

**Carratalà, Rogelio E., und Carlos Guerra:** Die Dermatosen durch Gifte. (*Cátedra de Toxicol., Univ., Rosario.*) Rev. Med. leg. y Jurisprud. med. 2, 19—30 (1936) [Spanisch].

Verf. gibt in seinem Vortrag auf Grund von 4 kürzlich beobachteten Fällen (Dermatosen nach Gebrauch von Barbitursäurepräparaten [3 mal] und nach Naphthalin [1 mal]) einen zusammenfassenden Überblick über die durch toxische Substanzen verursachten Dermatosen allgemein, ohne wesentlich Neues. Die Toxikodermie bei Barbitursäurevergiftung im besonderen ähnelt dem Masern-, Scharlach-, Röteln- oder Erysipelerhythem, mit Fieber je nach Ausdehnung und Stärke der Hauterscheinungen. Das Exanthem beginnt im Gesicht oder am Thorax, Unterarm, Handgelenk, oft plötzlich, begleitet von Ödem und maculovesiculären polymorphen Eruptionen und Pruritus. In anderen Fällen kommt es zu generalisiertem Erythem, dessen Rötung auf Fingerdruck verschwindet. Außerdem kann ein Enanthem der Schleimhäute des Rachens auftreten.

K. Rintelen (Berlin).

**Carratalà, Rogelio E.:** Vergiftungen durch Früchte von *Aleuritis fordii*. (*Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 6. V. 1936.*) (*Laborat. de Toxicol., Univ., La Plate.*) Archivos Med. leg. 6, 158—162 (1936) [Spanisch].

Einige Vergiftungsfälle durch Genuß der Früchte von *Aleuritis Fordii* (aus denen das Tung-Öl gewonnen wird). Es traten auf: starke Koliken, galliges Erbrechen, profuse Durchfälle (ohne Blut oder Schleim), starker Durst. Parästhesien, Krämpfe in Armen und Beinen, Schwindel, Erschöpfung. Die Behandlung bestand in Magenausspülung, Gerbsäurelösung und Trinken von Flüssigkeit, Schmerzlinderungsmitteln, salinischen Abführmitteln, Tierkohle in großen Dosen, Bettruhe, Erwärmung der Extremitäten und Excitantien. — Auszüge aus den Früchten wirkten im Tierversuch (Kaninchen, Meerschweinchen) strychninartig. Autoptisch fand sich Hyperämie der Leber, Nieren und Lungen; allgemeine Blutüberfüllung des Magendarmkanals, vor allem in Höhe des Dünndarms. Das wirksame Toxalbumin wird als Aleurin bezeichnet; die Alkaloidreaktionen fielen negativ aus. Der wirksame Stoff ähnelt dem anderer ebenfalls zu den Euphorbiaceen gehörender Pflanzen (*Ricinus*, *Croton*, *Tigilium*). K. Rintelen.

**Starkenstein, E., und H. Weden:** Beitrag zur pharmakologischen Wirkung des Bienengiftes. (*Pharmakol.-Pharmakognost. Inst., Dtsch. Univ. Prag.*) Med. Klin. 1936 II, 927—928.

Nach den Untersuchungen von J. Langer sind die Wirkungen des Bienengiftes denen der Saponine ähnlich. Die Saponinwirkungen dürften nun zum großen Teil durch Störungen in der Cholesterinverteilung bedingt sein, die weitgehende Veränderungen in der Permeabilität der Zellwände verschiedener Organe nach sich ziehen und in weiterer Folge Änderungen in der Verteilung und Wirkung vieler exogener und endogener Stoffe des Organismus bewirken. So beobachteten die Verff., daß Störungen im Cholesteringleichgewicht des Organismus die Wirkung gewisser Narkotica beeinflussen können. Es gelang ihnen durch parenterale Verabfolgung von Cholesterinsuspensionen die Wirkung vieler Schlafmittel und Narkotica zu steigern. So bewirkte die intraperitoneale Injektion von 50 mg Cholesterin beim Kaninchen, daß nach intravenöser Injektion 150 mg Veronal pro Kilogramm Tier die Dauer des Schlafes von  $2\frac{1}{2}$  Stunden auf 7 Stunden erhöht war. Die gleiche Verstärkung der Schlafmittelwirkung wie durch Cholesterin ließ sich durch die intravenöse Gabe von 3 mg Saponin pro Kilogramm Körpergewicht 1 Stunde vor der Veronalgabe erzielen, ein Befund, der die Anschauung bestätigt, daß die Saponinwirkung auf eine Cholesterinmobilisierung zurückzuführen ist. Neue Versuche mit einem von J. Langer zur Verfügung gestellten Bienengift zeigten, daß dieses ebenfalls die Wirkung von Veronal und von Äther deutlich verstärkt und sich mithin in dieser Beziehung saponinartig verhält. H. A. Oelkers.

