

Allgemeines.

Glaister, John: The police surgeon in relation to forensic medicine. The teaching of forensic medicine. (Polizeiärztliche und gerichtliche Medizin. Der Unterricht in der gerichtlichen Medizin.) Brit. med. journ. Nr. 3479, S. 448—451. 1927.

In England ist die gerichtliche Medizin seit langen Jahren Prüfungsfach. In allen klinischen und theoretischen Fächern lerne der Student Dinge, die er als Arzt in foro verwenden kann. Die speziellen Fragestellungen, zumal die rechtlichen Gesichtspunkte, denen der junge Mediziner gerne aus dem Wege geht, könne er aber nur in dem gerichtlich-medizinischen Kurs und den Vorlesungen lernen. Die gerichtlichen Fälle seien jedoch von den kurativ gelagerten grundverschieden. Es komme auf besonders sorgfältige Beobachtung und Aufzeichnung der Tatsachen eines Falles und die logischen Schlußfolgerungen hieraus an. Verf. kritisiert die gerichtlichen Gutachten praktischer Ärzte, die sehr oft sachlich und formell unzureichend seien; er hebt hervor, daß gerichtlich-medizinische Kenntnisse und Erfahrungen nicht aus Büchern geschöpft werden könnten; diese hingen vielmehr von der praktischen Erfahrung des Lehrers und Schülers ab. Die gerichtlich-medizinischen Kurse müßten noch mehr auf praktische Mitarbeit des Studenten abgestellt werden. In Schottland hat die gerichtliche Medizin bereits die ihr gebührende Stellung; es bestehen 3 Ordinariate und eine außerordentliche Professur. Beim Abschlußexamen werden schriftliche gerichtlich-medizinische Prüfungsarbeiten gestellt; eine mündliche und praktische Prüfung schließt sich an. In Schottland wird die gerichtliche Medizin beim „Diplomexamen“ sogar mit der „allgemeinen Gesundheitslehre“ auf gleiche Stufe gestellt. Verf. schildert die gerichtsärztliche Tätigkeit der Polizeiunfallärzte und gerichtlich-medizinischen Examinatoren; er macht Vorschläge, wie sich Studenten und praktische Ärzte durch regere Teilnahme an deren Arbeiten fortbilden könnten.

In der Aussprache wurde hervorgehoben, daß die Ausbildung in der gerichtlichen Medizin auch in England auf das letzte Studienjahr verlegt werden sollte. Die Schulung in der gerichtlichen Medizin könne nur an den entsprechenden Instituten erfolgen, da dort neben erfahrenen Dozenten Lehrsammlungen vorhanden seien. Es sollte allgemein angeordnet werden, daß künftig die sämtlichen einschlägigen Untersuchungen und Sektionen nur an gerichtsärztlichen Instituten stattfinden. Kostenersparnis und wirklich fachmännische Begutachtungen gingen dann Hand in Hand.

Buhtz (Königsberg i. Pr.).

Mazel, Pierre: La preuve en médecine légale. Sa nature. Ses limites. Ses difficultés. (Der Beweis in der gerichtlichen Medizin, seine Natur, Grenzen und Schwierigkeiten.) Journ. de méd. de Lyon Jg. 8, Nr. 189, S. 583—588. 1927.

Der Wert der medizinischen Beweisführung ist begrenzt durch das Wesen der biologischen Gewißheit und durch die Ungenauigkeit unserer Kenntnisse über zahlreiche ätiologische Probleme. Wenn es auch notwendig ist, unser Gutachten in klarer und entschiedener Form niederzulegen, so muß im einschlägigen Falle auch auf etwaige Zweifel hingewiesen werden.

Schönberg (Basel).

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Bruns, O.: Erzeugen die Wiederbelebungsverfahren einen künstlichen Blutkreislauf? (Med. Poliklin., Univ. Königsberg.) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 53, Nr. 45, S. 1905—1906. 1927.

