

linken Seite. Das Geschoß war röntgenologisch sichtbar, und zwar vermutlich im Rückenmarkskanal liegend, in der Höhe zwischen 7. Hals- und 1. Brustwirbel. Es bestand neben Atrophien des linken Armes ein unvollständiges Brown-Séquardsches Syndrom, verbunden mit oculo-pupillären Störungen neben weiteren Zeichen der Sympathicuslähmung und trophischen Störungen der Hand.

Ritter (Halle).

**Wietrich, Antal:** Schußverletzung, für Schnittwunde gehalten. *Orv. Hetil.* 1931 II, 866—867 [Ungarisch].

Eine 54jährige Frau wurde in ihrem Wohnzimmer, am Boden liegend, tot aufgefunden. Der Kopf der Leiche lag in einer größeren Blutlache. An der rechten Schläfe wurde eine dreieckförmige, 35 mm lange, mit der Spitze nach vorne gerichtete, an der Basis 12 mm breite Wunde, welche scharfe Ränder aufwies, vorgefunden. Bei der Totenschau wurde die Verletzung für eine Schnittwunde gehalten. Bei der Besichtigung der Leiche stellte sich heraus, daß es sich um eine Platzwunde handelt, was auch die Obduktion bestätigte, da in der Kopfhöhle ein Bleigeschoß von 7 mm Kaliber vorgefunden wurde. Der Revolver wurde bei der nachträglichen Lokalaugensschau in einem Schuh, in der offenen Schublade eines Spiegelschranks, vor welchen die Frau ihren Selbstmordschuß abfeuerte, gefunden. Der Revolver fiel nach dem Schuß aus der Hand der Frau und in die vor ihren Füßen etwas herausgezogen gewesene Schublade.

Wietrich (Budapest).

### Plötzlicher Tod aus innerer Ursache.

**Palmieri, V. M.:** *Le cause più frequenti di morte improvvisa.* (Die häufigsten Ursachen von plötzlichem Todesfällen.) *Riforma med.* 1931 II, 1596—1597.

Verf. bemängelt die Gewohnheit, sich bei plötzlichem Todesfällen mit der Diagnose Herzschlag zu begnügen, wobei der letzte Lebensakt mit der Todesursache verwechselt wird, macht aufmerksam, daß jede akute oder chronische Krankheit unter Umständen zum unvermuteten Tode führen kann sowie daß auch bei natürlichen plötzlichem Tode charakteristische Veränderungen an den Organen fehlen können. Es werden kurz die als Todesursache ansprechenden pathologischen Veränderungen an den einzelnen Organsystemen angeführt, unter anderen Glottisödem, verursacht durch Wespenstich in den Mund. In einem letzten Abschnitt erwähnt Verf. die inneren und äußeren Zufallsursachen, macht auf physische Strapazen und psychische Aufregung als Todesursache aufmerksam und erwähnt den Anteil von physiologischen Prozessen (Magenfülle, Menstruation) sowie von konstitutionellen Dispositionen (Lymphatismus, Hypoplasie des Arteriensystems).

Kornfeld (Novi-Sad).

**Pérez de Petinto, Manuel:** Interaurikuläre Verbindung beim Säugling und plötzlicher Tod. *Med. ibera* 1931 II, 539—542 [Spanisch].

Der ganz plötzlich und unvermutet, ohne jegliche Vorboten oder Begleiterscheinungen auftretende Tod eines Neugeborenen ließ den Verdacht einer gewaltsamen Tötung aufkommen und machte die gerichtliche Sektion notwendig. Unterstützt wurde der Verdacht durch das Vorhandensein livider Flecken am Halse, auf der linken Seite der Vorderfläche des Brustkorbs und an beiden Armen. Incision solcher Flecke ergab keine vitale Reaktion (Ecchymosen oder blutige Infiltration), auch bestanden keine subconjunctivalen Ecchymosen als Folgen eines etwaigen Gewaltaktes. Die Autopsie ergab im übrigen: leichte venöse Stauung des Gehirns; livide Verfärbung der Schleimhäute von Mund, Rachen, Kehlkopf, Luftröhre; Lungen livide verfärbt, geben bei Incision flüssiges, dunkles Blut, kein blutig-schleimiger Schaum. Das Herz enthält flüssiges, dunkles Blut, der rechte Vorhof ein ihn ausfüllendes Fibringerinnsel; das Foramen ovale steht weit offen. Abdomen o. B. Aus dem Herzbefund erklärt sich die Kreislaufschwäche und der plötzliche Tod durch Asystolie, vielleicht in einem Anfall von Vorhofflimmern.