#### Plötzlicher Tod.

**Pfanner, W.:** Über die Todesursache bei Luftembolie. Münch. med. Wschr. 1936 I, 591—592.

Verf. lehnt die bisherigen Vorstellungen über die Todesursache bei der Luftembolie

des kleinen Kreislaufes ab. Die deletären Erscheinungen werden in erster Linie auf eine intensive Schaumbildung im Herzen zurückgeführt. Als Analogie führt er das Schaumschlagen aus Eiklar an mit seiner maximalen Volumensvermehrung, Zunahme der Viscosität und Abnahme der Kompressibilität. Ähnliche Mechanismen würden bei der Luftembolie im rechten Herzen geschaffen. Der Tod tritt nach Annahme des Verf. infolge Lahmlegung des rechten Herzens ein. Als therapeutischer Versuch wird möglichst rasche Injektion von 3—4 ccm Alkohol empfohlen, wodurch der Schaum zum Verschwinden gebracht wird. (Durch experimentelle Untersuchungen von anderer Seite ist diese Theorie inzwischen als unbegründet erwiesen worden. — Neumeyer, Münch. med. Wschr. 1936 I, 927—928 [vgl. folg. Ref.].) Schrader (Marburg a. d. L.).

**Neumeyer, G.:** Über die Todesursache bei venöser Luftembolie. (*Path. Inst., Staatl. Akad. f. Prakt. Med., Danzig.*) Münch. med. Wschr. 1936 I, 927—928.

Stellungnahme zu dem Aufsatz von Pfanner (Münch. med. Wschr. 1936, 591, vgl. vorsteh. Referat). Die Ansicht von Pfanner wird abgelehnt. Dafür wird auf Grund eigener Untersuchungen an Meerschweinchen der Ansicht von Frey beigegetreten: „Der Tod bei der venösen Luftembolie erfolgt an innerer Erstickung, primär bedingt durch eine Embolisierung der A. pulmonalis oder ihrer Äste.“ Auch der therapeutische Vorschlag Pfanners, den nach seiner Ansicht feinsten Blutschaum im rechten Herzen durch Alkoholinjektionen zu beseitigen, lehnt Neumeyer ab auf Grund eigener, offenbar umfangreicher Tierversuche. Zwar warnt er vor Überbewertung der Ergebnisse im Tierexperiment und erwägt als Therapie die von Kleinschmidt vorgeschlagene Lageveränderung bzw. einen Eingriff nach Art der Trendelenburgschen Operation. [Bemerkt sei, daß kürzlich Walcher entgegen der Ansicht von N. zwar nicht in Tierversuchen, sondern in menschlichen Lungencapillaren doch bei Luftembolie Luftbläschen mikroskopisch festgestellt zu haben glaubt. [Vgl. Orig. in dieser Z. 25, 31—40 (1935).] Jungmichel (z. Z. Heidelberg).

**Lenggenhager, K.:** Über die Todesursachen bei Luftembolie. (Bemerkungen zur Arbeit W. Pfanners „Über die Todesursache bei Luftembolie“ in Heft 15 dieser Zeitschrift.) (*Chir. Univ.-Klin., Bern.*) Münch. med. Wschr. 1936 II, 1099.

