall. 4 $\frac{1}{2}$ Stunden später läßt die Wirkung subjektiv deutlich merkbar nach.

2. Versuchsperson P.: $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Einnahme der 3 Tabletten Schlappeheit in den Gliedern, andererseits schwebendes Gefühl. $\frac{3}{4}$ Stunde später Nachlassen der Fähigkeit, schwierige Handlungen auszuführen (Verzählen beim Blutbildauszählen), 1 $\frac{1}{4}$ Stunde: auffallender Glanz der Augen, Romberg negativ, Gang schwerfällig, Müdigkeit, zeitweise kurzatmig; leichte Übelkeit, Romberg mit Augenschluß: schwankend, ohne: sicher. 2 $\frac{1}{4}$ Stunden Brechreiz mit geringem Erbrechen, macht angetrunkenen Eindruck, auch Silbenverwechslung, blasses Aussehen, Fehlleistung beim Finger-Fingerversuch. Nach 3 Stunden starke Müdigkeitserscheinungen, 4 $\frac{1}{4}$ Stunden tiefer Schlaf, Wecker wird nicht gehört, auch bei der Blutabnahme kein völliges Wachsein. Von 2 Tassen starkem Kaffee nur geringe Wirkung, schläft sofort weiter. Nach 6 $\frac{1}{2}$ Stunden während des Wachseins Geschwätzigkeit, nach 7 Stunden Erbrechen, während der Nacht tiefer Schlaf, am folgenden Tage klares Erwachen und Aufstehen, $\frac{1}{2}$ Stunde danach erneute Müdigkeit, die erst gegen Abend weicht, danach Hemmungslosigkeit, mutiges Über-

schreiten verkehrsreicher Straßen. Am folgenden Tage außergewöhnliche Schlappeheit und Müdigkeit.

3. Versuchsperson B., die alkoholisiert war; auch zu Zeiten der höchsten Konzentration durch die gewöhnlichen klinischen Untersuchungen ist keine wesentliche Alkoholwirkung feststellbar. Verschärfter Romberg war negativ. Bis auf eine gehobene Stimmung auch nach den *Somnin*tabletten kein auffälliges Verhalten. Es wird dazu bemerkt, daß die Versuchsperson an mäßigen Alkoholgehalt gewöhnt ist und im allgemeinen eine robuste Natur darstellt.

Aus der Versuchsreihe geht hervor, daß 3 Tabletten *Somnin nicht in der Lage sind*, Alkohol im Blut vorzutauschen, und auch bei im Blut vorhandenem Alkohol tritt *keine erfassbare Steigerung* der reduzierenden Substanzen im Blut auf. Da bei der nicht unerheblichen Menge von 3 Tabletten *Somnin* nicht die geringsten Veränderungen an reduzierenden Substanzen im Blut feststellbar waren, kann auch angenommen werden, daß größere Mengen (z. B. 10 Tabletten) nicht in der Lage sind, Alkohol im Blut vorzutauschen, der nennenswert und für die forensische Auswertung der Widmarschen Blutanalyse von Bedeutung wäre.

*Somnin*tabletten sind in der Lage, Zustandsbilder zu erzeugen, die den Eindruck erwecken könnten, es handle sich um angetrunkene oder betrunkene Personen, die Wirkung ist individuell verschieden.

Zusammenfassung. Aus unseren Versuchen geht hervor, daß sowohl *Somnin* als auch besonders das in den *Somnin*tabletten enthaltene *Aspirin* selbst in größeren Mengen *nicht in der Lage ist*, Alkohol im Blut vorzutauschen. Die im geschichteten Verkehrsunfall durchgeführten Blutuntersuchungen behalten also ihre volle Beweiskraft. *Somnin* kann Zustandsbilder hervorrufen, die für Trunkenheitserscheinungen gehalten werden können. Dies trifft, wenn tatsächlich nachgewiesen wird, daß B. *Somnin* genommen hat, auch für den Angeklagten zu. Es ist möglich, daß er auf den untersuchenden Arzt den Eindruck gemacht hat, er sei hochgradig unter Alkoholwirkung.

