

Referate.

Allgemeines.

● **Handbuch der inneren Medizin.** Begr. von L. MOHR u. R. STAEHELIN. 4. Aufl. Hrsg. v. G. v. BERGMANN, W. FREY, H. SCHWIEGK. Bd. 1: Infektionskrankheiten. Teil 1: Bearb. von A. ASCHENBRENNER u. a.; Teil 2: Bearb. von L. FISCHER u. a. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1952. Teil 1: XVI, 1536 S. u. 417 Abb. Geb. DM 204.—. Teil 2: XV, 1225 S. u. 293 Abb. Geb. DM 170.—.

Der vorliegende Band des bekannten Handbuches bringt verhältnismäßig viele Berührungspunkte mit der gerichtsmmedizinischen Praxis, so daß er für den Gerichtsmediziner als Nachschlagewerk sehr empfehlenswert ist. In dem von HÖRING bearbeiteten Abschnitt *Pocken* wird die auch den Gerichtsmediziner interessierende Frage der *Impfencephalitis* erschöpfend und kritisch behandelt, sie ist aus unbekanntem Gründen in letzter Zeit viel seltener geworden. Klinisch differentialdiagnostisch muß auch an eine Meningitis tuberculosa gedacht werden. Pathologisch-anatomisch stehen bei der *Impfencephalitis* im Vordergrund Zerfall der parenchymatösen Elemente und Gliawucherungen, welche nicht geschlossen herdförmig, sondern mehr aufgelockert und streifig die Gefäße und vornehmlich die kleinen Venen begleiten. Die Ätiologie dieser Erkrankung ist noch nicht eindeutig geklärt. Die einzelnen Hypothesen werden besprochen. Die Mehrzahl der Wissenschaftler scheint jetzt der Auffassung zuzuneigen, daß es sich um einen Prozeß allergischer Art handelt, gewissermaßen eine Art Selbstverdauung des Hirngewebes. Bei der Besprechung der *Parotitis epidemica*, die von H. KLEINSCHMIDT gegeben wird, werden das Problem der Entstehung der Orchitis bei Knaben und die Folgen dieser Erkrankung nur kurz behandelt. Hervorgehoben wird weiterhin die Komplikation der Meningitis serosa, die hier und da unter Konvulsionen und Koma zum Tode geführt hat. Als weitere Komplikation wird die Encephalitis und Encephalomyelitis erwähnt, die manchmal in die Erscheinungen der LANDRYschen Paralyse übergeht. Das Bild der LANDRYschen Paralyse ist übrigens auch als Folge einer Myelitis und Meningomyelitis im Anschluß an eine Grippe in seltenen Ausnahmefällen bekanntgeworden, wie sich aus der Darstellung dieser Erkrankung von MASSINI und H. BAUR ergibt. An eine solche Ätiologie wird man bei der Klärung unerwarteter Todesfälle in geeigneten Augenblicken denken müssen. Aus der Darstellung der *Encephalitis lethargica*, die von W. LÖFFLER und F. LÜTHY stammt, ergibt sich, daß diese Erkrankung auch in so akuter und schwerer Form auftreten kann, daß der Tod in weniger als 24 Std unter unklaren cerebralen Erscheinungen auftritt. Die septischen Erkrankungen werden von K. BINGOLD dargestellt. Aus den ausführlichen Ausführungen sei herausgegriffen, daß Verf. bezüglich der Entstehung einer mehr oder minder akuten septischen Erkrankung auf Grund eines chronischen Entzündungsherdens skeptisch ist, er verlangt im großen und ganzen das Vorhandensein einer unter Druck stehenden, wenn auch kleinen Eiterhöhle. Auch die puerperale Sepsis wird besprochen, wobei allerdings auf forensische Gesichtspunkte nicht eingegangen wird. Im Anschluß an eine *Diphtherie*, deren Pathologie eingehend von HOTTINGER beschrieben wird, findet auch das Diphtherie-Herz eine eingehende Darstellung. Eine Lähmung des Sinusknotens durch das Diphtherietoxin kann mitunter vor Auftreten von klinischen Erscheinungen zu einem plötzlichen Versagen des Kreislaufes führen. In dem von GSELL bearbeiteten Abschnitt *Meningokokkeninfektionen* findet auch die akute Meningokokkensepsis Erwähnung, die häufig mit Nebennierenblutungen einherzugehen pflegt (Syndrom von WATERHOUSE-FRIDERICHSEN). Aus voller Gesundheit heraus setzt unter Umständen ein schweres Kranksein mit hohem Fieber, auffälliger Blässe, Unruhe, Erbrechen und Durchfall, mitunter begleitet von Hautpurpura, ein, das in kürzester Zeit einen schweren tödlichen Kreislaufkollaps verursachen kann. Bei der von BINGOLD verfaßten Darstellung des *Typhus abdominalis* und des *Paratyphus* wird sehr prägnant das Bild der paratyphösen akuten Gastroenteritis gezeichnet. Diese Erkrankung weist immerhin eine Mortalitätsziffer von 7% auf. Bei der Besprechung der Differentialdiagnose werden Vergiftungen durch Arsen, Bariumsalze, Methylalkohol, Phenole, Pilze (*Amanita phalloides*) und auch durch Nitrite kritisch mit dem Krankheitsbild der paratyphösen Gastroenteritis verglichen. Unter der Rubrik *Fleischvergiftung* wird der Botulismus einschließlich seiner pathologischen Anatomie eingehend dargestellt. Bei Schilderung der *Bazillenruhr*, die von G. WALTER stammt, wird differentialdiagnostisch die Hungerkachexie und die Quecksilbervergiftung besprochen. Besonderes gerichtsmmedizinisches