Ebenfalls Ablehnung der Ansicht von Pfanner auf Grund eingehender Untersuchungen (vgl. vorstehende Referate). Der Tod bei Luftembolie tritt auf Grund dieser Untersuchungen ein infolge Bildung von Menisken an der Begrenzung von Blut- und Luftmassen. Es wurde ferner nachgewiesen, daß die Tiere sofort an Luftembolie starben, wenn ihnen die gleiche Luftmenge nicht in die Venen bzw. in das rechte Herz, sondern unmittelbar in die A. pulmonalis, wo keine Möglichkeit zu abnormer Schaumbildung besteht, injiziert wurde. Es wird ferner der Unterschied betont zwischen Versuchen *in vitro* und den tatsächlichen Verhältnissen im Gefäßsystem, wo trotz Gegenwart von Äther oder Alkohol eingedrungene Luft bestehen bleibt. Lenggenhager glaubt, daß die alte Luftherztheorie zugunsten seiner neuen Meniskentheorie aufgegeben werden muß. Unter der gleichen Überschrift äußert sich Linka (Triest) zu dieser Frage. Er mißt ebenfalls dem Schaum selbst für den Tod bei Lufteintritt in das Herz keine Bedeutung bei. Vielmehr glaubt er die Todesursache bei Luftembolie in einer Klappeninsuffizienz infolge der schaumigen Beschaffenheit des Blutes erblicken zu müssen. L. ist ferner der Ansicht, daß schon eine große Menge Luft für den Eintritt des Todes notwendig sei und weist auf Versuche eines Prager Arztes hin, der sich selbst Luft in die Venen injizierte und sogar bei einer Menge von 10 ccm noch keine besonderen Erscheinungen feststellen konnte. Jungmichel.

**Pfanner, W.:** Über den intrapulmonalen Überdruck und die Überdruckluftembolie. Münch. med. Wschr. 1936 II, 1266—1269.

Gegenstand dieser Ausführung ist die Luftembolie des großen Kreislaufs infolge intrapulmonalen Überdrucks. Unter Anführung der früheren bekannten Experimente von Bichat, Marchand, Ewald und Kobert, Beneke u. a. erörtert Pfanner die nach seiner Ansicht bestehenden Möglichkeiten des Eintritts von Luft in den großen

Kreislauf. Als solche Möglichkeiten sieht P. an: Schultzsche Schwingungen, abnorme Beanspruchung der Bauchpressen bei der Geburt und bei Thorax- und Rumpfkompressionen, ferner Krampfanfälle bei Tetanuskranken, bei Epilepsie und der Eklampsia gravidarum. Ferner soll nach seiner Ansicht die Möglichkeit des Eintritts von Luft in den großen Kreislauf gegeben sein bei mechanischer Erstickung und in ähnlicher Weise auch bei Ertrinken. Daß bei diesen Zuständen Luft in den großen Kreislauf eindringen könnte, sei auf intrapulmonale Drucksteigerung zurückzuführen. Diese Ausführungen von P. haben mehr theoretisches Interesse, weil bislang, wie P. auch selbst zugibt, einwandfreie Unterlagen auf Grund von Obduktionen noch nicht vorliegen. Er empfiehlt daher eine allgemeinere Beachtung der beschriebenen Vorgänge. Und es bleibt tatsächlich abzuwarten, inwieweit die Ansicht von P. zu Recht besteht. Auf die erhobenen Einwände zu seinem ersten Aufsatz (vgl. diese Z. 28, 115) kündigt P. eine spätere Stellungnahme an.

*Jungmichel* (z. Z. Heidelberg).

**Harbitz, Francis: Ein weiterer Fall von Xanthomatose und plötzlichem Tod.** (*Pat.-Anat. Inst., Rikshosp., København.*) Norsk Mag. Laegevidensk. **97**, 695—699 (1936) [Norwegisch].

20jährige Frau. Seit der frühen Kindheit multiple Xanthome an den typischen Stellen in der Haut (an beiden Mittelhänden, den Ellbogen, der Streckseite der Knie und über den Fersensehnen). Hypercholesterinämie (710,5 mg%). Symptome von Beeinflussung des Herzens; plötzlicher Tod ein halbes Jahr später. Bei der Obduktion ausgeprägte Xanthomatose in der Aorta und den übrigen großen Arterien, besonders im Herzen und an der Gehirnbasis. Das Herz war hypertrophisch und dilatiert und zeigte Infarkte, Aneurysmen und Coronarthrombosen.

*Einar Sjövall* (Lund).

**Harbitz, Francis: Xanthomatose und plötzlicher Tod. (Supplement zur Mitteilung in Norsk Mag. f. Laegev. 1936, S. 695.)** (*Pat.-Anat. Inst., Rikshosp., Oslo.*) Norsk Mag. Laegevidensk. **97**, 1317—1320 u. engl. Zusammenfassung 1320 (1936) [Norwegisch].

