

verletzungen, außerdem an Bauchspeicheldrüse, Leber und Herz fand, daß es sich hier um zentral durch mittelbare oder unmittelbare Schädigung des Hirnstammgebietes ausgelöste Kreislaufstörungen nicht nur im Gehirn, sondern von allgemeiner Wirkung auf das Gefäß- und Capillarsystem handelt. Ergänzt werden diese Untersuchungsbefunde durch Ergebnisse der Hauttemperaturmessung bei Schädelverletzten. Je nach der Lage und Schwere der Hirnschädigung treten die allgemeinen Kreislaufstörungen in verschiedenartiger Auswirkung auf, zum Teil in Form von rein halbseitigen Störungen an inneren Organen und auch an der Außenbedeckung des Körpers. Dabei ist die Frage noch offen, ob nicht neben dem Hirnstammgebiet auch andere Teile des Zentralnervensystems in der Lage sind, gleiche Störungen von wechselnder Ausbreitung auszulösen. Auffallend ist jedenfalls trotz der vielfältigen Befunde die Einheitlichkeit der angetroffenen vegetativen Regulationsstörungen. Denn es gelang, auf verschiedenem Wege am toten und lebenden Menschen nach Hirnverletzungen unter den klinischen Erscheinungen der Commotio und Contusio eine zentrale Störung der Durchblutung der inneren Organe und der Peripherie nachzuweisen. Es ist daher grundsätzlich die Auffassung berechtigt, daß im wesentlichen der Gehirnverletzung eine allgemeine Kreislaufstörung wechselnder Auswirkung zugrunde liegt, vermutlich im Vagus-Sympathicussystem, mit einer zentralen Schädigung, entweder des Vasmotorenzentrums selbst oder seiner Bahnen.

In der Aussprache weist Tönnis darauf hin, daß auch bei anderen Hirnschädigungen, die im Großhirn lokalisiert sind, Störungen der Hauttemperatur vorkommen, die anscheinend lokal mit dem Großhirn in Verbindung stehen, so daß es zweifelhaft erscheint, ob sie allein durch Hirnstammläsionen bedingt sind.

Weimann (Berlin).

Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache.

Harbitz, Francis: Über plötzlichen Tod mit natürlicher (d. h. nicht gewaltsamer) Todesursache, insbesondere bei jungen Leuten. Die Beurteilung derartiger Fälle in der gerichtlichen Medizin. Kasuistische Beiträge, sowie Übersicht über die mutmaßlichen Ursachen. Skr. norske Vid.-Akad., Oslo Nr 5, 1—42 (1938).

Ganz mit Recht betont Verf. in seiner Einleitung, daß nicht so selten (ich will nicht sagen sehr oft [Ref.]) eine ganz genaue gerichtliche Sektion auch mit mikroskopischer Durchforschung der Organe plötzliche Todesfälle in überzeugender Weise zu klären und eine bestimmte einwandfreie Todesursache festzustellen nicht in der Lage ist. Als Ergänzung früherer einschlägiger Mitteilungen bringt in der vorliegenden Kasuistik Verf. eine größere Anzahl von eigenen Beobachtungen, die der Beurteilung Schwierigkeiten bereiteten, besonders dann, wenn sie jugendliche Individuen betrafen. Einzelne Fälle mit organischen Nebennierenenerkrankungen werden als Tod durch Nebenniereninsuffizienz (wohl mit Recht [Ref.]) aufgefaßt, in mehreren Fällen waren kleine äußere Gewalteinwirkungen geringfügiger Art zum Teil kombiniert mit psychischem Shock oder letzterer auch allein, dem Todeseintritt vorangegangen. Verf. bringt dann in einem weiteren Kapitel eine referierende Zusammenfassung von Arbeiten über den plötzlichen natürlichen Tod bei jungen Leuten. In den Fällen, wo kein bedeuternder krankhafter organischer Zustand vorgefunden wurde, glaubt Verf. „konstitutionelle Veranlagungen“ zum Teil annehmen zu müssen. Eine besondere Bedeutung bemüht er dem „Status digestionis“ mit der dadurch bedingten wesentlichen Veränderung der Blutverteilung. Ferner weist er auf die Möglichkeit eines Zustandes der Überempfindlichkeit (Allergie) hin sowie auf Infektionen, die nicht immer so ohne weiteres ins Auge springen; akutes Hirnödem wird zuweilen als unmittelbare Todesursache anzunehmen sein. Dem Status lymphaticus oder Thymicolumphanticus an sich mißt Harbitz keine bedeutende Rolle zu, nur insoweit, meint er, als dieser Zustand einen Ausdruck für einen allergischen Zustand darstellen könnte. Auch die rätselhaften plötzlichen Todesfälle beim Baden und Schwimmen (Trommelfellperforation, Kälteschock usw.) finden eine kurze Erwähnung.