Ob eine wesentliche Beeinflussung durch die *Somnin*tabletten zur Zeit des Unfalles schon vorlag, läßt sich nicht mit Sicherheit entscheiden, die eine 1 $\frac{1}{2}$ Stunde vor dem Unfall genommene Tablette hat anscheinend keine auffälligen Erscheinungen verursacht. Drei weitere Tabletten, die angeblich erst kurz vor dem Unfall ($\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ Stunde) eingenommen worden sind, werden sich zur Unfallzeit noch nicht voll ausgewirkt haben.

Wir kommen zu dem *Schluß*: Aus den Zeugenaussagen und aus dem Ablauf des Unfallereignisses scheint uns einwandfrei hervorzugehen, daß der Angeklagte im Sinne des § 1 Absatz II der RStrVO. infolge körperlicher und geistiger Mängel sich nicht sicher im Verkehr bewegen konnte. Bei dieser Unsicherheit bildete die Alkoholwirkung zum mindesten eine wesentliche, mitwirkende Teilursache, zum Teil können die Erscheinungen, die der Angeklagte 3 Stunden nach dem Unfall darbot, von dem Genuß von *Somnin*tabletten herrühren.

(Anschr. des Verf.: Berlin NW 40, Staatskrankenhaus der Polizei)

Aus dem Gerichtsärztlichen Institut der Hansischen Universität in Hamburg. Leiter: Physikus Dr. Koopmann

Kriminalpolizeiliche Sofortuntersuchungen bei Abtreibeverdacht

Von H. KOOPMANN

In allen Lehrbüchern der Gerichtsmedizin werden die Fragen der zweifelhaften Schwangerschaft und der zweifelhaften Fehlgeburt mehr oder weniger ausführlich abgehandelt. Die Lösung dieser Fragen spielte aber für die praktische Gerichtsmedizin in Hamburg bis zum Jahre 1933 keine nennenswerte Rolle. Seit 1934 sind diese Fragen für die gerichtsarztliche Praxis in Hamburg von Bedeutung, und ist diese

Bedeutung mit dem seit 1934 zunehmenden Interesse der Kriminalpolizei für das Abtreibeproblem gewachsen.

Über erkennbare Folgen dieses Interesses in Hamburg berichtete KEMPSKI¹. Er erwähnt in seinem Aufsatz auch die von der Kriminalpolizei veranlaßten Sofortuntersuchungen von der Abtreibung verdächtigen weiblichen Personen durch das Gerichtsärztliche Institut. Über derartige Untersuchungen liegen im Schrifttum keine Mitteilungen vor. Es erscheint deshalb gerechtfertigt, über die bisherigen Ergebnisse der Hamburger gynäkologischen Sofortuntersuchungen kurz zu berichten.

In den 63 Fällen, die zur Untersuchung kamen, handelte es sich um die Diagnostik von Schwangerschaft und von stattgefundener Fehlgeburt. Selbstverständlich spielte in die Diagnostik beider Zustände die Frage hinein, waren Zeichen eines kriminellen Eingriffes nachweisbar?

Die 63 Fälle setzen sich zusammen aus 6 Fällen 1934, 11 Fällen 1935, 21 Fällen 1936, 25 Fällen 1937. Aus dieser Verteilung der Fälle auf die einzelnen letzten Jahre geht das regelmäßige Wachsen der Bedeutung der gynäkologischen Sofortuntersuchungen für das Abtreibeproblem in Hamburg seit 1934 deutlich hervor.

Unter den untersuchten Personen fanden sich 25 Ehefrauen und 38 Ledige. Sie stammten sämtlich aus sozial schwieriger Umwelt. Das wohl verständliche Überwiegen der Ledigen um etwa $\frac{1}{3}$ sahen wir an unserem Abtreibungsleichenmaterial nicht (cf. SAUERLANDT: Ledige und Verheiratete in etwa gleicher Anzahl).