Kasuistische Mitteilung. 46jähriger Mann. Die Xanthomatose zeigte sich als langgestreckte, knotige Auftreibungen subcutan an beiden Handrücken im Zusammenhang mit den Sehnscheiden, und außerdem fand man sie in den Coronararterien als gelbweiße Massen, die das Gefäßlumen verengerten, sowie in der Aorta. Der plötzliche Tod erklärt sich durch die Herzveränderungen. Hypercholesterinämie lag nicht vor.

*Einar Sjövall* (Lund).

**Berner, O.: Über Blutungen im hintersten Teil des Hirnstammes bei plötzlichem Tod.** (*Path. Laborat., Ullevaal. Krankenh., Oslo.*) Virchows Arch. **297**, 495—501 (1936).

Bei drei plötzlichen Herztodesfällen, über die Verf. berichtet, fanden sich zum Teil ausgedehnte Blutungen und hochgradige Gefäßerweiterungen am Boden des vierten Ventrikels. Er versucht, diese Blutungen im Sinne Freys durch von dem Herzen ausgehende Erregungen zu erklären, die an den Zentren der Atmung und Zirkulation ihre Angriffspunkte haben und diese plötzlich außer Funktion setzen. Auch sonst hat Verf. solche Blutungen in der Rautengrube häufig in seinem Obduktionsmaterial gefunden, hält sie aber gerade für die Erklärung plötzlicher Todesfälle für besonders bedeutungsvoll.

*Weimann* (Berlin).

**Urechia, C. I., und C. Cotut: Kleingehirnblutungen mit plötzlichem Tod.** Rev. Med. leg. **1**, 32—36 (1936) [Rumänisch].

42jähriger Mann; Alkoholiker und Epileptiker (2—3 Anfälle im Jahre). Ohne äußere Ursache plötzlich heftige Kopfschmerzen, Exitus nach etwa 10 Stunden. Autopsie: Innere Organe ohne besondere Veränderungen. Gehirn: Die Gefäße der Hirnbasis zeigen vielfache sklerotische Plättchen sowie kleine Aneurysmen; in der Kleinhirn-Bulbusgegend ein großes Hämatom; die Sektion deckt eine größere Blutung im Wurm auf und mehrere kleine im hinteren Teil des Kleinhirns; diese Blutung war in den 4. Ventrikel durchgebrochen. — Die histologische Untersuchung der Aorta zeigt typisch luische Veränderungen, ebenso die kleinen Gefäße des Kleinhirns.

*Wohlgemuth* (Chișinău).

**Larget, Maurice, J.-P. Lamare, Jacques Courtois et Raoul Lecoq:** Réflexions à propos des morts subites post-opératoires. (Überlegungen im Anschluß an plötzliche Todesfälle nach Operationen.) Bull. méd. 1937, 21—26.

Verff. weisen in ihrer, besonders den Kliniker angehenden Arbeit auf die große Rolle, die das autonome Nervensystem bei den plötzlichen Todesfällen nach Operationen spielt, hin und glauben, daß besonders Vagotoniker zu postoperativen Zwischenfällen neigen. Der Chirurg habe die neurale und endokrine Konstitution jedes zur Operation kommenden Patienten auf das genaueste zu beachten und eine seiner Hauptaufgaben nach der Operation sei die Wiederherstellung des neurovegetativen und endokrinen Gleichgewichts. Insbesondere sei die genaue Beobachtung des Blutdrucks unerlässlich.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

**Levi Bianchini, M.:** La morte neurotica e la morte psicotica (catatonica). (Der neurotische und der psychotische [katatonische] Tod.) (Osp. Psichiatr. di Nocera Inferiore, Salerno.) Arch. gen. di Neur. 17, 194—222 (1936).