Den bei künstlicher Atmung durch Blutdruckschwankungen im Arterien- und Venensystem hervorgerufenen künstlichen Kreislauf (ein Hin- und Herpendeln der Flüssigkeitssäule) nennt man seit Schiff Notkreislauf. Bruns bestreitet einen künst-

lichen Kreislauf und sucht das in der Arbeit durch Versuche nachzuweisen. Was erreicht wird, ist lediglich ein Hin- und Herwallen der Blutsäule, und zwar gleichzeitig und gleichgerichtet im Venen- und Arteriensystem. Die künstliche Atmung wie die Herzmassage wirken in den schwersten Fällen nicht durch die Anregung der Blutbewegung, sondern durch reflektorische und mechanische Reize auf Zentralnervensystem und Herz.

H. Stegemann (Dortmund).

Fischer, Hermann: Zur Herzwiederbelebung. (*Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.*) Arch. f. klin. Chir. Bd. 146, H. 2/3, S. 550—561. 1927.

Unter Mitteilung von zwei sehr interessanten Beobachtungen von Herzstillstand bei bzw. nach operativen Eingriffen werden die verschiedenen Methoden der Wiederbelebung des Herzens und die möglichen Folgen eines vorübergehenden Herzstillstandes besprochen.

Bei den Fällen eigener Beobachtung handelte es sich einmal um operative Lösung des verwachsenen Herzbeutels, nach welcher vollständig unbeeinflussbare Lähmung der rechten Herzhälfte eintrat, während der linke Ventrikel durch intrakardiale Adrenalininjektion, mechanische Reize und Herzpunktion wenigstens vorübergehend noch zum Schlagen gebracht werden konnte. Die Ursache der rechtsseitigen Herzlähmung war vollständige schwielige Entartung der Muskulatur des rechten Ventrikels. Der andere Fall betraf eine Herzlähmung während der Operation einer eitrigen Peritonitis, die durch intrakardiale Injektion von Adrenalin und Wiederbelebungsvorversuche behoben, aber von einem 12 Stunden währenden Zustand der Bewußtlosigkeit mit tonischen und klonischen Krampfstufen gefolgt war. Hiernach trat wieder Herzlähmung ein, die, wiederum zunächst erfolgreich mit Adrenalininjektion behoben, von andauernden Krämpfen gefolgt war. Nach Lumbalpunktion wurden sowohl die Herztätigkeit wie Atmung regelmäßig, ebenso hörten die Krämpfe auf, aber nach 24 Stunden erfolgte endgültiger Herzstillstand und Tod. Die histologische Untersuchung des Gehirns ergab Hirnödem, multiple perivaskuläre Blutungen infolge von Gefäßwandschädigungen. Die Hirnveränderungen werden als Folge vorübergehenden Herzstillstandes aufgefaßt.

Verf. glaubt, daß auf Grund dieser Beobachtung künftighin bei ähnlichen Zuständen nach vorübergehender Herzlähmung außer den sonst bekannten Wiederbelebungsmethoden auch eine Lumbalpunktion frühzeitig angewendet werden sollte.

Oskar Meyer (Stettin).

Lützel, H.: Über den gegenwärtigen Stand und die Bedeutung der Lehre von den Blutgruppen, nebst Mitteilungen über eigene Untersuchungen. (*Pathol. Inst., Univ. München.*) Arch. f. Gynäkol. Bd. 131, H. 2, S. 171—187. 1927.

Die an Leichenblut vorgenommenen Untersuchungen ergaben geringe prozentuale Verschiebungen bei gewissen Erkrankungen und zwar fanden sich

bei Arteriosklerose	50% der Gr. O
bei Tuberkulose als Hauptbefund	48% der Gr. A
bei Tuberkulose als Nebenfund	48% der Gr. O
bei Lues	48% der Gr. A
bei Gallensteinerkrankungen	38% der Gr. O

Besondere Schlüsse auf eine bestimmte Disposition einer Blutgruppe für irgendeine Erkrankung sind daraus nicht zu ziehen.