Das Lebensalter der Untersuchten lag 3mal unter 20 Jahren, 5mal über 40 Jahren (darunter eine 55jährige), 55mal zwischen 20 und 40 Jahren. Sie gerieten in Abtreibeverdacht infolge von Anzeigen durch „Freunde“ (nicht selten „Racheakt“ ohne sichere Unterlagen), dadurch, daß sie sich nach den Anschriften von inhaftierten Abtreiberinnen erkundigten, und schließlich dadurch, daß sie bei der Haussuchung einer Abtreiberin in der Wohnung dieser vorgefunden wurden.

Nur 4mal konnte ein Befund erhoben werden, der die Annahme eines kriminellen Eingriffes gestattete. Der Befund bestand aus einer Erweiterung des äußeren Muttermundes und der Zervix. Verletzungen waren keinmal nachweisbar. In 3 dieser Fälle lag eine intakte Schwangerschaft vor, stritten die Untersuchten Eingriff und Schwangerschaft vor der Untersuchung ab, wurden aber nach Vorhalt des Befundes geständig. In dem 4. dieser Fälle war die Untersuchte vor der Untersuchung geständig. Sie hatte an sich einen Eingriff vornehmen lassen, ohne volle Gewißheit über eine bestehende Schwangerschaft zu haben. Die Untersuchung ergab einen faustgroßen Adnextumor links und einen gewissen Verdacht auf das Vorliegen einer Schwangerschaft, der durch den negativen Ausfall der biologischen Schwangerschaftsreaktion beseitigt wurde. Diese Untersuchte hatte also einen Eingriff am untauglichen Objekt vornehmen lassen. In allen 4 genannten Fällen war als Abtreibewerkzeug ein Klysofomp benutzt worden, dessen Verwendung in Hamburg die häufigste äußere Abtreibemethode darstellt (cf. SAUERLANDT).

Unter den 63 Fällen dieses Berichtes wurde 21mal eine Schwangerschaft festgestellt, konnte eine solche 42mal ausgeschlossen werden. Unter den Schwangerschaftsfällen befand sich eine Tubargravidität.

Zur Schwangerschaftsdiagnose wurde nur 4mal die biologische Schwangerschaftsreaktion herangezogen, in den übrigen Fällen war durch das Ergebnis der gynäkologischen Untersuchung genügend diagnostische Sicherheit gegeben. Die Schwangerschaftsreaktion fiel 3mal negativ aus: 1mal in dem schon erwähnten Fall von Adnextumor, 1mal in dem Fall von Tubargravidität, 1mal in einem Fall von Verdacht auf Schwangerschaft im 1. Monat, die durch klinische Untersuchung nicht mit hinreichender Sicherheit ausgeschlossen werden konnte; 1mal stark positiv: in einem Fall von

Schwangerschaft im 1. Monat, die klinisch trotz des Frühstadiums zwar gesichert erschien, aber durch die Schwangerschaftsreaktion aus wissenschaftlichen Gründen erhärtet werden sollte.

Als klinische Schwangerschaftsmerkmale bewährten sich neben anderen altbekannten entscheidend die Hegarschen und das Piszazeksche Zeichen. Die festgestellten Schwangerschaften befanden sich 3mal im 1.–2. Monat, 11mal im 2. bis 3. Monat, 3mal im 3.–4. Monat, 3mal im 4.–5. Monat, 1mal im 6.–7. Monat. In diesen Fällen wurde eine Schwangerschaft 4mal abgestritten und sie sowohl wie ein Eingriff erst nach Vorhalt des Befundes zugegeben. Über 3 dieser Fälle mit den Zeichen eines Eingriffes wurde oben schon berichtet. In den übrigen 17 Fällen von festgestellter Schwangerschaft war diese intakt, konnten Zeichen eines Eingriffes nicht nachgewiesen werden, wurde also der Verdacht auf bereits vollführte äußere Abtreibehandlung beseitigt und wurden somit der Kriminalpolizei weitere diesbezügliche Ermittlungen erspart. Die Feststellung einer Schwangerschaft durch Sofortuntersuchung hatte also wertvolle praktische Folgen. In einem kleinen Teil der Fälle wurden die vor der Untersuchung leugnenden Personen geständig, in dem größeren Teil konnte durch die Untersuchung eine abtreiberische Handlung ausgeschlossen werden.

