

scheidung der Frage fehlt, die Erfahrungen des Weltkrieges sprechen gegen die Bedeutung des Traumas.

In der Aussprache erklärt sich Hinds Howell für die Möglichkeit einer beschleunigenden Wirkung des Traumas bei der Entstehung von syphilitischen Erkrankungen, von Arachnoiditis, von Paralyse nach Erschütterung der Wirbelsäule und von amyotrophischer Lateral-sklerose und Paralysis agitans, wenn auch in seltenen Fällen, dagegen ablehnend in bezug auf Sclerosis multiplex. — Meadows sah keinen Einfluß eines schweren peripheren Traumas auf den Verlauf eines Falles von multipler Sklerose. — Von Wilfred Harris wird aber ein Zusammenhang als nicht so selten angenommen. — Denny-Brown meint, daß nach einem schweren Trauma mit nachfolgender längerer Bettruhe die Entwicklung eines Nervenleidens eher unterbleibt, während leichtere Unfälle ohne genügende Ruhe nachher seelische Erregungs- und Schwächezustände nach sich ziehen, welche das Auftreten einer organischen Schädigung begünstigen.  
Hoenig (Berlin).,

### Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache.

**Igna, Nicolae, und Victor Fisi:** *Betrachtungen über einen plötzlichen Tod an Hirntumor.* Rev. San. mil. (Bucureşti) 37, 265—268 u. franz. Zusammenfassung 313 (1938) [Rumänisch].

Ein Soldat wird nach 12monatiger Militärdienstzeit, da er an Kopfschmerzen und Schwindelanfällen leidet, in lethargischem Zustand ins Militärkrankenhaus gebracht, wo er nach kurzer Zeit stirbt. Er hatte vorher Kopfschmerzen gehabt und über Müdigkeit geklagt. Bei der gerichtlichen Sezierung konstatierte man in der Richtung des Türkensattels eine harte Geschwulst von der Größe einer Mandarine, in der Mitte nekrotisch. Bei der histologischen Prüfung wurde der tuberkulose Ursprung dieser Geschwulst (Solitärer tuberkel) diagnostiziert. Kernbach (Cluj, Rumänien).

**Fossen, Arie:** *Sulla sclerosi delle arterie coronarie come causa di morte spontanea improvvisa.* (Über die Sklerose der Coronararterien als Ursache des plötzlichen Todes aus natürlicher Ursache.) (*Istit. di Pat., Scuola Sup. di Med., Batavia.*) Arch. di Antrop. crimin. 58, 321—328 (1938).

Unter Berücksichtigung des Schrifttums und 15 eigener Beobachtungen wird die Bewertung der Vorgeschichte und des anatomischen Befundes bei Coronarsklerose besprochen. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß auch bedeutende anatomische Veränderungen der Coronarien nicht ohne weiteres die Todesursache darstellen müssen. Der gesamte Leichenbefund, sowie besonders die Folgezustände der Coronarsklerose am Herzen und die Krankheitsscheinungen müssen miteinander übereinstimmen; sonst kann man in Vergiftungsfällen leicht getäuscht werden, wie z. B. bei Alkaloid- und Thalliumvergiftungen. Gerstel (Gelsenkirchen).

**Schmidt, Werner:** *Tod durch Coronarembolie aus scheinbar völliger Gesundheit mit Berücksichtigung der Dienstbeschädigungsfrage.* (Path. Inst., Univ. Tübingen.) Dtsch. Mil.arzt 3, 351—353 (1938).

Verf. berichtet über den plötzlichen Tod eines 23jährigen Schützen einer Pz.A.A., der nach Beendigung von Freiübungen plötzlich leblos zusammenbrach. Der Tod sei aus scheinbar völlig Gesundheit erfolgt. Der Schütze habe vor kurzem nur einen Wadenbeinbruch gehabt. In dem angeführten Sektionsbefund wird eine stärkere Zerklüftung und Ppropfbildung der rechten Gaumenmandel erwähnt. Bei der Sektion konnte keine Todesursache gefunden werden. Es fand sich lediglich offenes Foramen ovale, Lungenödem und leichte Hirnschwellung. Nach weiteren Untersuchungen am fixierten Herzen in Übereinstimmung mit dem Ergebnis der histologischen Untersuchungen soll ein frischer thrombotischer Verschluß eines kleineren Astes der rechten Kranzarterie in der Gegend des Hisschen Bündels vorliegen haben. Verf. sieht hierin die Todesursache. Ein Zusammenhang des plötzlichen Todes mit einer DB. wird verneint. W. V. Beck (Breslau).

