

phrenen, der unmittelbar vorher einen besonders heftigen Cardiazolkrampf gehabt hatte. Verf. nimmt die Ruptur eines arteriellen Gefäßes infolge Dehnung oder Quetschung an.

Karl Kothe (Berlin-Buch).

Firket, Jean: Traumatisme et cancer. (Trauma und Krebs.) Arch. méd. belg. 94, 3—10 (1941).

In der Arbeit, die einen Auszug aus einer in Buchform erschienenen Veröffentlichung des Verf. darstellt, werden folgende sieben Voraussetzungen für die Anerkennung des Zusammenhangs zwischen Trauma und Krebsentstehung erörtert: 1. sicherer Nachweis eines Trauma; 2. genügende Heftigkeit des Trauma; 3. Unversehrtheit der betroffenen Körpergegend vor dem Trauma; 4. genaues Übereinstimmen des Ortes der Verletzung mit dem Sitz des nachfolgenden Tumor; 5. ein zeitlicher Abstand des Auftretens der Geschwulst, der eine ursächliche Verkettung wahrscheinlich erscheinen läßt; 6. ein kontinuierlicher Zusammenhang der pathologisch-anatomischen Veränderungen während des Zeitraums zwischen dem Unfall und dem Auftreten der Geschwulst; 7. histologische Bestätigung des beobachteten Tumor. Zu 5. nimmt Verf. als Minimum 1 Monat an. (Das Maximum wird unter Berücksichtigung der belgischen versicherungsrechtlichen Bestimmungen mit 3 Jahren festgesetzt, wobei Verf. jedoch darauf hinweist, daß der Tumor — wenn überhaupt — praktisch bereits innerhalb des ersten halben Jahres nach dem Trauma in Erscheinung tritt.) Die genannten Voraussetzungen sind nur selten sämtlich erfüllt. Ist dies der Fall, so handelt es sich fast immer um ein Sarkom. Verf. fügt noch eine 8., nicht unwesentliche Bedingung hinzu, indem er darauf hinweist, daß man sich in jedem Falle zu vergewissern hätte, ob nicht bei dem Verletzten ein maligner Tumor vorher schon außerhalb der vom Trauma betroffenen Region bestanden hat oder sogar noch besteht. In solchem Falle könnte das Trauma lediglich eine bis dahin latente Metastase zur Entwicklung gebracht haben, wofür Verf. einen von ihm beobachteten Fall als Beispiel mitteilt. Schließlich wird kurz auf die pathogenetische Grundlage der traumatischen Tumorentstehung eingegangen, die im wesentlichen noch völlig hypothetisch ist.

Zech (Wunstorf i. Hann).

Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache.

Gunzelmann, Ernstgünther: Über Todesfälle beim Baden mit besonderer Berücksichtigung plötzlicher Todesfälle im geschlossenen Baderaum. (Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.) München: Diss. 1941. 28 S.

Die Arbeit bringt zunächst allgemeine Ausführungen über Physiologie und Pathologie des Ertrinkungstodes, wobei plötzlicher Herztod im Wasser, Magentod, Kälteallergie und Shocktod Erwähnung finden. Es wird dann über 7 Fälle von Tod im geschlossenen Baderaum berichtet. Der 1. Fall beschreibt einen Abtreibungsversuch (am untauglichen Objekt) in der Badewanne, wobei es zu einem Shocktod bei lymphatischer Konstitution und Herzhypertrophie kam. Fall 2 behandelt den Ertrinkungstod einer Epileptikerin in der Badewanne. Fall 3—5: Todesfälle in der Badewanne durch Leuchtgasvergiftung. Im Fall 6 war ein 38jähriger Mann in der Badewanne durch Kohlenoxydeinatmung bewußtlos geworden und ertrunken. Die technische Untersuchung ergab hierbei mangelhaften Zug des Badeofens, Verbrennung mit leuchtender Flamme und das Auftreten von unangenehm riechenden Gasen in dem Raum. Der Abzug des Rohres war fast vollkommen durch ein Schwalbennest verstopft. Der für die Badeeinrichtung verantwortliche Geschäftsmann wurde wegen fahrlässiger Tötung verurteilt. Fall 7 behandelt die absichtliche Ertränkung eines Säuglings (eheliches Kind!) durch die eigene Mutter.

Manz (Göttingen).