Merkel (München).

Hartemann, Jean: *De la mort subite ou rapide à l'occasion de l'accouchement.* (Über den plötzlichen oder schnellen Tod gelegentlich der Geburt.) *Gynéc.* 37, 400 bis 418 (1938).

Es handelt sich um eine ausführliche synthetische Studie, die sich auf das Schrifttum und einzelne persönliche Beobachtungen des Verf. stützt. Als in Frage kommende Todesursachen werden bezeichnet die Uterusruptur (infolge Querlage des Kindes oder infolge Verletzung des Uterus durch einen operativen Eingriff), die gefährlichen Blutungen (Atonie, selten Varicen der Vulva), Inversion des Uterus (sehr selten), Todesfälle bei der Lumbalanästhesie, Tod durch Luftembolie, Tod infolge geburts-hilflicher Operation, der Shocktod bei plötzlicher Entleerung des Uterus, z. B. bei der Sturzgeburt. Bei herzkranken Frauen beobachtet man weiterhin infolge der Anstrengungen der Geburt hier und da einen plötzlichen Herz-tod. Es ist auch gelegentlich vorgekommen (einzelne Fälle werden nicht zitiert), daß eklamptische und hypertonische Frauen während der Geburt plötzlich starben, auch wird die Lungenembolie in den ersten Tagen nach der Geburt erwähnt. Sehr seltene Todesursachen stellen die foudroyante Sepsis bald nach der Geburt (in dem hier zitierten Fall $\frac{1}{4}$ Stunde nach der Geburt) und das Auftreten einer akuten gelben Leberatrophie im Anschluß an die Geburt dar.

B. Mueller (Heidelberg).

Cammermeyer, Jan: Über verbreitete Gehirnveränderungen in einem Falle von „plötzlichem“ Tode nach einer Hautplastik am Halse in Lokalanästhesie. (*Anat. Inst., Univ. u. Chir. u. Path. Abt., Städt. Krankenh., Ullevål, Oslo.*) *Acta path. scand. (København)* 15, 307—329 (1938).

Bei einem angeblich gesunden Mann wurde wegen einer $5\frac{1}{2}$ Monate alten Verbrennung am Hals eine Hautplastik in Lokalanästhesie ausgeführt. $2\frac{1}{2}$ Stunden nach der Operation traten vorübergehend Respirationsbeschwerden und eine halbe Stunde später noch einmal mit klonischen Zuckungen der rechten Hand auf. $3\frac{1}{4}$ Stunde nach den ersten Symptomen plötzlich eintretende Dyspnoe, Cyanose, Bewußtseinstrübung und Tod in 5 Minuten. Im Gehirn fanden sich histologisch ältere Veränderungen, Etat ver moulu, miliare Verödungs-herde, elektiver Ausfall des Sommerschen Sektors und frische Veränderungen, besonders akute Nervenzellerkrankungen in der Großhirn- und Kleinhirnrinde. Bei den älteren Veränderungen denkt Verf. pathogenetisch an eine schon seit längerer Zeit bestehende Epilepsie oder die Auswirkungen eines schweren Schädeltraumas im Jahre 1936, bei den akuten an einen Novocaintod, epileptischen Anfall oder nicht geklärte funktionelle Kreislaufstörungen im Gehirn.