**Frey, A.:** *Über einen Todesfall beim Belastungs-Ekg.* (Inn. Abt., Städt. Katharinenhosp., Stuttgart.) Med. Klin. 1938 II, 1227—1228.

Bei einem 53jährigen Straßenwart trat unmittelbar nach einer Herzfunktionsprüfung (60 niedere Stufen!) ein primärer Herzschlagstillstand ein. Die Obduktion ergab eine isolierte Coronarsklerose im Ramus descendens der linken Kranzarterie. Der Patient klagte seit 5 Wochen u. a. über Angina pectorisartige Beschwerden. Röntgenologisch wurde eine mäßige Herzverbreiterung nach rechts und links und ein breites Gefäßband mit einer Aorta von beträchtlicher Schattendicke festgestellt. Nach dem 3 Tage vor dem tödlichen Zwischenfall angefertigten

Ekg. bestand lediglich der Verdacht auf einen Herzmuskelschaden. Im Gegensatz zu diesem verhältnismäßig harmlosen Ekg.-Befund ergab ein zweites Ekg. 3 Tage später kurz vor der Funktionsprüfung mit tödlichem Ausgang eine akute Linkscoronarinsuffizienz.

Der Verf. kommt auf Grund dieser Beobachtung zu 2 wesentlichen Schlußfolgerungen: 1. Ein Belastungs-Ekg. oder überhaupt eine größere Herzfunktionsprüfung darf bei einem auf Coronarveränderung verdächtigen Kranken erst dann vorgenommen werden, wenn auf Grund eines kurz vorher angefertigten Ruhe-Ekg.s eine ernstere Störung ausgeschlossen werden konnte; denn der klinische Befund kann, wie der vorliegende Fall zeigt, allein nicht maßgebend sein. — 2. Männern in vorgerücktem Alter darf die ärztliche Erlaubnis zu stärkeren körperlichen Anstrengungen, unter anderem Prüfung zum SA.-Sportabzeichen oder Luftschatzübungen, erst bei einem einwandfreien Ekg. gegeben werden.

M. Werner (Frankfurt a. M.).

**Shulack, N. R.: Sudden „exhaustive“ death in excited patients.** (Plötzlicher „Erschöpfungs“-Tod bei erregten Kranken.) Psychiatr. Quart. 12, 282—293 (1938).

Beim Überblick über 364 im Schrifttum mitgeteilte und 12 selbstbeobachtete Fälle plötzlichen Todes im Verlaufe seelischer Erregungen bei Geisteskranken zeigte es sich, daß der Tod in der Mehrzahl junge Frauenspersonen nach einer heftigen Erregung in der Dauer von 2 Wochen bis zu 1 Monat ereilte. Bei der Obduktion fand sich in der Regel eine allgemeine Blutfülle der Eingeweide und des Gehirns. Klinisch konnte häufig eine Störung in der Wärmeregulation, eine Pulsbeschleunigung und ein Absinken des Blutdruckes festgestellt werden. Das Ende trat unter den Zeichen eines plötzlichen Versagens des Blutkreislaufes ein.

v. Neureiter (Berlin).

**Olivé Leite, Antonio: Zwei unvorhergesehene Todesfälle in dem Fachgebiet.** Rev. oto-laring. São Paulo 4, 1601—1610 (1936) [Portugiesisch].