Interesse hat die Darstellung des *Tetanus*, die wir F. LINDER verdanken. Nach den von der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde aufgestellten Leitsätzen wird neben anderen Maßnahmen nach Verletzungen die prophylaktische Gabe von Tetanusantitoxin in ausreichender Dosis empfohlen, insbesondere bei Straßenverletzungen, landwirtschaftlichen und gärtnerischen Verletzungen, bei Verletzungen durch den Schuh hindurch und am Unterbau von Automobilen und bei offenen groben Zertrümmerungen mit Holzsplitterverletzungen. Da die Serumprophylaxe trotz ihrer Erfolge auch gewisse Nachteile besitzt, ist eine gerichtliche Verurteilung eines Arztes wegen der Nichtgabe von Tetanusserum nach einer banalen Verletzung nach Auffassung des Verf. so gut wie immer unberechtigt. Der verantwortungsbewußte Arzt wird gut tun, die letzte Entscheidung dem Kranken bzw. bei Kindern deren Eltern zu überlassen. Die Darstellung bringt zahlenmäßige Mitteilungen über das Auftreten eines schweren Serumschocks mit 8 tödlichen Ausgängen, ebenso Mitteilungen über die Häufigkeit des Versagens des Schutzmittels. Der von W. MOHR bearbeitete Abschnitt *Lepra* erwähnt die gelegentlich bei der Identifizierung durch Daktyloskopie auftretenden Schwierigkeiten der Veränderung des Papillarlinienbildes durch die Lepra nicht. Im Abschnitt *Keuchhusten*, der von E. GLANZMANN verfaßt ist, werden die nervösen Komplikationen dieser Infektionskrankheit, die mitunter zum Tode führen können, sorgfältig geschildert, ebenso die am „*Pertussis-Gehirn*“ vorgefundenen histologischen Veränderungen, sie führen bekanntlich mitunter zu unerwarteten Todesfällen, die vom Gerichtsmediziner untersucht werden.

B. MUELLER (Heidelberg).

M. Fusté: Die Handform dreier verschiedener Berufsgruppen. Homo (Stuttgart) 2, 164—167 (1952).

In der mehr anthropologisch als gerichtlich-medizinisch bemerkenswerten Arbeit werden 3 Typen von Untersuchten einander gegenübergestellt: 1. Universitätsstudenten beiderlei Geschlechts (leptosomer Typ). 2. Handarbeiter, die also beide Hände ständig und intensiver gebrauchen (ebenfalls leptosomer Typ). 3. Baskenballspieler — eine in Spanien sehr beliebte Sportart — männlichen und weiblichen Geschlechts (mehr athletischer Typ). Es werden die Maßzahlen von Länge und Breite der Hände, ferner größte Breite der Hände und des Handgelenkes sowie Längsbreiten- und Handbreitenindex bei den 3 genannten Gruppen in 2 Tabellen vergleichend einander gegenübergestellt. Rechts-Linksdifferenzen fehlen fast gänzlich bei den *Studenten* beiderlei Geschlechts, während bei den *Arbeitern* eine geringe Differenz zugunsten der rechten Hand festgestellt werden konnte. Die Rechts-Linksdifferenzen sind natürlich bei den (rechtshändigen) *Baskenballspielern* am größten, und zwar zeigen — vermutlich infolge der bei den Geschlechtern verschieden geübten Wurftechnik — die männlichen Baskenballspieler eine geringere Rechts-Linksdifferenz als wie die weiblichen Spieler, während bei den männlichen Spielern die ganze rechte Armmuskulatur bis zum Schultergürtel hinauf stärker entwickelt ist als wie bei den weiblichen Spielpartnerinnen.