Die Arbeit beschäftigt sich mit dem Problem, ob eine Psychoneurose ausschließlich auf Grund intrapsychischer unbewußter Mechanismen den Tod des Patienten hervorrufen kann. Verf. beantwortet diese Frage mit einem entschiedenen Ja. Er bringt zu diesem Zweck die Fälle von Elisabeth Barrett-Browning und Oscar Wilde. Erstere wird vom Vater aus Egoismus zu einem freudlosen Leben ohne Beziehungen zu anderen Menschen gezwungen und verfällt immer mehr seelisch, bis sie mit 40 Jahren heiratet. Nur dadurch sei sie von einem zweifellos neurotischen Tod gerettet worden. Die Arbeit stützt sich außer auf diese beiden historischen auf die Psychoanalyse einiger Fälle von Affektpilepsie, Angstneurose und Katatonie. Letztere Kranke ist im katatonen Zustand gestorben, und Verf. faßt auch den schon von ihm früher beschriebenen „katatonen Tod“ als psychotischen Tod auf. Er vertritt den Standpunkt, daß ausschließlich intrapsychische unbewußte Mechanismen bei neurotischen und psychopathischen Personen den Tod hervorrufen können. Psychodynamisch gesehen, ist der den Tod auslösende Mechanismus die vollständige Introversion der Libido, d. h. das Marasma jeglichen Willens und Affektes. Somatisch führt die Störung des nervösen und endokrinen Systems den finalen organischen Marasmus herbei.

Gioacchino Fumarola (Rom)..

● **Schulz, Rudolf:** Blutungen in den Halslymphknoten bei Erhängten. (Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Halle a. d. S.) Bleicherode a. H.: Carl Nieth 1936. 19 S. RM. 2.30.

Verf. knüpft bei Aufzählung der Befunde, die für Erhängen bei Lebzeiten sprechen, an die frühere Arbeit von Jankovich und Incze — die in ihrem Ergebnis bekanntlich von Jankovich selbst inzwischen stark eingeschränkt wurde — an. An Hand eines nicht allzu großen Sektionsmaterials aus den Jahren 1933/34 kommt er unabhängig von Jankovich zu dem Ergebnis, daß zwar capillare Blutungen in den Halslymphknoten beim Erhängungstod häufig sind, aber auch bei anderen Todesarten, die nicht einmal als primäre Erstickung aufgefaßt werden können, vorkommen. Wesentlich erscheint insbesondere seine Feststellung, daß solche Blutungen beim Erhängungstod auch fehlen können, vor allem bei Anthrakose der Lymphknoten. (Dagegen scheint das Lebensalter keine Rolle zu spielen. Ref.) Damit besagt dieses Merkmal nicht mehr als andere.

Mayer (Königsberg i. Pr.).

**Ciafarro, Roberto:** Selbstmord durch Erwürgen mit einem Strick. Arch. Med. leg. 6, 113—116 (1936) [Spanisch].

Ein anscheinend geisteskranker Mörder hatte im Gefängnis Selbstmord durch Strangulation begangen, indem er sich ein Halstuch um den Hals knotete und durch einen im Nacken durchgesteckten Holzlöffel zusammenschnürte. Diese Todesart ist selten.

Ganter (Wormditt i. Ostpr.).

**Bakke, Sigmund N.:** Angeblicher Selbstmordversuch durch Axthieb. Nord. kriminaltek. Tidskr. 6, 121—126 u. 135—137 (1936) [Norwegisch].