Während die Feststellung einer Schwangerschaft in der Regel keine wesentlichen Schwierigkeiten zu bereiten pflegt, ist die Beurteilung der Frage, ob eine Fehlgeburt stattgefunden hat, oft schwierig, ja kann, vom forensischen Standpunkt aus recht bedauerlicherweise, unmöglich sein. Wozu diese diagnostischen Schwierigkeiten führen können, möge ein Fall zeigen, den ich vor 1933 zu bearbeiten hatte. Durch unbedachte Äußerung eines Arztes (Verletzung des Berufsgeheimnisses) hatte das Amtsgericht Kenntnis davon bekommen, daß ein junges Mädchen einen kriminellen Abort durchgemacht hatte. Dem Gericht war auch die Abtreiberin bekannt, es durfte seine Kenntnis in Rücksicht auf den Arzt aber nicht auswerten. Es konnte das Verfahren gegen die Abtreiberin und ihr Opfer nur durchführen, wenn der gerichtsärztliche Beweis eines stattgefundenen Abortes erbracht würde. Da dieser nicht zu führen war, mußte das Verfahren eingestellt werden. Derartige Fälle sind aber verhältnismäßig selten. In der Mehrzahl der Fälle hinterläßt auch eine Fehlgeburt Spuren, und die Frage, ob bei einem Weibe überhaupt einmal ein Abort stattgefunden hat, wird sich nach den Erfahrungen, die mit der gynäkologischen Sofortuntersuchung in Hamburg gesammelt wurden, meistens mit einiger Sicherheit beantworten lassen.

An den 63 untersuchten weiblichen Personen konnte, wie schon gesagt, in $\frac{2}{3}$ der Fälle, 2mal unter Heranziehung des Ergebnisses der Schwangerschaftsreaktion, eine Schwangerschaft nicht angenommen werden. Unter diesen Fällen fanden sich nur 3, in denen keine Zeichen eines durchgemachten Abortes gefunden wurden, in denen aber tatsächlich ein solcher stattgefunden hatte. 18mal wurden einwandfrei Spuren stattgehabter Fehlgeburten nachgewiesen. Sie bestanden aus Klaffen des äußeren Muttermundes, aus Eröffnung der Zervix, aus Bräunung der Brustwarzen und Warzenhöfe sowie aus Absonderung aus den Brustwarzen (milchige Flüssigkeit). In dreien dieser Fälle war die Beschaffenheit des Uterus so weich, daß den Schwangerschaft und Abtreibung abstreitenden Untersuchten auf den Kopf zu und mit Erfolg des Geständnisses gesagt werden konnte: „Ihr habt in den letzten Tagen eine Fehlgeburt durchgemacht!“

Im Gegensatz zu diesen 3 Fällen machte in einem Fall von Zustand nach Abort der Befund einen Abort in jüngster Zeit unwahrscheinlich und führte zu einer wichtigen Aufklärung. Die Untersuchte, eine vorbestrafte Betrügerin, hatte einen Arzt beschuldigt, vor kurzer Zeit für RM 6100 eine Abtreibung an ihr vorgenommen zu haben. Nach Vorhalt des gegen diese Anschuldigung sprechenden Befundes entschloß sich die Betrügerin zum Widerruf ihrer Anschuldigung.

In den übrigen 21 Fällen, in denen keine Schwangerschaft anzunehmen war, handelte es sich 3mal um den eindeutigen

¹ M. m. W. 1937 Nr. 32.

Zustand nach einer Geburt und 18mal um einen virginellen Uterus, dessen Zustand mit den glaubhaften Angaben der Untersuchten übereinstimmte, zu deren Angaben auch das in diesen Fällen nicht unwichtige Fehlen von Kolostrum paßte.

Es konnten also auch in den 42 Fällen ohne Schwangerschaft durch gerichtsärztliche Sofortuntersuchung wertvolle Ergebnisse gewonnen werden, einmal, was die Überführung von Verdächtigen anbetrifft: 4 Fälle (3 positiv, 1 negativ), sodann, was die hinreichend sichere Entlastung der Verdächtigen anbetrifft: 18 Fälle.