Sázavský, Karel: Kollaps und Shock. Čas. lék. česk. 1941, 126—129 [Tschechisch].

Die Kreislaufschwächen, Kollaps und Shock, bedrohen oft das Ergebnis des chirurgischen Eingriffs. Unter Kollaps wird ein Zustand verstanden, der im Verlauf verschiedener Erkrankungen vorkommen kann. Er kommt zustande entweder durch eine primäre Erkrankung der Kreislauforgane oder durch eine sekundäre Schädigung

infolge einer Stoffwechselstörung, wenn die Organe des Stoffwechsels nicht genügen, eine übergroße Menge von Toxinen auszuschcheiden, oder wenn die entgiftenden, oxydierenden und ausscheidenden Organe primär krank sind. Unter Shock verstehen wir eine selbständige Erkrankung, welche durch einen Unfall oder durch eine Emotion hervorgerufen und gewöhnlich von einem Kollaps begleitet wird. Kollaps und Shock nehmen eine wichtige Stellung in der Chirurgie ein, der Operateur kann sie oft voraussehen und trachtet daher, vorzubeugen. Das geschieht durch vorsichtiges Operieren und durch Stärkung der Abwehrkraft gegen die operativen Unfallfolgen durch eine zweckmäßige Vorbereitung des Kranken vor dem Eingriff. Auch die Ausschaltung der Schmerzemotion durch eine vollendete Betäubung gehört hierher. Das Grundprinzip in der Behandlung des Kollapses und Shockes ist möglichst schnelles Eingreifen, um irreparablen Veränderungen der parenchymatösen Organe vorzubeugen. Da der Kollaps durch eine plötzliche Erniedrigung der kreisenden Blutmenge hervorgerufen wird, erhöhen wir diese einerseits indirekt durch Angreifen an der Autoregulation des Kreislaufes, indem wir Analeptica verabreichen und andererseits direkt durch Infusionen und Transfusionen. Beim Shock haben wir überdies die nervöse Seite der Erkrankung zu beachten, vor allem die Schmerzen, die schnellstens bekämpft werden müssen.

Gregora (Prag).

Sheehan, H. L.: Subendocardial haemorrhages in shock. (Subendokardiale Blutungen beim Shock.) (*Research Dep., Roy. Maternity a. Women's Hosp., Glasgow.*) *Lancet* 1940 I, 831—832.

Im Schrifttum ist verhältnismäßig wenig über die pathologische Anatomie des Shocks zu finden. Verf. konnte bei Untersuchungen von Todesfällen im Wochenbett nach vorausgegangenem Shock sehr häufig subendokardiale Blutungen feststellen. Sie lagen an der linken Seite der Kammerseidewand etwa in der Mitte zwischen den Aortenklappen und der Herzspitze. Bisweilen erstreckten sie sich auch weiter nach abwärts unter Einbeziehung der Basis der Papillarmuskeln oder einiger Trabekel an der Kammerrückwand. Bei größerem Umfang reichten sie nach aufwärts am Septum bis 1 cm unterhalb der Aortenklappen. Ihre Größe wechselte von Stecknadelknopfumfang bis zu enormen Hämorrhagien, die fast das gesamte Septum überzogen. Im allgemeinen lagen sie oberflächlich. Größere Blutungen erstreckten sich auch in die Muskulatur hinein. Im Bereich der rechten Herzhälfte wurden sie regelmäßig vermißt. Die geburtshilflichen Störungen, bei denen diese Beobachtungen gewonnen wurden und in deren Verlauf schwere Shockzustände sich einstellten, waren in erster Linie Placentaretention, ferner Uterusruptur oder Inversion, Eklampsie u. a. In über $\frac{3}{4}$ dieser Fälle waren die subendokardialen Blutungen zu finden. Trat jedoch der Tod innerhalb einer Stunde nach Shockbeginn auf, so wurden sie vermißt. Am umfangreichsten waren sie bei einer Shockdauer von 5—8 Stunden. Bei einer Reihe von Patientinnen, die nach längerem Shock sich erholten, im Verlauf des Wochenbetts aber an anderen Ursachen starben, wurden in vereinzelt Fällen schwache Reste von subendokardialen Blutungen gefunden. Diese Hämorrhagien bilden demnach einen spezifischen pathologisch-anatomischen Befund und sind Ausdruck einer allgemeinen Capillarschädigung, die mit dem Shockzustand in Zusammenhang zu bringen ist. Die Vermutung, daß es sich hierbei um agonale Erscheinungen handeln könnte, wird vom Verf. abgelehnt. Nach seinen Erfahrungen finden sie sich nur bei schweren Shockzuständen und brauchen einige Zeit zu ihrer Entwicklung. Sie bilden bei der Sektion ein Kennzeichen dafür, daß eine örtliche Gefäßstörung einige Zeit vor dem Tode in dieser wichtigen Herzregion (Reizleitungssystem) stattgefunden hat. Solche Blutungen werden auch nach cerebralen Schädigungen, wie Schädelbruch, Hirnblutungen oder Meningitis gefunden, sind weiterhin nach Hitzschlag, Chloroformvergiftung und gelegentlich nach Hirnschädigungen infolge von Hyperemesis beobachtet worden. Die letzten Beziehungen der für die subendokardialen Hämorrhagien maßgeblichen Gefäßstörungen zu dem Shocksyndrom sind noch nicht völlig geklärt.