Gg. Strassmann (Breslau).

Jacobi, J.: Übersicht über die Lehre und den bisherigen Stand der Blutgruppenforschung, mit besonderer Berücksichtigung des Forensischen. (*Klin. f. psychische u. nerv. Krankh., Univ. Gießen.*) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 29, Nr. 46, S. 510 bis 515. 1927.

Übersicht über den Stand der Blutgruppenforschung und ihre forensische Anwendung, ohne wesentlich Neues zu bringen. Bei der Verteilung nach Blutgruppen unter 360 Kranken der Gießener Irrenanstalt fanden sich 37,2 der Gruppe O, 50,3 der Gruppe A, 10,6 der Gruppe B, 1,9 der Gruppe AB. Ein Zusammenhang zwischen Blutgruppenzugehörigkeit, Malariaimpfung und spätsyphilitischer Erkrankung wurde nicht festgestellt.

Gg. Strassmann (Breslau).

● **Herxheimer, Gotthold: Grundriß der pathologischen Anatomie. Spez. Tl. 19. Aufl. d. Schmausschen Grundrisses d. pathol. Anat.** München: J. F. Bergmann 1927. S. XV—XX, 315—695 u. 200 Abb. RM. 33.—

Daß bereits die 19. Auflage der Schmausschen Grundrisses notwendig wurde, dürfte andeuten, daß sich das Buch großer Beliebtheit besonders unter der Studierenden erfreut.

In dem hier vorliegenden speziellen Teil, welcher 310 Seiten umfaßt und 200 zum Teil farbige Abbildungen enthält, werden in 12 Kapiteln die Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe die des Zirkulations-, Atmungs- und Verdauungsapparates sowie der großen Verdauungsdrüsen, des Nervensystems, des Bewegungsapparates, der Geschlechtsorgane, der endokrinen Drüsen, der äußeren Haut sowie die Infektionskrankheiten behandelt. Als Anhang folgen die wichtigsten Maß- und Gewichtsangaben sowie ein alphabetisches Sachverzeichnis. Die Ausstattung seitens des allbekannten Verlegers trägt den modernsten Anforderungen in ausgiebigster Weise Rechnung, so daß dieser immerhin schon recht umfangreich gewordene „Grundriß“ noch weitere Freunde finden wird.

K. Reuter (Hamburg).

Böhne, Carl: Beiträge zum Problem der apoplektischen Hirnblutung. (*Pathol. Inst., med. Akad., Düsseldorf.*) Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 78, H. 2, S. 260—282. 1927.

Der Arteriosklerose, namentlich an der Basis und den Verzweigungs- und Abgangsstellen der größeren Gefäße wird große Bedeutung beigemessen; „wir haben in unseren Fällen eine schwere Arteriosklerose nie vermißt“. — Verf. glaubt, an der Idee von der primären Erkrankung des Hirngewebes mit sekundärer Beteiligung der Gefäßwände mit ihrer ausschlaggebenden Bedeutung für die Pathogenese der apoplektischen Hirnblutung festhalten zu müssen. — Wie aber entsteht die „primäre weiße Erweichung“? Abgelehnt werden: fermentative Schädigung (Rosenblath); Zerstörung normalen Hirngewebes durch Blutung infolge Ruptur (Lindemann); funktionelle Zirkulationsstörungen (Westphal). Eigene Ansicht: 2 Faktoren bedingen Ischämie, die zu Nekrose der Hirnsubstanz führt: 1. mechanische Kreislaufbehinderung bei Atherosklerose extra- und intracerebraler Gefäße; 2. Spasmus der Arterien der Basis und Pia. Besonders wichtig arteriosklerotische Veränderungen an funktionell besonders beanspruchten Abgangsstellen größerer arterieller Äste. Die Diapedese von Erythrocyten geht nicht mit Angionekrose einher; Faserdesimpragnation und Hyalinablagerung sind nicht Zeichen von Angionekrose. Erythrocyten und Plasma treten in die Hirnsubstanz aus infolge gestörten Gewebgleichgewichts bei arteriellem Hochdruck und venöser Stase in primär erweichtem Gewebe. Die große Blutung entsteht durch Ruptur eines geschädigten Gefäßes im weißen Erweichungsherd, wobei gesundes Hirngewebe nicht einbegriffen wird.