Weimann (Berlin).

Ciafarro, Roberto, und Juan Jorge Moirano: Plötzlicher Tod infolge akuter Alkohol-vergiftung. (*Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 1. VI. 1938.*) Archivos Med. leg. 8, 240—242 u. franz. Zusammenfassung 242 (1938) [Spanisch].

Kurze Beschreibung des Sektionsbefundes bei einer Frau, die den ganzen Tag über mit anderen Wein getrunken hatte und plötzlich gestorben war. Der nach Evans und Jones festgestellte Alkoholgehalt des Urins der Leiche betrug $6,05 \text{ g } \%_{\text{o}}$, der des Blutes $6,01 \text{ g } \%_{\text{o}}$.

K. Rintelen (Berlin).

Brüner, H.: Experimentelle Untersuchungen über den Entblutungskollaps. (*Abt. f. Exp. Path. u. Therapie, Kerckhoff-Inst., Bad Nauheim.*) (11. Tag., Bad Nauheim, Sitzg. v. 26.—27. III. 1938.) *Verh. dtsch. Ges. Kreislaufforsch.* 281—283 (1938).

Am Beispiel der Blutdruck- und Pulsregulation bei stufenweiser Entblutung wird gezeigt, daß der reflektorischen Selbststeuerung des Kreislaufs zur Vermeidung von Kollaps ausschlaggebende Bedeutung zukommt. Nach Ausschaltung von Aorten und Sinusnerven ist die Blutdrucksenkung sehr viel stärker, die anfänglichen Ausgleichsreaktionen fehlen völlig, sehr rasch kommt es zu einer starken hypoxämischen Vagusreizung.

Rühl (Berlin)._o

Holzer, F. J.: Verblutung bei Schulterluxation. (*Inst. f. Gerichtl. Med., Innsbruck.*) Wien. klin. Wschr. 1938 II, 809.

Krankheitsbericht. Ein 66 jähriger, gesunder Mann wurde mit einer Verrenkung der rechten Schulter und einer leichten Gehirnerschütterung aufgefunden. Außer einem mäßigen Bluterguß in der Pectoralisgegend keine Besonderheiten, insbesondere keine

Zeichen von Blutverlust. 4 Stunden später exitus. Die Leichenöffnung zeigte keine Schädigung des Gehirns, keinen Schädelbruch, weder epi- noch subdurale Blutungen. In der Achselhöhle unter dem Brustmuskel dagegen fand sich ein großer Bluterguß. Die A. thoraco-acromialis war abgetrennt. In Ermangelung einer anderen Todesursache muß der tödliche Ausgang dem Blutverlust zugeschrieben werden. Bei dem schwer zugänglichen Gefäß und den schlechten Unterbindungsverhältnissen wäre eine operative Behandlung hier fraglich gewesen. *Fulde* (Berlin).^{oo}

Perry, Kenneth M. A.: Spontaneous haemothorax. (Spontaner Hämоторакс.) (*London Hosp., London.*) *Lancet* 1938 II, 829—832.

Bisher wurden 19 Fälle veröffentlicht, in denen ein Hämоторакс spontan und nicht als Folge einer Gewalteinwirkung auftrat. Diese Fälle stellt Verf. übersichtlich zusammen und fügt ihnen 2 neue Beobachtungen hinzu. Mit einer Ausnahme waren Männer zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr betroffen. In 7 von 8 Todesfällen war die Hämmorrhagie unmittelbare Todesursache. Für 4 der 8 zur Sektion gekommenen Beobachtungen wurde Reißens vaskulärer Adhäsionen als Ursache festgestellt, während in den 4 übrigen Fällen eine hinreichende Erklärung nicht erfolgte. Anhaltspunkte für eine ursächliche Rolle der Lungentuberkulose fanden sich in keinem Fall. Nach kurzer Darstellung der Diagnose berichtet Verf. kurz über Prognose und Therapie. Für letztere ist nach Überwinden der ersten kritischen Tage wichtig, alles freie Blut aus der Pleurahöhle zu entfernen, um Verwachsungen zu vermeiden. *Günther.*

Meixner, K.: Vom Untersinken Ertrinkender und einiges vom Schwimmen. (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Innsbruck.*) *Wien. klin. Wschr.* 1938 II, 1035—1038.