H. MERKEL (München).

Richard Haag: Die Temperatursteigerungen bei vegetativ-endokrinem Syndrom. [Med. Klin., Krankenh. Ost, Lübeck.] Med. Klin. 1952, 401—404.

Nach einer kurzen Erörterung der Beeinflussung vegetativer Funktionen, im besonderen der Körpertemperatur, durch seelische Vorgänge wird auf den Begriff des „endokrinen“ Fiebers im Sinne von PRINELES eingegangen, das nach den Untersuchungen von CURTIUS und KRÜGER bei Frauen mit dem vegetativ-endokrinen Syndrom (VES), d. h. mit den Zeichen der Ovarialinsuffizienz, der Vasolabilität und Obstipation gefunden worden ist. Es wird weiter über eigene Untersuchungen an 6780, etwa zu gleichen Teilen aus Männern und Frauen bestehenden Patienten berichtet, von denen bei 80 Patienten (1,2%), unter denen sich nur ein Mann befand, nach eingehender klinischer Beobachtung das Bestehen vegetativer Temperaturen angenommen werden mußte. Dabei zeigten unter den 15 Frauen mit febrilen Temperaturen 13 ein ausgeprägtes VES, unter den 65 Patienten — darunter 64 Frauen — mit subfebrilen Werten war in 46 Fällen ein stark ausgeprägtes, in 11 Fällen ein mittelstarkes und in 8 Fällen überhaupt kein VES festzustellen. Der Vergleich der Durchschnittstemperaturen der Frauen mit und ohne VES ergab bei jenen mit VES eine Erhöhung der Morgentemperatur um 0,3° und eine solche der Abendtemperatur um 0,4° gegenüber den Vergleichspersonen. Es besteht somit eine eindeutig positive Korrelation zwischen Hyperthermie und VES. Von den 46 Patientinnen mit subfebrilen Temperaturen hatten 40 (72%) die Zeichen einer Ovarialinsuffizienz aufgewiesen. Diese stelle aber nicht die letzte und einzige Ursache des Syndromes, sondern lediglich den Aktivator einer übergeordneten, erblich-diencephalen Fehlregulation dar. Grundvoraussetzung zur Entstehung dieser Symptome sei also eine erblich-konstitutionelle Reaktionsweise, die dann durch seelische Erlebnisse weitgehend gestaltet werde. Die konstitutionell-vegetative Hyperthermie der Frauen

besitze nicht nur theoretisches, sondern auch erhebliches praktisches Interesse, wie an Hand von 4 Krankengeschichten gezeigt wird. Dabei war es in 1 Falle auf Grund der vegetativen Hyperthermie zu zahlreichen Fehldiagnosen und 6 Fehloperationen gekommen, während in einem anderen Falle die vegetativen Temperaturen zusammen mit vasomotorischen Ödemen und einem accidentellen systolischen Geräusch zu der Fehldiagnose „Endokarditis“ geführt hatten.

ILLCHMANN-CHRIST (Kiel).

E. Marcusson: Die operativen Aufgaben der Krankheits- und Todesursachenstatistik. [Ministerium für Gesundheitswesen der DDR.] Dtsch. Gesundheitswesen 1952, 377—381.

