

und geglaubt habe, dieser wolle das Gift zu gewerblichen Zwecken benutzen, wurde vom KG. verworfen, weil die Vorentscheidung ohne Rechtsirrtum ergangen sei. *Giese (Jena).*

Plötzlicher Tod aus innerer Ursache.

Cattaneo, Luis: Die Leberprobe bei der Diagnostik des raschen oder langsamen Todes. (*Inst. de Med. Leg., Univ. Buenos-Aires.*) Archivos Med. leg. 2, 434—439 (1932) [Spanisch].

Die Leberprobe besteht darin, daß ein Stück Leber, in kleine Teilchen zerschnitten, mit dem doppelten Gewicht destillierten Wassers, einige Minuten gekocht wird. Nach Zusatz von Essigsäure zur Ausfällung der Peptone und nach Abkühlung wird filtriert. Ist das Filtrat milchigweiß, so enthält es Glykogen. Wenn es klar, von gelblicher Farbe ist, wird mit der Fehlingschen Lösung auf Zucker untersucht.

Wenn der Tod durch eine Krankheit oder Vergiftung unter Agonie eintritt, so enthält die Leber keine Spur von Zucker, dagegen nach plötzlichem oder gewaltsamem Tode Zucker in großen Mengen. Verf. hat die Probe an Tieren experimentell nachgeprüft und sie in über 95% bestätigt gefunden — positiv bei raschem, negativ bei langsamem Tod. *Lanke (Leipzig).*

Jaffé, Rudolf, und Kazimierz Bross: Befunde bei Herzrupturen. (Zugleich ein Beitrag zur Frage der Angina pectoris.) (*Path.-Anat. Inst., Städt. Krankenh. Moabit, Berlin.*) Z. klin. Med. 123, 63—84 (1933).

In der vorliegenden Abhandlung interessiert zunächst der Ausgangsfall, bei welchem eine 63jährige alte Frau, die sonst früher über keine klinischen Erscheinungen von seiten des Herzens geklagt hatte, infolge eines plötzlichen schweren psychischen Affekts (Nachricht vom Tod ihres carcinomkranken Mannes) im Krankenhaus zusammenstürzte und nach 3 Minuten starb. Bei der Sektion fand sich ein Hämoperikard, Herzbeutel tamponade (300 ccm flüssiges und geronnenes Blut) infolge einer Ruptur an der Hinterwand der linken Kammer 1 cm unterhalb des sog. Sulcus coronarius.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich die direkte Umgebung der Rißstelle schwer verändert, keine Querstreifung, Homogenisierung, keine Kernfärbbarkeit der Muskelfasern, hochgradige Capillarstase. In der weiteren Umgebung aber auch einzelne kleine Nekrosen und Capillarstasen. Zwischen den Nekrosen mehr oder weniger reichlich Leukocyten im Gewebe.

In der Diskussion wurde zu diesem Fall die Frage aufgeworfen, ob nicht die Frau unter Umständen auch ohne Blutung in den Herzbeutel an Herzlähmung gestorben wäre in dem Sinn, daß der Schreck eine Vagus-Sympathicus-Reizung auslöste, die zu Kammerflimmern, zur Überdehnung des Herzens usw. geführt hätte. (Lochte hat einmal 1904 einen ähnlichen Fall eines 69jährigen Mannes mitgeteilt, der nach einer psychischen Erregung im Gerichtssaal plötzlich verstorben war und bei dem die Sektion auch eine Ruptur an der Hinterwand des linken Ventrikels neben Aorten- und Coronarsklerose ergab.) Es werden noch eine Reihe weiterer bemerkenswerter Fälle kasuistisch mitgeteilt, bei denen zum Teil nur eine verengernde Coronarsklerose, zum Teil aber auch ein thrombotischer Verschluß im Hauptast oder in einem Seitenast der linken Kranzarterie als Ursache der Ruptur festgestellt werden konnte, bei denen der Tod mehr oder weniger plötzlich erfolgte. In einem weiteren Fall war es infolge von Coronarsklerose zu einem Herzaneurysma mit sekundärer Ruptur gekommen, in 2 weiteren Fällen wieder bei Leuten in den sechziger Jahren erfolgte plötzlicher Tod unter den Erscheinungen der Angina pectoris mit schweren Herzmuskelveränderungen ohne Ruptur, wobei in einem Fall eine stenosierende Coronarsklerose, besonders der linken Kranzarterie, im anderen Fall aber intakte Kranzgefäße gefunden worden sind. Es ist weiter bekannt und wird auch belegt, daß schwere Ostienstenosen der Kranzarterienabgänge mit plötzlichem Tod ohne Herzmuskelveränderungen beobachtet werden, während wieder in weiteren Serien ohne Coronarsklerose mikroskopisch deutliche Nekroseherde in solchen Fällen plötzlichen Herztodes gefunden worden sind. Verf. spricht dann eingehend über die Erklärungen der Nekrosen, von denen er der Auffassung zuneigt, daß es sich nicht um ischämische, d. h. durch spastische Kon-