Zusammenfassung: Die in Hamburg seit 1934 durch die Kriminalpolizei veranlaßte, im Gerichtsärztlichen Institut durchgeführte gynäkologische Sofortuntersuchung zeigt, daß sie eine für die Kriminalpolizei wichtige Ermittlungsmethode bei fraglichen Abtreibungen darstellt. Die Durchführung der Untersuchungen ergab in 43 von 63 Fällen entscheidende Aufklärung: in über 10% der Fälle in positivem Sinne des Verdachtes auf abtreiberische Handlung, in über 50% der Fälle in negativem Sinne.

(Anschr. des Verf.: Hamburg, Hafenkrankehaus, Gerichtsärztl. Inst.)

BERICHTE AUS DEM AUSLANDE

Aus England, den Vereinigten Staaten von Nordamerika und Frankreich

Über Medizinstudium

Von Dr. J. P. zum BUSCH in Liestal (Schweiz)

Über die *Richtlinien*, welche die British Medical Association (der englische Ärztenbund) zur Neuordnung des ärztlichen Studiums aufgestellt hatte, konnte ich in Nr. 47 dieser Wochenschrift (1936) berichten. Seither hat das *General Medical Council*, die (nicht staatliche) Körperschaft, welche die ärztliche Erziehung bestimmt und beaufsichtigt, die Neuordnung bekanntgegeben, welche vom 1. I. 1938 an in Kraft getreten ist. An dieser Neuordnung haben mitgewirkt die schon oben genannte British Medical Association, das Gesundheitsministerium, die Gewerkschaften (Trades Union Congress), 22 der 23 Körperschaften, welche ärztliche Prüfungen abhalten und die Erlaubnis zur Praxisausübung (licence) erteilen können, und 17 der 25 ärztlichen Fachschulen. Die *neuen Bestimmungen*, die in mehrjähriger gemeinsamer Arbeit festgelegt wurden, fordern von jedem, der sich als Medizinstudent einschreiben (es ist dazu eine bestimmte Registrierung nötig) lassen will, das Zeugnis über das Bestehen einer anerkannten Prüfung in allgemeiner Erziehung (diese von Schulen, Universitäten und zahlreichen anderen Erziehungsanstalten abgehaltenen Examina sind nicht so einheitlich geregelt und nicht so schwierig wie z. B. die Abiturientenprüfungen in Deutschland) und ferner ein Zeugnis über bestandene Prüfung in Chemie, Physik und Biologie mit Einschluß der grundlegenden Tatsachen der pflanzlichen und tierischen Struktur, der Lebensgeschichte und Funktion und einer Einführung in die Entwicklungsgeschichte. Das biologische Examen kann auch nach der Registrierung, aber vor Beginn des eigentlichen Medizinstudiums abgelegt werden.

Wir sehen also, daß in England ein Teil dessen, was in Deutschland die *vorklinischen Semester* ausfüllt, schon vor Beginn des eigentlichen Studiums erledigt wird, allerdings wohl auf Kosten der Allgemeinbildung. Das Studium muß mindestens 5 akademische Jahre dauern, wobei lange Ferien ausgeschlossen sind. Die ersten 2 Jahre dienen dem Erlernen wissenschaftlicher, auf die Heilkunde bezüglicher Dinge, vor allem der Anatomie und Physiologie, doch wird von Anfang an eine Einführung in die klinischen Methoden angestrebt, auch sollen alle Lehrer durch die ganzen 5 Jahre hindurch immer wieder darauf hinweisen, wie sich die normale Gesundheit erhalten läßt und wie man Krankheiten des einzelnen und der Gesamtheit verhüten kann. Nichts ist wichtiger, als dem werdenden Ärzte immer von neuem die alles überragende Bedeutung der *Prophylaxe* einzuprägen. In der Anatomie soll der ganze Kadaver präpariert werden, daneben aber muß auch Anatomie am Lebenden gelehrt werden. Dazu kommen embryologische, histologische und genetische Kurse. Die *Physiologie* soll außer der allgemeinen Physiologie besonders die Chemie und Physik der Körperfunktionen behandeln, und zwar, soweit dies möglich ist, sollte dies am Menschen studiert werden. Ferner werden