Da das Obduktionsgut der Prosekturen in bezug auf die Gesamtbevölkerung ein ausgewähltes Gut darstelle, sei es nur von geringer Bedeutung für die allgemeine Todesursachenstatistik. In Anlehnung an sowjetische Veröffentlichungen werden Vorschläge zur Auswertung von Vergleichen der Sektionsbefunde mit den klinischen bzw. poliklinischen Diagnosen gemacht. In regelmäßigen Abständen solle der Prosektor dem Ministerium berichten, in wievielen Fällen die Diagnosen übereinstimmen bzw. Differenzen bestehen. Grundsätzlich müsse der Chefarzt entscheiden, ob eine anatomisch-pathologische oder gerichtsarztliche Sektion durchgeführt werden solle. Innerhalb eines Zeitraumes von 12 Std nach dem Tode dürfe nur dann seziiert werden, wenn es zweifelhaft sei, daß gewisse Fragen zu einem späteren Zeitpunkt noch geklärt werden könnten. Um die wirkliche Todesursache für den außenstehenden Personenkreis geheim zu halten, werde sie in einzelnen Ländern der Gesundheitsverwaltung direkt mitgeteilt. Der Arzt sei dann nicht gezwungen, die wahre Todesursache zu verschleiern. Die ärztliche Berichtigung falsch (verschleiert) angegebener Todesursachen auf der offiziellen Sterbeurkunde erfolge in den wenigsten Fällen.

G. E. VOIGT (Jena).

Plötzlicher Tod aus innerer Ursache.

O. Sinani: Aortenarrosion durch ein Ulcus oesophagi. [Allg. öff. Krankenh. Hollabrunn.] Wien. med. Wschr. 1952, 184—185.

Nach Beschreibung der Pathogenese und des klinischen Befundes an Hand der Literaturangaben berichtet der Autor über einen seltenen Fall eines Ulcus oesophagi, das auf dem Wege einer plegmösen Wandentzündung zur Arrosion der Aorta und starken Blutung führte. Die histologische Untersuchung ergab im Grunde des Geschwürs eine ausgesprochene phlegmonöse, teils gangränöse Entzündung, welche auf die Aorta übergriff und eine linsengroße Arrosionsstelle bewirkte. An der Aorta selbst fanden sich außer der Entzündung keine Veränderungen.

SCHÖNBERG (Basel).

Jens Alslev: Die klinische Diagnose des Aneurysma dissecans aortae. [Med. Univ.-Klin. Kiel.] Ärztl. Wschr. 1952, 147—151.

Oggleich das Aneurysma dissecans aortae (A. d.) schon seit langem bekannt ist, wird die klinische Diagnose eines A. d. selten gestellt. Es ist nicht so selten, wie man allgemein annimmt. Auf etwa 450 Autopsien kommt 1 Fall von A. d. In der Medizinischen Klinik Kiel wurden in den letzten 5 Jahren 6 Fälle beobachtet, von denen 3 vor dem Tode diagnostiziert wurden. Mit der Möglichkeit einer Aortenruptur ist bei Hochdruckleiden und Gefäßerkrankungen, dann aber im vorgeschrittenen Alter zu rechnen. Von den 302 Fällen SAHENNANS waren 80% älter als 50 Jahre. In 65% handelte es sich um Männer. Bei den Frauen bestand in 50% der Fälle eine Gravidität. Die in der Kieler Klinik beobachteten Patienten waren über 50 Jahre alt. Die Aortenruptur beginnt meistens mit einem heftigem, in der Brust oder im Bauchraum empfundenen Schmerz, der weitgehende Ähnlichkeit mit dem bei einem Herzinfarkt haben kann. Der Schmerz wird als reißend oder schneidend empfunden und geht mit einem schweren allgemeinen Vernichtungsgefühl einher. Die Schmerzausstrahlung erfolgt zumeist in den Rücken und die Arme, manchmal aber auch in der Richtung der Ausdehnung des A. d., also entlang dem Verlauf der Aorta. Dieser Initialschmerz fehlte nur bei einem Patienten. Im engsten Zusammenhang mit dem Vernichtungsgefühl stehen die übrigen Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Schweißausbruch und Kollaps. Bei 3 Patienten trat außerdem ein starkes Durstgefühl auf. Neben den indirekten Verblutungssymptomen bestanden hin und wieder auch direkte wie z. B. schnell an Ausdehnung zunehmende Weichteilhämatome am Hals, im Bereich der Nieren, an den unteren Extremitäten und gar nicht so selten ein linksseitiger Hämatothorax. Sehr auffällig waren außerdem die starke Unruhe und die psychischen Veränderungen, die eine Differentialdiagnose gegenüber dem Herzinfarkt gestatteten, bei dem der Kranke meist zu Bett liegt und jede überflüssige Bewegung