Verf. gibt einen Überblick über das Problem des Ertrinkungstodes und kommt zu dem Schluß, daß wir über die pathologisch-physiologischen Vorgänge hierbei recht wenig wissen. Er befürwortet insbesondere, daß man bei der Beurteilung von Todesfällen im Wasser neben dem Sektionsbefund den Vorgang beim Untersinken selbst berücksichtigt. Es kommt hin und wieder vor, daß der Badende nach dem Tode im Wasser schwimmt. Verf. hat systematisch Material gesammelt, doch haben sich aus diesem Material keine einheitlichen Gesichtspunkte ergeben. Wenigstens spricht der Umstand, daß die Leiche gleich nach dem Tode im Wasser schwimmt, nicht eindeutig gegen einen Ertrinkungstod. Hervorzuheben sind noch die Ausführungen des Verf. über seine Erfahrungen mit Unglücksfällen in Wildbächen. In Wildbächen Verunglückte können sich trotz geringer Tiefe vielfach nicht aufrecht halten, sondern bleiben wegen der starken Strömung unter Wasser. *B. Mueller* (Heidelberg).

Bates, Gordon, R. E. Gaby and Wills MacLachlan: The need for prolonged artificial respiration in drowning, asphyxiation and electric shock. (Die Notwendigkeit bei Ertrinken, Asphyxie und elektrischen Unfällen die künstliche Atmung über längere Zeit durchzuführen.) *Canad. med. Assoc. J.* 39, 120—123 (1938).

Über die Erfolgssichten bei Wiederbelebungen mittels künstlicher Atmung werden widersprechende Meinungen vertreten. Verff. teilen einige fremde Beobachtungen mit, wonach Personen längere Zeit (9—35 Minuten) unter Wasser gelegen haben und erfolgreich wiederbelebt wurden. Als baldiger Beginn der Wiederbelebungsmaßnahmen ist erforderlich: Während bei sofortigem Einsetzen der Wiederbelebungsversuche bei elektrischen Unfällen 90% erfolgreich wiederbelebt wurden, war nur bei 10% der Fälle, bei denen eine Verzögerung von 6 Minuten eingetreten war, ein Erfolg der Wiederbelebungsversuche zu verzeichnen. Der Gesundheitsrat von Canada (Health League of Canada) ist der Frage der Wiederbelebungsaussichten durch Erhebungen über Wiederbelebungen bei Fällen von Ertrinken, elektrischen Unfällen und Gasvergiftungen nachgegangen und hat die Ergebnisse durch tierexperimentelle Untersuchungen ergänzt. Verff. führen 5 Fälle auf, bei denen eine über längere Zeit (in Fall 1 z. B. 8 Stunden) fortgesetzte künstliche Atmung eine Wiederbelebung zur Folge hatte, (ohne daß klar ersichtlich ist, inwieweit diesen Fällen tatsächlich ärztliche Feststellungen über die Indikation zur künstlichen Atmung zugrunde gelegen haben). Als Anhang zu dieser

Veröffentlichung ist eine ausführliche, bebilderte Anweisung zur Durchführung der künstlichen Atmung nach Sharpey-Schafer beigelegt. *Estler* (Berlin).

Leichenerscheinungen.

Wollenweber: Gerichtsärztliche Diagnostik an der Leiche. Öff. Gesdh.dienst 4, A 345—A 354 (1938).