traktion bedingte Nekrosen handelt, sondern um Nekrosen, welche im Gegenteil die Folge einer Stase im terminalen Kreislauf der Coronarverzweigungen darstellen. Daß die Nekrosen verstreut sind und mit gut erhaltenen Teilen abwechseln, erkläre sich dadurch, daß die Stase nicht gleichmäßig über große Gebiete verteilt zu sein braucht. Verf. stellte in den beschriebenen und untersuchten Fällen, stets gleichgültig, ob mit oder ohne Coronarsklerose oder Thrombose, das Vorhandensein von Herzmuskelnekrosen und Zeichen von Stase, besonders Leukostase und Leukodiapedese fest. Er hält die Muskelnekrosen für Folgen der Stase im terminalen Blutkreislauf und meint, daß in den Fällen von obliterierender Sklerose oder Thrombose der Kranzarterien ein Reiz der Gefäßnerven durch die mechanische Dehnung des Gefäßes oberhalb der Stenose oder Thrombose die Stase auslöse. In den Fällen ohne mechanische Behinderung werde ein Gefäßspasmus in einem größeren Coronarast als Ursache des Herztodes und der Herzruptur anzunehmen sein. *H. Merkel* (München).

Wenkebach, Karel Frederik: Der Mechanismus des plötzlichen Herztodes bei der Beriberikrankheit. Sitzgsber. Akad. Wiss. Wien, Math.-naturwiss. Kl. I 141, 255 bis 270 (1932).

Vorläufige Mitteilung der Ergebnisse einer Forschungsreise nach Java und Singapur zum Studium der Veränderungen des Herzgefäßsystems bei Beriberi. Alleinige Herzschiädigung würde den plötzlichen Tod oft junger Menschen nicht erklären. Dieser wird erst verständlich durch die beobachtete gleichzeitige Erweiterung der Arteriolen, wodurch das rechte Herz und die Leber mit Blut überschwemmt werden. Es kommt dabei zu einer „Quellung“ der Herzmuskelfasern, zur Überdehnung der rechten Kammerwand und zur Schädigung der Verkürzungsfähigkeit der Muskelfasern, was mikroskopisch durch starke Schlingelung der Faserbündel in Erscheinung tritt. Da bei körperlichen Anstrengungen ebenfalls Erweiterung der Arteriolen auftritt, ist es erklärlich, daß diese bei Beriberikranken besonders schädlich wirken und vielfach den Tod herbeiführen. Im Anfangszustande kann Behandlung vor allem mit Pitressin rettend eingreifen, doch ist dabei Vorsicht insofern geboten, als eine Entlastung des rechten Herzens naturgemäß zu einer Belastung des linken Herzens führt, das durch Beriberi ebenfalls schwer geschädigt sein kann. Ein ähnlicher Befund wie bei Erwachsenen ist auch bei an Beriberi erkrankten Säuglingen zu beobachten, doch hilft hier in vielen Fällen Vitamininjektion. *Breitenecker* (Wien).

Saphir, Otto: Coronary embolism. (*Dep. of Path., Nelson Morris Inst., Michael Reese Hosp. a. Univ. of Illinois Med. School, Chicago.*) Amer. Heart J. 8, 312—322 (1933).

An Hand des Schrifttums läßt sich dartun, daß echte Coronarembolie seltener ist als man gemeinhin annimmt. Man sollte die Diagnose nur dann als erwiesen ansehen, wenn es möglich ist, sie autoptisch zu beglaubigen. Es werden 3 Fälle beschrieben, die alle an Herzschlag plötzlich zugrunde gingen.

Im 1. Falle handelte es sich um einen verschleppten Thrombus aus einer Femoralvene bei offenem Foramen ovale, im zweiten um einen wandständigen Thrombus in der rechten Coronararterie, gewachsen auf dem Boden eines atheromatösen Geschwürs, und im 3. Falle hatte ein Thrombus in einem atheromatös veränderten Sinus valsalvae zu einem Verschuß der Mündungsstelle der rechten Coronararterie geführt. *E. Schott* (Solingen).

Voit, K., und Th. Paus: Tödliche Blutung ins paratracheale Gewebe bei Hämophilie. (*Med. Klin. u. Hals-, Nasen-Ohrenklin., Univ. Breslau.*) Z. Hals- usw. Heilk. 32, 473—475 (1933).

Es handelt sich um einen 43jährigen Mann, der ohne hämophil belastet zu sein, bereits früher ungewöhnlich starke Blutungen gehabt hatte. Jetzt war ohne jede Vorboten eine starke Schwellung vom Mundboden und Hals eingetreten, zu der sich steigende Atemnot hinzugesellte. Die Tracheotomie konnte den Patienten nicht retten. Die Sektion ergab als Todesursache eine Kompression der Luftröhre durch die paratracheale Gewebsdurchblutung, sowie ein großes flaches Blutgerinnsel, das sich wie eine Haut über den Kehlkopf gespannt hatte. Bemerkenswert war der Nebenfund einer Hufeisenniere mit doppeltem rechtem Ureter.

Klestadt (Magdeburg).

Girard et Kissel: Un cas de perforation de l'œsophage. (Ein Fall von Oesophagus-perforation.) Bull. Soc. nat. Chir. Paris 58, 1405—1406 (1932).