Schrader (Halle a. d. S.).

Jeckeln, E.: Die chronischen Erkrankungen im Gebiet des Lungenkreislaufs als die Ursache eines plötzlichen Herztodes. (*Path. Inst., Allg. Krankenh., Lübeck.*) Med. Klin. 1941 I, 209—212.

In der vorliegenden als Übersicht gehaltenen Abhandlung werden die Fälle plötzlichen Herztodes behandelt, bei welchen es sich um ein Versagen des rechten Herzens bei Erkrankungen im Gebiet des Lungenkreislaufs handelt.

Zunächst wird hingewiesen auf den klinischen Symptomenkomplex Emphysem—chronische Bronchitis—Bronchiektasien, bei welchen eine Einengung und damit eine chronische Blutdruckerhöhung im kleinen Kreislauf besteht, wodurch die rechte Herzkammer stark hypertrophisch werden kann. Das Emphysem kann bei alten Leuten vorkommen, aber auch schon bei jüngeren Menschen; die untere Grenze scheint das 45. Lebensjahr zu sein. Akute Entzündungen der Bronchien und des Lungengewebes können selbstverständlich den Ausgangsprozeß für Bronchitis, Bronchiektasien und Emphysem bilden; so können bereits im Kindesalter nach Masern, Keuchhusten, Diphtherie, Grippe und Katarrhalpneumonien solche Dauerzustände sich entwickeln. Es macht dem Verf. den Eindruck, als ob für das Emphysem eine gewisse konstitutionell erblich bedingte Erkrankungsbereitschaft bestünde. Neben der Ausweitung des Lungenschlagadersystems stellt sich dann eine sekundäre verschiedengradige atheromatöse Wandveränderung in diesem System ein, oft mit, manchmal aber auch ohne Herzhypertrophie. Interkurrente Krankheiten können dann zur Katastrophe durch Versagen des rechten Herzens führen, besonders akute Infektionen der Luftwege sind mitunter die letzte Todesursache für solche chronisch Kranke. Auch die Fettsucht (*Adipositas cordis*) spielt hier die Rolle einer geminderten Reservekraft des rechten Herzens. Ferner können dabei Lungenembolien aus Beinvenenthrombosen das Lebensende bedingen. Mitunter findet man auch bei Menschen mit Asthma bronchiale akuten Herztod, wobei auch rechtsseitige exzentrische Herzhypertrophie sowie Atheromatose und Dilatation des Lungenschlagadersystems eine Rolle spielen; den letzten Anstoß zum Versagen des Herzens können auch hier akute pneumonische Prozesse und Perikarditis oder auch ein Spontanpneumothorax (Ruptur bei Emphysema bullosum) geben. Insbesondere ist das rechte Herz und der kleine Kreislauf außerordentlich belastet bei Kyphoskoliotikern, wo ja infolge der Deformität des Thoraxinnenraums eine starke Überbelastung des kleinen Kreislaufs gegeben ist. Verf. erinnert ferner an ähnliche Fälle von chronischer Überbelastung des kleinen Kreislaufs beim tuberkulösen Gibbus und bei Thoraxeinengung nach Thorakoplastik. Weiter wird hingewiesen auf die chronisch-entzündlichen Prozesse im Lungengewebe als Ursache einer dauernden Überbelastung des kleinen Kreislaufs (Einschränkung der Strombahn und des rechten Herzens), so bei subakuter und rezidivierender Karnifikation sog. indurierender Pneumonie, bei größeren Pleuraergüssen und bei akuter sekundärer Perikarditis, die für das überbelastete rechte Herz dann das Ende bedeutet. Weitere Lungenschrumpfungen bei den verschiedenen Formen von Bronchiektasien und endlich bei chronisch produktiv cirrhotischen Formen der Lungentuberkulose müssen auch hier genannt werden, ebenso wie eine finale tuberkulöse Perikarditis (hämorrhagische Formen), die nicht selten bei alten Leuten mit cirrhotischer Lungentuberkulose das Ende bedeutet. Neben der seltenen Syphilis der Lunge wird noch die Aortensyphilis genannt, die sekundär durch Rückstauung im kleinen Kreislauf zur Überbelastung auch des rechten Herzens neben dem linken führen kann; ferner erinnert Verf. an die Staubinhalationskrankheiten, weil hier gleichfalls rechtsseitige Hypertrophie und Dilatation des Herzens mit ihren Gefahren für das Leben eintreten können. Endlich wird noch hingewiesen auf den Unterschied zwischen der oben schon genannten sekundären und der primären Pulmonalsklerose, welche letzte in ihrer Natur unklar (rheumatische Infektion?) meist mit einer enormen Hypertrophie des rechten Herzens einhergeht und zu plötzlichem Tod führen kann. Neben der sekundären Pulmonalsklerose wird auch noch an die subakuten und rezidivierenden Lungenembolien erinnert, bei denen man durch die Sektion oft ältere organisierte neben frisch embolisierten Thromben vorfinden kann, seltener sind autochthone Thromben in dem Lungenschlagadersystem. Zum Schluß kommt Verf. noch auf die primären und sekundären malignen Tumoren in den Lungen und in den peribronchialen Lymphbahnen zu sprechen und auf die krebsige Perikarditis als Endausgang einer solchen primären oder sekundären Carcinomentwicklung im Lungengewebe.