Kasuistische Mitteilung, die den Typus von Axthieben in selbstmörderischer

Absicht beleuchtet und außerdem zeigt, welchen Wert die Kenntnis dieses Typus für die Klärung des betreffenden Falles haben kann. 26jähriges Dienstmädchen, eines Abends im Keller des Hauses bei vollem Bewußtsein, jedoch aus mehreren Wunden an der Vorderseite des Kopfes blutend, gefunden; Blutspuren im Keller und besonders an den Klötzen eines Haufens gehauener Holzes, durch den das Blut bis auf den Boden gesickert war. Das Mädchen gab an, im Keller von einem Mann überrascht worden zu sein, der zuerst um Geld bat und sie dann zu vergewaltigen suchte; bei diesem Versuch, während dessen er sich immer mehr erregte, sollte er sie auf den Holzhaufen geworfen und dann ein in Reichweite befindliches Beil genommen und ihr mit der Axt mehrere Schläge auf den Kopf gegeben haben; danach habe er sie verlassen, und sie war liegen geblieben, „da sie meinte, sie sähe so furchtbar aus und wollte niemanden erschrecken“. Die polizeiliche Untersuchung brachte indessen Verschiedenes zutage, wodurch es unwahrscheinlich wurde, daß sich eine Person in den Keller hatte begeben können, und das vollständige Fehlen von Verletzungen im Nacken sprach dagegen, daß die Axthiebe in der von dem Mädchen angegebenen Lage ausgeteilt worden sein konnten. Die genaue gerichtlich-medizinische Untersuchung der Verletzungen am vorderen Teil des Kopfes konnte zeigen, daß wahrscheinlich die Schneide der Axt benutzt worden war, und daß sämtliche 4 Verletzungen so flach (und ohne Fraktur der dünnen Hirnschale) waren, daß die Hiebe wahrscheinlich nicht durch eine angreifende, noch dazu erregte Person ausgeteilt waren. Vielmehr konnte die Vorsicht, mit der die Axt geführt worden war, darauf schließen lassen, daß sich das Mädchen die Verletzungen selbst beigebracht hatte. Die weitere Untersuchung ergab, daß sich das Mädchen in deprimiertem Zustand befunden hatte, in selbstmörderischer Absicht in den Keller gegangen war und sich dort, auf dem Holzhaufen sitzend, die Verletzungen mit der Axt, die sie in der rechten Hand hielt, beigebracht hatte. Während der Hiebe war der Kopf nicht gegen den Holzhaufen gelehnt. Die erfundene Geschichte hatte sie im voraus für den Fall ausgedacht, daß der Selbstmordversuch mißlingen könnte.

Einar Sjövall (Lund).

● Estler, W.: **Mit welchen Aussichten machen wir Wiederbelebungsversuche? Beobachtungen auf Grund der in den Jahren 1926 bis 1934 durchgeföhrten Erhebungen. (Schriftenreihe d. Reichsgesundheitsamtes. Hrsg. v. H. Reiter. Unter Mitarbeit v. E. Schütt, B. Möllers u. H. Haubold. II. 4.)** Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1937. 24 S. RM. 1.20.

Die Erhebungen vorwiegend aus Düsseldorf und Königsberg, zum kleinen Teil aus Berlin, ergaben 415 Fälle, bei denen künstliche Atmung ausgeführt wurde nach Leuchtgas-, Kohlenoxydvergiftung, Erhängen, Ertrinken, Einwirkung elektrischen Stromes (6) usw. Bei 229 mit Atmungs- und Herzstillstand in Behandlung kommenden Fällen war bis auf einen angeblich hierhergehörenden Fall, bei dem nach 15 Minuten künstlicher Beatmung Spontanatmung wieder eintrat, ein Erfolg nicht zu verzeichnen. Verf. nimmt an, daß es sich in allen diesen Fällen nicht um Scheintod, sondern um bereits endgültig eingetretenen Tod gehandelt habe. Vielleicht sind die Erfolgsaussichten besser, wenn z. B. bei Grubenkatastrophen der Scheintod durch kurz dauernde intensive Gifteinwirkung herbeigeföhrt ist und die Behandlung frühzeitig, noch im Stadium wirklichen Scheintodes einsetzt. — Der Mißerfolg auch bei den 6 elektrischen Unfällen kann wegen der geringen Anzahl nicht die anderweitig vertretene Ansicht widerlegen, daß bei diesen Unfällen lang dauernde Wiederbelebungen von Erfolg sein sollen. — Bei 6 Fällen mit Atmungsstillstand, aber noch nachweisbarer, wenn auch geschädigter Herztätigkeit, setzte durchweg nach künstlicher Beatmung Spontanatmung wieder ein. Der Erfolg bei diesen dem Scheintod nahestehenden Fällen ist ein ersichtlicher. Wegen der geringen Zahl dieser einigermaßen verwertbaren Fälle ist ein Vorzug einer Wiederbelebungsmethode (Pulmotor, Inhabad, Handbeatmung) nicht feststellbar. — Weitere 36 Fälle mit mehr oder weniger geschädigter, aber doch noch vorhandener Herz- und Atemtätigkeit blieben am Leben. Naturgemäß sind

diese Fälle für die Erfolgsbeurteilung der künstlichen Atmung am wenigsten verwertbar. Es entzieht sich der Beurteilung, ob bei einem oder anderem dieser Fälle ohne künstliche Beatmung Herzaktivität und Atmung nicht doch erloschen wären. Der therapeutische Wert liegt bei der Wiederbelebung durch künstliche Atmung nicht in der „Wiederbelebung“, sondern in der Erhaltung des fliehenden Lebens. — Für eine Schädigung der Lunge durch die Beatmung unter Druck (es ist nicht von Kampf-gaslungenerkrankungen die Rede! Ref.) konnten Anhaltspunkte nicht gefunden werden.