Die 46 Jahre alte Frau war früher bereits 3 mal wegen Nasenpolypen operiert worden; jetzt wurde wiederum eine Operation erforderlich. Die Polypen wurden mit der kalten Schlinge entfernt. 3 Tage nach der Operation stellten sich die Symptome einer Meningo-Encephalitis ein, der die Kranke schließlich erlag. Nach Ansicht des Verf. war diese Erkrankung schon bei Vornahme der Operation im Entstehen begriffen und hatte dann durch die Operation eine beschleunigte Entwicklung erfahren. Weniger wahrscheinlich erscheint es ihm, daß Keime von der Nase aus in die Schädelhöhle eingedrungen sind. — Die andere Kranke, ein 18jähriges Mädchen, litt an Empyem der rechten Kieferhöhle. Bei der Operation entleerte sich fötider Eiter. Der anfangs günstige Verlauf der Krankheit nahm plötzlich am 3. bis 4. Tage eine ungünstige Wendung. Es trat hohes Fieber auf, die Kranke wurde benommen und starb im Koma. Die Todesursache sieht Verf. in der Sepsis, verursacht durch ins Blut von der Kieferhöhle aus eingedrungene Keime.

Ganter (Wormiddt).

**Tato, J. M., und P. A. Haedo: Plötzlicher Tod eines operierten Säuglings mit Blässe und Hyperthermie.** Rev. Asoc. méd. argent. 52, 125—126 (1938) [Spanisch].

Verff. berichten über eine eitrige akute Mittelohrentzündung bei einem Säugling mit subperiostem Abscëß, der mit Incision nach Wilde behandelt wurde. Nach 9 Tagen war die Wunde geschlossen, aber es erschien abermals eine fluktuierende Schwellung mit Fieber, Schmerzen, Schlaffheit und Appetitlosigkeit. — Abermaliger Einschnitt. Da die reichliche Eiterung anhält, wird nach 4 Tagen die Mastoidektomie ausgeführt. Der Warzenfortsatz war in eine große Höhle mit granulierten Wänden, mit Eiter gefüllt, verwandelt. Periphlebitis. — Am 3. Tage nach der Operation stieg plötzlich die Temperatur auf 40°, auffallende Blässe, Tachykardie, Schlaffheit. Herzstärkende Mittel, kalte Umschläge, Sauerstoffzufuhr hatten keine Wirkung. Es trat Blässe mit Hyperthermie ein und Exitus. Das Symptom Blässe mit Hyperthermie beim operierten Säugling nach Ombredanne kann therapeutisch wirksam durch die Lumbalpunktion beeinflußt werden. Verff. fanden keinen gleichen Fall in der otorhinolaryngologischen argentinischen Literatur, auch seit 20 Jahren ist kein derartiger Fall in den Krankengeschichten operierter Säuglinge des Kinderhospitals von Buenos-Aires zu verzeichnen gewesen. Die Diagnose dieses Symptoms ist schwierig, da es seltener vorkommt als in Frankreich, wo verschiedene Fälle veröffentlicht wurden.

J. M. Tato (Buenos-Aires).

**Giua, Alfonso: Su di un caso di morte improvvisa in bambina tubercolotica.** (Über einen unvorhergesehenen Todesfall bei einem tuberkulösen Kind.) (Istit. di Clin. Pediatr., Univ., Cagliari.) Clin. pediatr. 20, 326—338 (1938).

Bei einem 2jährigen Kind, bei dem klinisch eine Bronchialdrüsen-Tbc. festgestellt war, kam es plötzlich zum Auftreten schwerer asphyktischer Zustände mit Krämpfen, Ödemen, Cyanose und starker Schwellung der Halslymphdrüsen, die schnell zum Tode führten. Bei der Sektion fand sich eine allgemeine Miliar-Tbc. und starke verkäsende Entzündung zahlreicher

Drüsen. Durch eine Gruppe großer Drüsen oberhalb des rechten Schlüsselbeins war der Vagus völlig umklammert. Der plötzliche Tod dürfte hierauf zurückzuführen sein.

Köttgen (Münster i. W.).

**Lecour, Delfim, und Carlos Lopes:** Kurzer Bericht über einen Fall von Aseardiose. (*Inst. de Med. Leg., Univ., Pôrto.*) Sonderdruck aus: Arqu. Rep. Antrop. crimin. 3, 4 S. u. franz. Zusammenfassung [Portugiesisch].

Ein 7 Jahre alter Knabe wurde unter der Diagnose Darminvagination in das Krankenhaus eingeliefert, wo er alsbald starb. Bei der Sektion wurde ein Konvolut von Spulwürmern gefunden, das den Dünndarm ausfüllte und so durch Okklusion den Tod verursacht hatte.