So muß, wie Verf. ausführt, neben dem akuten Herztod durch Versagen der linken Herzkammer auch der Herztod durch Versagen der überbelasteten rechten Herzkammer in seiner Bedeutung klinisch und anatomisch stets gewürdigt werden.

Merkel (München).

Pettersson, Gustaf: Drei Fälle von Lungenembolie auf dem Operationstisch. (*Chir. Klin., Serafimerkranken., Stockholm.*) Acta chir. scand. (Stockh.) 84, 321—342 (1941).

Embolien sind während einer Operation seltene, aber gefürchtete Vorkommnisse. Verf. weist eingangs seiner Abhandlung auf die Fettembolien bei orthopädischen Ope-

rationen hin, auf die Wismut- und Ölembolien bei Behandlung von Fistelgängen oder Kanälen, auf die seltenen Gewebe- oder Tumorembolien bei operativen Eingriffen und endlich auf die während einer Operation und durch eine Operation verursachten Lungenembolien. Er hat in 8 Jahren 3 solche Fälle tödlich verlaufender Lungenembolie beobachtet, über die er berichtet. Im 1. Abschnitt wird zunächst besonders auf die bei therapeutischen und diagnostischen Eingriffen zustande kommenden, sofort tödlichen Luftembolien hingewiesen und ein solcher Fall bei Operation eines Mastdarmcarcinoms (65jähr. Frau) beschrieben. (Ob das Foramen ovale bei der Sektion als offen befunden wurde, ergibt sich aus der Mitteilung nicht. Ref.) Als 2. Fall wird eine tödliche Lungenembolie im Anschluß an eine Operation mitgeteilt (55jähr. Mann): Der Tod erfolgte alsbald nach der Operation; wie die Sektion ergab, waren die Lungenschlagaderäste durch große graurote Massen von Hypernephromgewebe verstopft, das von dem rechtsseitigen Nierentumor ausgehend in die Venen durchgewachsen war. Capillarembolien bei Geschwulstauslösungen kommen wahrscheinlich öfter vor; inwieweit sie zu Metastasen führen oder in der Lunge untergehen (M. B. Schmidt), wird nicht weiter besprochen. Lebergewebsembolien werden kurz gestreift. In einem weiteren Abschnitt werden Angaben über das Auftreten von Lungenthrombenembolien als Operationskomplikation beschrieben; relativ häufig sind sie bei der bekannten Injektionsbehandlung von Krampfadern, wo sie dann gewöhnlich 1—2 Wochen nach der Einspritzung auftreten. Auch bei intravenöser Dauerinfusion in Armvenen können Lungenembolien vorkommen. Meist treten sonstige Lungenthromboembolien frühestens einen Tag und etwa bis 3 Wochen nach der Operation noch auf. Wenn natürlich während der Operation eine Lungenembolie vorkommt (3 Fälle von Jayle, bei denen allerdings keine Sektion gemacht wurde, werden angeführt), dann muß die zugrunde liegende Thrombose selbstverständlich vor der Operation schon vorhanden gewesen sein. Pettersson berichtet sodann über 3 eigene Beobachtungen von tödlichen Lungenembolien. 