Janke (Leipzig).

**Winkelbauer, A.:** Lungenembolie und Coronarinfarkt. (*Chir. Abt., Poliklin., Wien.*) *Zbl. Chir.* 1931, 3018—3022.

Nach Besprechung der klinischen Erscheinungen, des pathologisch-anatomischen Befundes, der Differentialdiagnose des Coronarinfarktes, besonders auch mit Hinsicht auf die Lungenembolie und die Trendelenburgsche Operation, werden 2 nicht tödliche Fälle von Coronarinfarkt beschrieben: 1. 30jähriger Mann, typisches Anfallsbild, 13 Tage nach beiderseitiger Radikaloperation einer Leistenhernie (früher schon Herniotomie und Varicenoperation). Nachts plötzlich heftigster Schmerz in der Oberbauchgegend, auf das Herz übergreifend, Angstgefühl, nachher Atembeschwerden. Auffallende Blässe, dagegen Cyanose der Schleimhäute. Puls sehr klein, frequent, über 120. Systolisch-diastolisches Reiben über dem ganzen Herzen am nächsten Tag, perkutorische Grenzen normal. Temperatur 37,8°. Leukocytenzahl 16 800. Nach 4 Tagen Erholung. 2. 46 Jahre alte Köchin. Operative Exstirpation von zwei nußgroßen Cysten am Lig. teres, bei Hernia inguinalis incipiens und Hydrocele muliebr. Hinter den Cysten kleiner Bruchsack, Radikaloperation. Nach 5 Tagen plötzlich Schwäche, Kollaps, Stechen in der Herzgegend, Cyanose, Atembeschwerden. Am nächsten Tag perikardiales Reiben. Nach weiteren 2 Tagen Zeichen eines neuerlichen Lungeninfarktes. Am

15. Tage beiderseits tiefe Venenthrombose, später mit bestehenden Ödemen entlassen. Diagnose schwankte zwischen Lungen- und Coronarinfarkt beim ersten Anfall. Der Verschuß der Äste der linken Kranzarterie soll stets zum Anfall führen, der im Bereich der rechten nicht immer. Meist kommen Thrombosen, selten Embolien in Betracht. Auch spastische Zustände an den Coronargefäßen führen zu ähnlichen Folgen (?). *Walcher* (München).

**Levinson, Bertram:** Über tödliche Aortenzerreißung aus geringen Ursachen. (*Path.-Anat. Inst., Städt. Krankenh., Wien.*) *Virchows Arch.* 282, 1—29 (1931).

Über die tödlichen Aortenzerreißungen hat sich in den letzten Jahren eine ziemlich große Literatur entwickelt, insbesondere über die Frage, inwieweit auch normale Aorten spontan oder bei erstaunlich geringfügigen Ursachen zerreißen können. In der vorliegenden Arbeit wird darauf aufmerksam gemacht, daß es natürlich in solchen Fällen von Aortenzerreißung nicht genügt, wenn man an einzelnen Stellen der Rißwunde mikroskopisch untersucht und nun beim Fehlen von ausgesprochenen Veränderungen zu der falschen Annahme kommt, daß eine normale Aorta im vorliegenden Fall zerrissen wäre. Zum Beweis dieser fehlerhaften Forschungsrichtung werden mehrere Fälle von Aortenzerreißung mitgeteilt:

1. Spontane Aortenzerreißung bei einer 75 Jahre alten Frauensperson, plötzlicher Tod. Makroskopischer Befund: Atherosklerose, Ruptur dicht vor dem Bogen, Aneurysma dissecans des Aortenbogens, Rückperforation in den Herzbeutel, Herztamponade. Die an 58 Stellen des Präparats vorgenommene mikroskopische Untersuchung im Rißbereich ergibt eine schwere eitrige Entzündung der Media — keine Lues —, so daß die Wandfestigkeit dem Blutdruck nicht mehr standhalten konnte. — Der 2. Fall betrifft einen 55jährigen Mann, der bewußtlos ins Krankenhaus gebracht wurde und am 3. Tag starb. Auch hier im Anfangsteil des Aortenbogens ein 3 cm langer Querriß, gleichfalls Aneurysma dissecans des aufsteigenden Bogens. Im Herzbeutel 400 ccm Blut, angeblich ohne Perforationsstelle. Die mikroskopische Untersuchung an 36 Stellen ergab auch hier eine mit Wandnekrose einhergehende eitrige Entzündung der Adventitia und der äußeren Mediaschichten-Veränderungen, die natürlich mit bloßem Auge nicht feststellbar waren. Levinson nimmt an, daß die Infektionsquelle im 1. Fall eine Cystitis, im 2. Fall eine Mandelentzündung war. Literatur über eitrige Aortitis. — In 2 weiteren Fällen war bei der mikroskopischen Untersuchung eine auffallend geringfügige mukoide Entartung und Nekrose mikroskopisch nachweisbar als Ursache der Aortenzerreißung, nämlich 3. Fall: 77jähriger Mann, plötzlicher Tod im Bett: Herzhypertrophie, Coronarsklerose und Herzschwielen, Querriß, über dem Ostium interstitielle Blutung, übergehend auf das Mediastinum, Durchbruch in den Herzbeutel, Herztamponade. Die Wandveränderung war im Bereich des Risses und seiner nächsten Umgebung nachweisbar (61 Stellen untersucht.) Fall 4: 83jährige Greisin. Tot im Bett gefunden. Sektion: Aortenstenose, Herzhypertrophie, in der aufsteigenden Aorta oberhalb des Ostiums ein bogenförmiger Riß, umschriebenes Aneurysma dissecans, sekundärer Durchbruch in den Herzbeutel, Herztamponade. Die mikroskopische Untersuchung (an 64 Stellen) ergab hier neben der Alterssklerose recht geringfügige Prozesse von mucoider Entartung, dagegen deutlichen Elasticausfall der Media — vielleicht als Ausheilungsstadien mucoider Entartung. Der Befund war also recht geringfügig. — Fall 5 und 6: Aortenrisse bei tödlichem Absturz. Selbstmordfälle. Fall 5: 82jährige Greisin, fast gänzlicher Abriß der Aorta oberhalb der Aortenklappen, Herzhypertrophie. Fall 6: 71jähriger Mann. Potator. Nach dem Absturz sofort tot: Quere Aortenzerreißung zwischen linker und hinterer Klappe, geringe Blutung in den Herzbeutel. Untersucht 16 Stellen. In beiden Fällen 5 und 6 fanden sich keine an der Rißstelle oder deren Umgebung nachweisbaren Wandveränderungen, etwas weiter entfernt wohl verstreute Herde von Medionecrosis disseminata. Hier ist also offenbar die normale Aorta aus rein mechanischen Gründen zerrissen.

Die mitgeteilten Beobachtungen zeigen besonders bei den sog. Spontanzerreißungen die Wichtigkeit eingehender mikroskopischer Untersuchungen, bei denen doch noch krankhafte Prozesse verschiedener Art nachweisbar sein können. Interessant sind die Fälle von makroskopisch nicht diagnostizierter eitriger Aortitis, ferner die gerade von Erdheim und seinen Schülern nachgewiesenen und genau erforschten Fälle der mucoiden Medianekrose. *Merkel* (München).

**Anderson, Wm. Willis, and Roy R. Kracke:** Status lymphaticus (sudden death) with Dubois abscess. Report of case. (Status lymphaticus [plötzlicher Tod] mit Duboischem Absceß.) *Arch. of Pediatr.* 48, 671—674 (1931).

Ein 2 Monate altes mittels Zange geborenes, bisher bis auf banale Störungen gesundes Kind starb plötzlich. Bei der Sektion fand sich eine Thymusvergrößerung mit Nekrose einer

Seite (Duboissscher Absceß) und Zeichen von Status lymphaticus. Im Absceß keine Tuberkelbacillen. Keine Anzeichen für Lues. Neurath (Wien).<sup>o</sup>

**Muñoyerro Pretel, A. A., und G. Pedraza:** Über Thymustod. (*Inst. Prov. de Puericult., Madrid.*) Arch. españ. Pediatr. 15, 405—412 (1931) [Spanisch].

2 Fälle von Thymustod; bei der Autopsie wurden allein die Größe und das Gewicht des Thymus anormal gefunden. In seinen theoretischen Erwägungen führt Verf. mechanische, toxische und innersekretorische sowie schließlich vago- und sympathikotonische Einflüsse des Thymustodes an. Hochschild (Frankfurt a. M.).<sup>o</sup>

**Wulsten, Joachim:** Zum Thymustod. (*Chir. Abt., Städt. Hindenburg-Krankenh., Berlin-Zehlendorf.*) Dtsch. med. Wschr. 1931 I, 848—849.