61jähriger Mann, der schon seit 30 Jahren an anfallsweisen Schluckstörungen für feste Speisen gelitten hatte, bekam im Anschluß an ein reichliches Muschel-Frühstück Brechreiz und heftige Schmerzen in der Gegend des unteren Brustbeins. Man dachte an eine Muschelvergiftung, gab Brechmittel und versuchte eine Magenspülung durch weichen Gummischlauch, der schmerzlos und leicht einführbar war. Das eingegossene Wasser (1 l) kam nur teilweise zurück. Der herbeigerufene Chirurg nahm dann ein perforiertes Magengeschwür an. Es wird ein Hydropneumothorax links mit braunem, krümligem, säuerlichem Punktat festgestellt. Exitus let. wenige Stunden später. Autopsie: Perforation des untersten Speiseröhrenabschnittes links. Die 5 cm lange Perforation sieht aus, als sei mit einem Messer das gesunde Gewebe durchschnitten. Histologische Untersuchung ergab aber das Vorliegen einer leukocytären Infiltration der Speiseröhrenwand mit mikroskopisch kleinen Abscessen. In dieser Oesophagitis sehen Verf. die Ursache der Perforation. *Frenzel (Köln).*

Medearis, Donald N.: Spontaneous rupture of the intestine in the new-borne infant. (Spontane Darmruptur bei Neugeborenem.) (*Dep. of Pediatr., School of Med., Univ. of Kansas, Kansas City.*) Amer. J. Dis. Childr. 45, 114—117 (1933).

Drittes Kind, sehr rasche Geburt. Nachdem das Kind zunächst gut an der Brust getrunken hatte, setzte 36 Stunden nach der Geburt sehr starkes Erbrechen und etwas später Auftreibung des Bauches ein. Am 5. Lebenstage vier Krampfanfälle. — Operation unter der Diagnose hochliegender Darmverschluß. Es fand sich eine diffuse Peritonitis, als deren Ausgangspunkt zwei je 1 cm im Durchmesser haltende Perforationen des Colon ascendens festgestellt werden konnten. Tod 24 Stunden p. o. — Weder makroskopisch noch mikroskopisch konnte eine plausible Ursache für die Perforationen gefunden werden und der Verf. nimmt daher an, daß es sich um eine Spontanruptur unter der Geburt durch Druck auf den überdehnten Darm gehandelt habe. *Eitel (Berlin-Lichterfelde).*

Gerichtliche Geburtshilfe.

Reuter, Karl: Über gefährliche Methoden der Schwangerschaftsunterbrechung. Med. Klin. 1932 II, 1339—1343.

Ausgehend von der in Laienveröffentlichungen kaum erwähnten gesundheitlichen Gefahr der Schwangerschaftsunterbrechung betont Verf. die außerordentlich große Gefährlichkeit der noch heute gebräuchlichsten Unterbrechungsmethoden, der Uteruspülung und der Injektion in die Uterushöhle. Mitteilung von 3 selbst beobachteten Fällen, die unmittelbar nach einer vorgenommenen Gebärmutterspülung ad exitum kamen. Der Tod erfolgte durch Luftembolie. Nicht minder gefährlich ist die Herbeiführung des künstlichen Aborts durch Injektion von Jodtinktur in das Cavum uteri, das von Oehlschläger angegeben wurde. Hier tritt zu der Gefahr der Luftembolie und der Embolie durch Koagula noch die der Jodintoxikation auf dem Wege der Blutbahn. Belegung durch einen selbsterlebten Todesfall. Dem Oehlschlägerschen Verfahren gleichzustellen ist die Schwangerschaftsunterbrechung durch Anwendung von Interruptin, Anti-gravid oder Provokol, Industriepräparaten, die im Prinzip ein Gemisch von Jod mit einer sterilisierten Fettkomposition darstellen. Als weiteres Gefahrenmoment kommt hier noch das der Fettembolie hinzu. Verf. mußte einen Todesfall nach Anwendung einer in einer Apotheke hergestellten sterilen Jod-Salbenmischung beobachten. Der Tod war durch Fettembolie erfolgt. Auf Grund theoretischer Erwägungen und weiterer Mitteilungen aus der Literatur, die begreiflicherweise nicht alle Fälle erfaßt, warnt Verf. aufs nachdrücklichste im allgemeinen vor der Anwendung des Interruptins und ähnlicher Präparate, und ganz besonders vor der Anwendung bei ambulanter Behandlung, bei Abort. incip. und bei Abgängen im 3. Monat, d. h. zu einem Zeitpunkt, den Reuter mit Rücksicht auf die das ganze Ei umgebenden Zotten und die maximal erweiterten Blutsinusräume für besonders emboliegefährlich hält. *Rudolf Hirsch.*

Noetzel, Theodor: Der Zweckgedanke im § 218 StGB. Mschr. Geburtsh. 93, 1—13 (1932).

Es handelt sich um die Stellungnahme eines Juristen zu dem Fragenkomplex des § 218 StGB. im Rahmen einer Sitzung der Niederrheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe am 16. I. 1932. Er führt aus, daß zweifellos ein