1. Fall: 45jähr. Frau, supravaginale Uterusamputation wegen Myom, plötzlicher Tod während der Operation. Sektion: Lungenembolie aus den Oberschenkelvenen. — 2. Fall: 52jähr. Frau mit rechtsseitigem Nierentumor. Thrombose eine Woche nach der Probelaпарatomie; 4 Wochen später, nachdem sich die Pat. gut erholt hatte, Nephrektomie, dabei plötzlicher Tod; Sektion: Thrombenembolien der Pulmonalarterie und dabei Lungenmetastasen. — 3. Fall: 47jähr. Frau mit großem intrathorakalem Kropf. Eine Woche vor der Operation subfebrile Temperaturen. Nach der Genesung Operation, während derselben schwerer Kollaps, jedoch Erholung der Patientin. Am 4. Tag nach der Operation Tod. Bei der Sektion etwa 4 Tage alte (? Ref.) Lungeninfarkte, von denen Verf. glaubt, daß sie bei der Operation entstanden sein könnten, daneben ein größerer bronchopneumonischer Herd. Die embolisierten Pfröpfe sollen ihrer Größe und dem Aussehen nach aus dem Parametrium gestammt haben. Im Anschluß an diese Fälle wird allgemein über die Diagnose, die Differentialdiagnose und die Therapie dieser bei und kurz nach Operationen zustande kommenden Embolien verschiedenster Natur berichtet. In letzterer Beziehung wird die Prophylaxe in den Vordergrund gestellt: Patient vor der Operation nicht im Bett halten, wenn dies nicht absolut notwendig ist, evtl. präoperative Heparinbehandlung, sorgfältige klinische Untersuchung, bei festgestellter Thrombose Abwarten mit der Operation bis zur Organisation des Thrombus oder operative Ausräumung des Thrombus vor der Operation.

Merkel (München).

Pascalis, George: *Étude expérimentale des embolies pulmonaires.* (Experimentelle Studien über die pulmonale Embolie.) Presse méd. 1940 I, 682—683.

Bei einer Kranken treten die typischen Zeichen einer Embolie auf und Verf. findet bei der sofort vorgenommenen Operation in den Lungenarterien kein Blutgerinnsel. Dies veranlaßt ihn zu seiner Arbeit. Bei Autopsien wurde nur in einem Drittel der Fälle ein Embolus gefunden. Ameuille ist der Ansicht, daß kleine Blutgerinnsel in den Gefäßen, ohne diese zu verschließen, reflektorisch zum Tode führen können. Die

experimentelle Erzeugung der Embolie hat auch kein einheitliches Resultat ergeben. Verf. hat nun in Oberschenkel- oder Ohrvenen von Tieren künstlich Thrombosen erzeugt und diese dann in Bewegung versetzt. Alle Tiere überstanden die Störungen mehr oder weniger schnell. In einer 2. Serie wurde Blutgerinnung durch Einspritzung erzeugt. Einmal wurde in den Pulmonales jederseits ein 9 cm langer Embolus gefunden. Dann wurden Koagula in einer Spritze erzeugt und i.v. eingespritzt. Auch hierbei waren die Erfolge gering. Früher oder später werden die künstlich erzeugten Embolien vielleicht erklären, warum in dem einen Falle der Tod eintritt, während im anderen die Kranken den Anfall überleben.

Barun (Allenstein).^{oo}

Perret, Wolfgang: Über zwei Todesfälle nach Einspritzung 1proz. Novocain-Suprareninlösung. Med. Klin. 1941 I, 301—304.