Hiller (Chicago).°°

Krischner, Harald: Beiträge zur Einteilung der verschiedenen Formen der Herzklappenentzündungen. (*Pathol.-anat. Inst., Univ. Graz.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 265, H. 3, S. 545—582. 1927.

Der vorliegenden Abhandlung liegt ein kurzer Vortrag zugrunde, den Beitzke auf der 86. Deutschen Naturforscherversammlung gehalten hat und in welchem dieser — bisher nur kurz in der Berliner klinischen Wochenschrift veröffentlicht — eine neue Einteilung der verschiedenen Endokarditisformen vorgeschlagen hat. Der Verf. der vorliegenden Arbeit untersucht nun das Material des Grazer pathologischen Instituts im Hinblick auf die von Beitzke gebrachten Vorschläge und legt 78 Fälle von Endokarditis, also eine recht ansehnliche Zahl von Beobachtungen, seinen Ausführungen zugrunde. Selbstverständlich können sehr häufig Übergänge von einer Form zur anderen gefunden werden. Beitzke hat zwei große Gruppen vorgeschlagen: die gutartigen und die bösartigen Formen. Die gutartige Form wird als Endokarditis simplex oder verrucosa bezeichnet, während die bösartige Form, die Endokarditis septica oder mycotica wieder in 3 Untergruppen eingeteilt wird: die E. polyposa, die E. ulcerosa und eine Mischform der beiden die E. ulcerosa et polyposa. Bei der E. simplex sitzen am Schließungsrande der Klappen kleine, ziemlich derbe blaß-gelbliche bis blaß-rote Auflagerungen; bei der E. polyposa erstreckt sich das Gebiet der Auflagerungen über den Schließungsrand hinaus noch auf Klappe ev. auf Sehnenfäden und Wandendokard, wobei die Auflagerungen weich, leicht abreißbar, grüngelb bis braunrot erscheinen. Als E. ulcerosa, der reinen Form, sind wirkliche Geschwüre an den Klappen die Voraussetzung; sie können auch mit Auflagerungen verbunden sein. Noch mehr wie das makroskopische Verhalten möchte K. den mikroskopischen Befund maßgebend sein lassen. Bei der Darstellung seines Materials gruppiert K. die Fälle: 1. E.