in den ersten 2 Jahren gelehrt die Grundlagen der normalen *Psychologie*, die *Methoden der klinischen Untersuchung* (mit Einschluß des Augenspiegels, der Untersuchung des Harns, des Blutes usw.). Als erste Einführung in die *Pathologie und Bakteriologie* dient eine Vorlesung über die *Reaktionen des Körpers auf Traumen und Infektionen*. Schließlich vermittelt man dem Studenten auch noch die *Grundlagen der Arzneikunde*.

Nach diesen ersten 2 Jahren unterzieht sich der Student einer Prüfung, hat er sie bestanden, so geht er für die nächsten 3 Jahre zur *klinischen Ausbildung* an das einer anerkannten Fachschule angegliederte Krankenhaus. Die ersten 2 Jahre können auch auf der Fachschule verbracht werden, wer aber später einmal Krankenhausarzt und Konsiliararzt werden will, absolviert sie oft auf einer Universität, da er dadurch Gelegenheit erhält, den Grad eines *Baccalaureus* zu erwerben, dem später der *Doktorgrad* folgen kann. Das klinische Studium muß mindestens 3 Jahre dauern. Es ist vorwiegend praktischer Art, erfolgt am Krankenbett und im Laboratorium und stützt sich nur in geringem Maße auf theoretische Vorlesungen. In der *inneren Medizin* sind vorgeschrieben 6monatliches Famulieren in den Sälen der Klinik, wobei der Student 1 Monat im Krankenhaus selbst wohnen muß und eine gewisse Selbständigkeit als Unterassistent genießt. Wenigstens 1 Monat muß er auf einer Kinderstation famulieren und 3 Monate in der Poliklinik. Während des ganzen klinischen Studiums wird gemeinschaftlich von den Klinikern und den Lehrern der Anatomie und Physiologie ein fortlaufender Unterricht in angewandter Anatomie und Physiologie erteilt, was sehr nachahmenswert erscheint. Großes Gewicht wird auch auf physikalische Therapie, Diätetik, Krankenpflege und ähnliches gelegt. Im übrigen werden Spezialitäten, wie Nerven- und Geisteskrankheiten, Kinderkrankheiten, Augenheilkunde, Ohren- und Nasenkrankheiten usw., *nicht als besondere Fächer*, sondern im Anschluß an die 3 Hauptkliniken gelehrt.

Auch in der *chirurgischen Klinik* muß der Student 6 Monate famulieren, mindestens 1 Monat im Krankenhaus wohnen und 3 Monate lang im chirurgischen Ambulatorium arbeiten. Er wird im Narkotisieren unterwiesen, muß die kleine Chirurgie am Lebenden ausüben und wird, was bei der verhältnismäßig geringen Zahl der an den vielen Fachschulen Studierenden möglich ist, stets zum Mitarbeiten und Selbstangreifen gehalten. Ähnlich ist es auf der *Frauenklinik*. Auch hier wird 6 Monate famuliert, dabei muß der Student aber mindestens 2 Monate als Zögling der Entbindungsstation im Krankenhaus wohnen und mindestens 20 Geburten beiwohnen, wobei ihm Gelegenheit zur Untersuchung und auch zu kleineren Eingriffen gegeben wird. Besonders wird Gewicht auf den praktischen Unterricht in der ante- und post-partum-Beratung sowie in der Säuglingspflege gelegt. Außer den klinischen Fächern werden *Pathologie, Pharmakologie, Hygiene, gerichtliche Medizin* und, last not least, *gesetzliche und ethische Pflichten des Arztes* gelehrt.

In der Medical Society of London fand am 25. I. unter Vorsitz von Sir WILLIAM WILLCOX eine Aussprache über „die experimentelle und Laboratoriumsausbildung der Medizinstudenten“ statt. BEATTIE ging von dem bekannten Ausspruch