Ein Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten wollte bei 2 Patientinnen wegen chronischer Tonsillitis an einem Tage die Tonsillektomie vornehmen. Beide Patientinnen bekamen am Operationstage je eine Injektion Eukodal-Skopolamin-Ephetonin. 1 Stunde später wurde bei der einen Patientin eine Oberflächen-Anästhesie vorgenommen. Dazu wurde aus einer Flasche mit 1proz. Cocainlösung 1 ccm in eine besondere Glasschale gefüllt. Danach wurde aus einer voll angefüllten 30 ccm-Flasche (Flasche I), welche mit Novocain 0,3, Sol. Suprarenin. (1:1000) 1,0, Sol. kal. sulfuric. (2%) ad 30,0 signiert war und in einer Apotheke hergestellt war, die Infiltrationsanästhesie mit etwa 20 ccm vorgenommen. Bei oder kurz nach der Anästhesie traten besondere Erscheinungen nicht auf, die Patientin wurde bis zur vollständigen Wirkung der Anästhesie auf einem Ruhebett im Nebenraum gelagert. Dann wurde von einem anderen Arzt bei der anderen Patientin die Oberflächen-Anästhesie gemacht. Eine neue Glasschale wurde mit 1 ccm 1proz. Cocainlösung gefüllt. Es wurde dann der Rest aus Flasche I (etwa 8—10 ccm) verbraucht und dann eine neue Flasche (Flasche II) mit gleicher Signierung, aber aus einer anderen Apotheke stammend benutzt. Bald nach der Einspritzung aus der Flasche II wurde die Patientin plötzlich blaß, die Atmung setzte aus. Trotz künstlicher Atmung, intramuskulärer und intrakardialer Injektionen von Lobelin, Kardiazol usw. trat der Tod ein. Als man dann ins Nebenzimmer ging, um die 1. Patientin zur Operation zu holen, lag diese leblos auf dem Ruhebett. Auch hier waren Wiederbelebungsversuche ohne Erfolg. Die bei den Apotheken beschlagnahmten Suprareninstammlösungen hatten einen normalen Suprareninegehalt von 1:1000, die Flaschen mit Novocainkrystallen enthielten nur krystallisches Novocain. Die Flüssigkeit in Flasche II enthielt einen Suprareninegehalt von 1,0 einer Lösung von 1:1000, der Novocaingehalt war 0,3. Von der Flasche I konnten nur 3—4 Tropfen der Analyse unterworfen werden. Der Suprareninegehalt war fast doppelt so hoch wie die Signatur angab, nämlich statt 1,0 etwa 1,75 der Suprareninstammlösung. Auf die geringe Menge des Untersuchungsmaterials wird hingewiesen. Der Novocaingehalt wurde als richtig befunden. Die Sektionen ließen keine pathologisch-anatomisch faßbaren Todesursachen erheben. Im Injektionsgebiet wurde noch Novocain festgestellt, die Anwesenheit von Cocain dagegen konnte ausgeschlossen werden. Während die eine Patientin nur $\frac{3}{4}$ der Maximaldosis von Suprarenin erhalten hatte, war bei der anderen eine geringe Überdosierung festzustellen. Die Erfahrung lehrt, daß Cocain, Novocain und Suprarenin in seltenen Fällen zu lokalen und allgemeinen Reaktionen, sogar zu Todesfällen führen können. Weiterhin ist aber bekannt, daß die besondere Überempfindlichkeit dieser bestimmten Personen vorher nicht sicher erkennbar ist, weshalb Schäden auch nicht vermeidbar sind. In gerichtlichen Entscheidungen ist man deshalb auch davon ausgegangen, daß für diese seltenen und ungewöhnlichen Reaktionen eine besondere Aufklärungspflicht von seiten des Arztes vor dem Eingriff nicht gefordert werden kann. Verf. ventiliert dann alle Möglichkeiten, die diese beiden, am gleichen Tage eingetretenen Todesfälle erklären könnten. Ein eindeutiger Schluß ist jedoch nicht zu ziehen.

Matzdorff (Berlin).

Soupault, R.: Gangrène spontanée foudroyante de l'appareil génital externe de la femme. (Ganz plötzlicher spontaner Brand der äußeren Geschlechtsorgane der Frau.) Presse méd. 1941 I, 335—336.