simplex (36 Fälle), es war 21mal allein das Mitralostium befallen, 9mal mit anderen Klappen, 12mal auch die Aortenklappen beteiligt mit der Mitralis und 4mal allein, nur 2mal war die Tricuspidalklappe beteiligt. Mikroskopisch wurde das Fibrin stets vermißt, die Neigung zur Bindegewebsbildung und Hyalinisierung war sehr stark ins Auge fallend, keine pathogenen Mikroorganismen. Als 2. Gruppe wird die *E. rheumatica* an 6 Fällen erläutert, auch hier in keinem Fall Bakterienbefunde, z. T. in den Infiltraten Aschoffsche Knötchen, auch wieder weitgehende Organisation der nur äußerst wenig fibrinhaltigen Auflagerungen. Mäßige Durchsetzung mit Lymphocyten, Fibroblasten und leukocyten Elementen. Alle Fälle waren jugendliche Personen. In der 3. Abteilung werden 35 Fälle als *E. polyposa*, z. T. *polyposa et ulcerosa* beschrieben, oft sind es nach dem anatomischen Bild recurrierende Fälle, hier waren alle Altersklassen vertreten. In erster Linie stehen wieder die linksseitigen Herzklappen (Mitralklappen 11 mal allein, 17 mal mit den Aortenklappen zusammen, 5 mal die Aortenklappen allein, 4 mal die Tricuspidalklappen, darunter nur 1mal isoliert erkrankt). Häufig gehen die Auflagerungen auf die Sehnenfäden über, ebenso auch auf das linke Vorhofendokard, seltener auf das Ventrikelendokard und die Aortenwandungen, auch Durchbrüche durch das Mitralsegel oder ein Umwachsen desselben wurde 7mal gesehen. Mikroskopisch erinnern die Auflagerungen nicht selten an diphtherische Pseudomembranen mit starker Fibrinabscheidung, Leukocyten einwanderung, nekrotisierendem Kernzerfall und oft recht reichlicher Entwicklung von Mikroorganismen (Streptokokken überwiegend). In den Rändern der Bakterienmassen sind die einzelnen Individuen noch kenntlich, nach innen zu scheinen sie degeneriert zu sein, nicht selten verkalkt, z. T. (9mal) waren Bakterien überhaupt nicht nachzuweisen. In 11 Fällen dagegen waren sämtliche Bakterien offenbar schon im Untergang begriffen und die Auflagerung in weitgehender bindegewebiger Umwachsung. In dem ganzen Material fand K. nur einen einzigen Fall, der der typischen ulcerösen Endokarditis zuzurechnen ist, aber auch hier waren neben den oberflächlichen Geschwüren auf den Klappen ältere Prozesse makroskopisch und mikroskopisch nachweisbar. Ziemlich häufig ist in den veränderten Klappen die Blutgefäßentwicklung. Also ist bei der Endokarditis simplex der Prozeß auf den Schließungsrand beschränkt, die Polypen nur höchstens stecknadelkopfgroß, bakterienfrei, fibrin- und leukocytenfrei, die meist aus Plättchenthromben, Blutzellen und Endothelien bestehenden Auflagerungen werden organisiert. Ausgang: Vernarbung. — Bei *E. maligna*: die polypösen Wucherungen meist den Schließungsrand überschreitend, auf Klappe, Sehnenfäden und Endokard übergehend, Größe und Massigkeit der Auflagerungen. Mikroskopisch reichlich Bakterien, Fibrin und Entzündungszellen, im Klappengewebe Nekrosen des Klappengewebes, die Auflagerungen auch z. T. in Organisation, Neigung zu Verkalkung. Bei der *E. maligna ulcerosa* oberflächliche Bakterienentwicklung (massenhaft!), Nekrosen des Klappengewebes, Demarkationswall. Die *E. rheumatica* läßt sich in das Beitzkesche Schema nicht einreihen, sie steht etwa in der Mitte zwischen Endokarditis simplex und *E. polyposa*. — Die meist als *E. chronica fibrosa* bezeichneten Bilder sind natürlich Ausheilungsfälle der genannten Formen, richtiger werden sie meist als „Klappenschumpfung nach Endokarditis“ bezeichnet.

H. Merkel (München).

Gesetzgebung. Kriminologie. Strafvollzug.

● Eberding, Walter: Gesundheitswesen und Medizinalpolitik im Entwurfe eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches nebst amtlicher Begründung und kritischer Stellungnahme. Eckernförde: J. C. Schwensen 1927. 117 S. RM. 3.60.

Verf. stellt im vorliegenden Bändchen in übersichtlicher Form die für den Mediziner wichtigen Bestimmungen des Entwurfes zum Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuch, wie er zurzeit dem Reichstag zur Beschlußfassung vorliegt, zusammen. Dem Text der einzelnen Paragraphen läßt er ihre Begründung und eine Stellungnahme folgen, in welcher er das Für und Wider vom ärztlichen Gesichtspunkte aus erörtert und bei Unklarheiten und Mängeln berechtigten Forderungen Gehör zu verschaffen versucht. Längere Ausführungen widmet Eberding den Abschnitten über den neuen Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit, den er für überflüssig und in seinen möglichen Folgen für schädlich hält, sowie über das große