*Heidemann* (Bad Schwalbach).

**Kolb, F.: Eine neue Methode zur künstlichen Wiederbelebung durch Erzeugung eines totalen Blutkreislaufs.** (9. Tag. u. Ärztl. Ausschuß d. Dtsch. Ges. f. Arbeitsschutz, Bad Nauheim, Sitzg. v. 16.—18. IV. 1936.) Verh. dtsch. Ges. Kreislaufforsch. 270 bis 278 (1936).

Es wird ein neuer, recht komplizierter Apparat zur Wiederbelebung beschrieben, der sich dadurch von früheren Konstruktionen unterscheidet, daß neben der Lungen-ventilation auch ein ausreichender Blutkreislauf gewährleistet wird. Verf. verspricht sich von seinem Apparat vor allem Erfolg bei Fällen, wo es auf die Unterstützung eines bedrohten Kreislaufes ankommt. Praktische Erfahrungen liegen noch nicht vor.

*Weimann* (Berlin).

### Leichenerscheinungen.

**Sein, Andres S.: Die Leichenerscheinungen.** (*Crematorio, Buenos Aires.*) (Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 3. VI. 1936.) Archivos Med. leg. 6, 182—185 (1936) [Spanisch].

Bei Bestattung von Leichen in Nischen, Ehrentempeln oder Gewölben wird der Körper häufig gut erhalten gefunden. An der gleichen Leiche fand der Verf. Erscheinungen von Verwesung und Mumifikation oder Adipocirebildung und Verwesung.

*Mayer* (Stuttgart).

**Foerster, A.: Die Bedeutung der gerichtlichen Leichenschau für die Identifizierung von Wasserleichen.** (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) Öff. Gesdh.dienst 2, A 525 bis A 530 (1936).

Zur Begründung der gerichtlichen Leichenschau und gerichtlichen Sektion bei unbekannten Wasserleichen bringt Verf. 2 Fälle. 1. Bei dem einen gelang durch die eingehende Untersuchung der Nachweis, daß es sich bei der aus dem Inn angeschwemmten und seit 1 Monat begrabenen Leiche nicht um die gesuchte Ehefrau des Beschuldigten handelte, wie bis zu der Sektion angenommen worden war: Befund von Nabelbruch, Bauchoperationsnarbe, Fehlen von Wurmfortsatz und Gallenblase und längliche Narbe an der Gebärmuttervorderwand, Befunde, die mit der Vorgeschichte der gesuchten Frau nicht übereinstimmten. 2. Eine Donauleiche, von der nur der Rumpf, die Ober- und Unterschenkel vorhanden waren mit Leichenwachsbildung, wurde ohne genaue Untersuchung begraben und nach 5 Jahren auf Veranlassung der Staatsanwaltschaft wieder ausgegraben. Die genaue Untersuchung im Münchener gerichtsarztlichen Institut ergab, daß die Leichenreste sicher nicht von dem 60jährigen Mann stammen konnten, auf den sie bisher bezogen wurden: Radiäre Strukturen an den Wirbelkörpern und zwar an den Gelenkflächen, sowie die Befunde an den Epiphysen und am Kreuzbein bewiesen das jugendliche Alter. [Merkel, vgl. diese Z. 10, 256 (1927).] *Walcher.*

### Schwangerschaft, Abort, Geburt, Kindesmord.

**Breipohl, Wilhelm: Die Eintrittszeit der Menarche, ihre klinische und pädagogische Bedeutung.** (*Univ.-Frauenklin., Königsberg i. Pr.*) Med. Klin. 1936 II, 1453—1454.

Nach einem kurzen Überblick über die biologische Grundlegung des Zustandekommens der Menarche geht der Verf. auf die bisher vorliegenden statistischen Erhebungen hinsichtlich des ersten Auftretens der Periode ein. Wenn diese Statistiken erhebliche Schwankungen aufweisen (Beginn der Periode zwischen 15 $\frac{1}{2}$  und 13 Jahren),