Verf. beschreibt einen tödlichen Fall von foudroyanter spontaner Gangrän des äußeren Geschlechtsapparates bei einer 69jährigen Frau. Bakteriologisch wurde der *Streptococcus longissimus* gefunden. Auf die recht verschiedenartigen bakteriologischen Ergebnisse in ähnlichen Fällen wird hingewiesen. Verf. möchte vom klinischen Standpunkt aus den ganz plötzlichen spontanen Brand der Geschlechtsorgane sowohl des Mannes als auch der Frau der postoperativen Gangrän der Haut gleichsetzen. Schrifttum.

Rudolf Koch (Münster).

Leichenerscheinungen.

Winter, Reinhold: Anatomische Befunde bei einer Brandleiche. Kriminalistik 15, 43—44 (1941).

Es wird über eine Brandleiche berichtet, die von einem brennenden Flugzeug herührte. Verf. bringt das Protokoll der Sektion. Weiter konnte er nachweisen, daß der Tote im Feuer gelebt hatte, er konnte Kohlenoxyd nachweisen, außerdem Rußpartikeln, ferner Brandblasen mit Leukocyten. Ferner wurde Fechterstellung festgestellt; hier handelt es sich um postmortale Vorgänge; kurz, es werden Dinge berichtet, die den gerichtlichen Medizinern allgemein bekannt sind. Förster (Marburg a. d. L.).

Merkel, Horst: Zum chemischen Nachweis urämischer Zustände an der Leiche. (Path. Inst., Krankenh. St. Georg, Leipzig.) Frankf. Z. Path. 54, 657—663 (1940).

Verf. weist die Brauchbarkeit der von Konschegg angegebenen Ammoniakbestimmung in der Magenschleimhaut bei urämischen Zuständen nach. In einer Reihe von Fällen werden den erhaltenen Werten die klinischen Reststickstoffwerte, wie sie kurz vor dem Tode ermittelt wurden, gegenübergestellt. Die Untersuchungen werden als ein brauchbares Hilfsmittel bei der Diagnostik der Azotämien bezeichnet. Mäßige Fäulnisveränderungen an der Magenschleimhaut sollen den Wert des Verfahrens nicht herabsetzen.

Wagner (Kiel).

Oricchio, D.: La presenza del bacillo di Koch nell'urina dei cadaveri dei tubercolosi. (Die Anwesenheit des Koch-Bacillus im Harn von tuberkulösen Leichen.) Ann. Ist. Forlanini 4, 834—849 (1940).

Der Harn von 47 tuberkulösen Leichen verschiedener Lungentuberkuloseformen mit anscheinend normaler Niere wird auf die Anwesenheit des Tuberkelbacillus untersucht und dabei festgestellt, daß er in 22 Fällen zugegen war. Die gleichzeitig ausgeführten histologischen Untersuchungen der Nieren dieser Leichen zeigten, mit Ausnahme von 4, spezifische Läsionen. Verf. nimmt an, daß auch in diesen 4 Fällen die Nieren beschädigt sein müssen, nur sind die Läsionen schwer erkennbar, denn eine absolut intakte Niere soll für die Bacillen undurchlässig sein. Gleichzeitig wurde die Bacillämie in dem aus dem Herzen und aus der Femoralvene entnommene Blut untersucht und sie in den meisten Fällen positiv gefunden, in denen die Bacillurie positiv ausfiel. Diese Befunde lassen schließen, daß bei Tuberkulösen die Untersuchung der Bacillurie wichtiger als die der Bacillämie wäre, denn sie gibt mehr positive Ergebnisse als die erstere.

Marim (Bukarest).^{oo}

Strittige geschlechtliche Verhältnisse. Sexualpathologie. Sexualdelikte.

Halpaus, Edith: Hypergenitalismus bei Kindern. Kritisch-klinischer Bericht über sechs Fälle. (Univ.-Kinderklin., Münster i. W.) Münster i. W.: Diss. 1940. 36 S.

6 Fälle von Hypergenitalismus bzw. Pubertas praecox bei Kindern, die in der Universitäts-Kinderklinik Münster beobachtet wurden, gaben Veranlassung zur Prüfung unserer jetzzeitigen klinisch-diagnostischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungsmethoden, um Ursachen dieser Entwicklungsstörungen sowie Prognose und therapeutische Möglichkeiten zu erforschen. Gesichert ist, daß Genitaldrüsen-