Wenn sie auch nichts Neues enthält, so bringt die kurze Übersicht doch viele für den Nichtgeübten wertvolle Gesichtspunkte (wie sie allerdings auch in einschlägigen größeren oder kleineren Büchern über Diagnostik, Technik usw. nachzulesen sind). Erfreulich ist, daß der Verf. gleich zu Anfang nicht nur die Notwendigkeit einer ärztlichen Leichenschau dringend betont, sondern auch feststellt, daß der gerichtlich-medizinisch geschulte Amtsarzt bei einer (polizeilichen) Leichenschau mehr zu leisten imstande ist als wie der durchschnittliche praktische Arzt. Die große Wichtigkeit der gerichtsärztlichen Obduktion wird mit Recht betont und auch die enorme verantwortliche Aufgabe, die mit ihrer Durchführung verbunden sein kann. Einzelne Hinweise auf eigene Beobachtungen gelegentlich von Schußverletzungen, Kindsmordfällen und Befunden bei Abtreibungen und Abtreibungsversuchen sind in der übersichtlichen Zusammenfassung recht beherzigenswert, insbesondere auch Gesichtspunkte für den Nachweis der verschiedenen Formen von Luftembolie und Fettembolie. Ich hätte es begrüßt, wenn Verf. auch der absoluten Notwendigkeit Erwähnung getan hätte, daß gerichtliche Sektionen unter allen Umständen von 2 Obduzenten gemeinschaftlich durchgeführt werden sollen (man hat bekanntlich in Österreich den Versuch gemacht, davon abzugehen, und auch bei uns sind solche Bestrebungen aus Ersparnisgründen im Neuentwurf der StPO. schon bedauerlicherweise festgestellt worden). Sehr beherzigenswert ist die Schlußbemerkung, die wieder auf die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Sektion hinweist und die von seiten der Richter häufig zu hörende Äußerung scharf zurückweist: „Bei der Sektion kommt ja doch nichts heraus!“ Somit kann man sich mit den leitenden Grundgedanken der übersichtlichen Arbeit des Verf. sehr wohl einverstanden erklären.

Merkel (München).

Fischer, Hans: Ein Blitzschlag täuscht Mord und Selbstmord vor. Arch. Kriminol. 103, 53—60 (1938).

Beschreibung und Abbildungen von durch Blitzschlag verursachten Verbrennungen mit Todeserfolg bei einem Liebespaar, das bei einem Ausflug von einem Gewitter überrascht wurde und vergeblich Schutz unter einer Eiche gesucht hatte. Die Unbekanntheit der bei Blitzschlag auftretenden eigenartigen Verbrennungsspuren, die Seltenheit des Vorkommens derartiger Blitzschlagfolgen und die hiermit verbundene geringe Möglichkeit, praktische Erfahrungen über Blitzwirkungen am Menschen zu sammeln, bewirkten, daß zunächst, wie häufig in ähnlich liegenden Fällen, von der am Tatort erschienenen Mordkommission ein Verbrechen angenommen wurde. Die genaue Untersuchung der Leichen und des Tatortes mit eindeutigen Spuren der Blitzwirkung an Bäumen und am Erdboden brachte schnelle Klärung. *Schackwitz* (Berlin).

Beitzke, H.: Pathologisch-anatomische Untersuchungen an Selbstmördern. (Path.-Anat. Inst., Univ. Graz.) Wien. klin. Wschr. 1938 I, 625—628.

Verf. berichtet über die anatomischen Befunde bei Leichenöffnungen von 223 Selbstmördern (132 Männer, 91 Frauen). Die gewählten Todesarten waren bei den Frauen 74 mal Gift, je 6 mal Absturz und Erschießen, je einmal Erhängen, Ertrinken, Überfahrenwerden, Pulsaderschnitt, Halsschnitt; bei den Männern 67 mal Erschießen, 40 mal Gift, 18 mal Absturz, 6 mal Halsschnitt, 3 mal Erhängen, 2 mal Pulsaderschnitt, 1 mal Erschlagen. Bei 22 Fällen konnte mit Sicherheit (7 Hirnerkrankungen, 11 akute fieberrhafte Erkrankungen, 4 mal chronischer Alkoholismus) und einmal mit Wahrscheinlichkeit (akute Nephritis) auf eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit geschlossen werden. 44 Frauen (fast die Hälfte, von den unter 45 Jahren fast 2 Drittel) befanden