Ganter (Wormditt).

### Leichenerscheinungen.

● **Murols, Georges C.:** Non seppellitemi vivo! Traduzione d. francese di Antonio Dalla Noce. (Begrabt mich nicht lebend!) Firenze: G. Beltrami 1938. 162 S. L. 8.—

Verf. will sich mit seinem Buch anscheinend an die Laien wenden. An Hand mehrerer Berichte, deren Glaubwürdigkeit er teilweise selbst anzweifelt, sucht er die Möglichkeit einer vorzeitigen Beerdigung nachzuweisen. Es handelt sich dabei um Vorkommnisse, die zeitlich und örtlich meist ziemlich entfernt von uns sind. Als letzter der angeführten Fälle bringt er auch den, der sich 1919 in Charlottenburg zugetragen hat (Dtsch. med. Wschr.). Anschließend werden Statistiken über die Häufigkeit einer vorzeitigen Beerdigung angeführt; auch das hier verwendete Material stammt größtenteils aus vergangenen Jahrhunderten. Bei der Besprechung der Vorkehrungen, welche die einzelnen Länder gegen die Beerdigung Scheintoter treffen, beschreibt er für das Deutsche Reich längst überlebte Dinge. In einem größeren Abschnitt werden ausführlich die Zeichen des eingetretenen Todes besprochen. Verf. meint, daß Leichenflecken und Totenstarre allein nicht zur Diagnose des Todes genügen. Die von ihm für besonders zweckmäßig gehaltenen Methoden beruhen teils auf dem Fehlen einer vitalen Reaktion nach Anwendung physikalischer Reize (Kneifen mit einer Pinzette, Blasenbildung nach Hitzeeinwirkung, Anwendung eines Schröpfkopfes). Eine Thoraxdurchleuchtung zur Beobachtung des Herzens oder die Anfertigung eines Ekg. dürfen nur in ganz seltenen Fällen zur Diagnose des Todes herangezogen werden können. Weiter wird die intravenöse Injektion von Fluorescin erwähnt; beim Lebenden tritt nach kürzester Zeit eine Grünfärbung der Conjunctiven auf. Andere Methoden beruhen auf der nach dem Tode auftretenden sauren Reaktion des Blutes und der Gewebssäfte. Das Fehlen der elektrischen Erregbarkeit der Muskulatur wird gleichfalls als sicheres Todeszeichen dargestellt, ebenso kann der Nachweis von Fäulnisgasen ( $H_2S$ ) zur Diagnose des sicheren Todes dienen. Das Verhalten der Augen (Bindehaut, Netzhaut, Hornhaut, Regenbogenhaut und insbesondere der Schlächer) ermögliche die Diagnose des eingetretenen Todes. Nach differentialdiagnostischen Bemerkungen über todähnliche Zustände und Anleitung zu zweckmäßigen Wiederbelebungsmaßnahmen bringt Verf. noch einmal eine kurze Zusammenstellung seiner Ansicht nach sicherer Todeszeichen. Für die Laienöffentlichkeit, für die das Buch bestimmt ist, scheint es uns nicht geeignet zu sein, denn die Leichenschau ist Aufgabe des Arztes. Die sensationellen Berichte über Begegnen von Scheintoten sind außerdem geeignet, eine unbegründete Angst vor dem Scheintod zu wecken (Ref.).

Huber (Würzburg).

**Franchini, Aldo:** Ricerche sperimentalì e rilievi critici sulle lesioni emorragiche del fegato nell'annegamento. (Experimentelle Untersuchungen und kritische Bemerkungen über die hämorrhagischen Läsionen der Leber beim Ertrinkungstod.) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Genova.*) Zaccia, II. s. 2, 201—211 (1938).

Die von anderen Verff. beobachteten und als charakteristisch für den Ertrinkungstod betrachteten makroskopischen und mikroskopischen Läsionen der Leber — insbesondere in Form von hämorrhagischen Herden in dem Parenchym — erwiesen sich durch die vom Verf. angestellten experimentellen Untersuchungen nicht immer von den