Ein anscheinend normal entwickelter kräftiger Säugling von etwa 8 Monaten wird nach kurzem Schlaf plötzlich im Bett tot aufgefunden. Die Sektion ergibt außer einer starken Thymushyperplasie (Gewicht 45 g) nur Stauungsblutüberfüllung in den Lungen und Bauchorganen. Histologisch zeigt das Thymusgewebe starke Hyperplasie ohne Zeichen einer Rückbildung. Für den Tod macht Verf. entsprechend der Theorie von Moro einen Thymusreiz nach einer Mahlzeit verantwortlich, da außer der beschriebenen Thymushyperplasie bei dem Kinde keine anderen Anomalien gefunden werden konnten. Haagen (Berlin).<sup>o</sup>

### Gerichtliche Geburtshilfe.

**Brüel, Oluf:** „Zum dänischen § 218“. Die Strafbarkeit gewisser frühzeitiger Schwangerschaftsunterbrechungen im Lichte der jüngsten Entscheidungen des dänischen Jurygerichts. Z. Sex.wiss. 18, 233—236 (1931).

Die Mitglieder der durch das Prozeßgesetz von 1919 in die dänische Rechtspflege eingeführten Jury (= Geschworenengericht) werden aus allen Bevölkerungsschichten gewählt und sind im Rahmen der ihrer Gerichtsbarkeit unterstehenden Rechtsverfahren nicht bloß Beisitzer oder Laienrichter; sie haben vielmehr (ähnlich wie im englischen Recht) die Befugnis, mit vollem Vetorecht die Schuldfrage zu entscheiden, so daß das von ihnen gesprochene „Nichtschuldig“ den vollen Freispruch des Angeklagten bedeutet. Diese also mit großer Macht ausgestattete volkstümliche Rechtsinstitution hat sich in den letzten Jahren wiederholt zugunsten der Straffreiheit für gewisse frühzeitige Schwangerschaftsunterbrechungen ausgesprochen, und zwar nicht nur in zweifelhaften Fällen, sondern auch dort, wo die Angeklagten selber die Handlung eingestanden und zugaben, sich strafbar gemacht zu haben. Der Freispruch erfolgte nicht nur in Fällen sozialer Notlage, sondern in einem einzelnen Falle sogar da, wo gewerbsmäßige Abtreibung bei 10 Personen verübt worden war! Der von den Geschworenengerichten für die Straffreiheit anerkannten zeitlichen Grenze des 3. Schwangerschaftsmonates gegenüber diskutiert Verf. die (nach seiner Auffassung logisch konsequentere) Verschiebung der Straffreiheitsgrenze bis zum Zeitpunkt der Lebensmöglichkeit der Frucht, d. h. also theoretisch bis zur 28. Schwangerschaftswoche, praktisch 1—2 Wochen später. Verf. betrachtet es als willkürlich, daß die im Rahmen der medizinischen Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung geforderte Einbuße an Wohlergehen unbedingt gesundheitlichen Charakter tragen muß, „da bei genauerer Überlegung jeder sicherlich einräumen wird, daß gewisse soziale Invaliditätszustände eine ebenso große oder größere Rolle für das ganze spätere Dasein der Frau spielen können“. Rossenbeck (Gießen).<sup>oo</sup>

**Morgenthaler, W.:** Über die psychiatrischen Indikationen zur Schwangerschaftsunterbrechung. Schweiz. Arch. Neur. 27, 328—339 (1931).

Der Verf. hatte in 60 Fällen Gutachten abzugeben für die Schwangerschaftsunterbrechungen. In 33% der Fälle wurde die Unterbrechung aus psychiatrischen Gründen abgelehnt und man hat den Eindruck, daß Verf. in seiner Indikationsstellung sehr streng vorgegangen ist, besonders in dem Fall 19, wo bei einem 17jährigen Dienstmädchen mit leichtem Schwachsinn, epileptoidem Charakter und deutlichen Depressionen die Unterbrechung abgelehnt wird. In solchen Fällen glauben wir, sind doch die eugenetischen Gesichtspunkte mit ausschlaggebend. Ganz speziell behandelt der Verf. die Schwangerschaftsdepression, die er nach folgenden Punkten einteilt: a) das Gefühl der körperlichen Insuffizienz, b) das Gefühl psychischer Insuffizienz, c) das