

## Plötzlicher Tod aus innerer Ursache.

**Bross, K.:** Über plötzliche Todesfälle und ihre Pathogenese. (*Path. Inst., Städt. Krankenh. Moabit, Berlin.*) Med. Welt 1933, 959—961 u. 992—994.

Verf. hat das Material des Instituts unter gründlicher Berücksichtigung des Schrifttums nach folgenden Gesichtspunkten zusammengestellt: Plötzlicher und unerwarteter Tod bei Kindern, wobei die Feststellung einer Bronchopneumonie einen größeren Raum einnimmt; auch der sog. Rachitistod wird genauer besprochen, ein Thymustod bei Kindern dagegen im großen und ganzen abgelehnt. Beim plötzlichen Tode der Erwachsenen sind am zahlreichsten Erkrankungen des Herzens und der Gefäße, wobei die Coronarsklerose an erster Stelle steht. Am zweithäufigsten waren im Material des Verf. Erkrankungen des Gehirns und seiner Gefäße, dann kommen Lungenerkrankungen und schließlich 4 Fälle von Erkrankungen der Verdauungswege (zweimal Perforation eines Magen-Darm-Geschwüres, einmal Verblutungstod aus geplatzten Oesophagusvaricen, einmal Verblutungstod bei Polypose des Magens). Das Gesamtmaterial beläuft sich auf 135 Fälle, stammend aus den Jahren 1928—1931. Wesentlich neue Gesichtspunkte bringt die Zusammenstellung nicht. *B. Mueller (München).*

**Slot, Gerald:** „Sudden death“. (Plötzlicher Tod.) Trans. med.-leg. Soc. Lond. 26, 80—110 (1933).

Übersicht über die einschlägigen Fragen des plötzlichen Todes von Menschen aller Lebensalter aus natürlicher Ursache. Verf. bringt eine Reihe von Beispielen eigener Beobachtung, solcher der Coroner in London und aus dem Schrifttum (wobei die deutschen Autoren, vor allem Kolisko u. a. m. nicht berücksichtigt sind), unter denen einige Fälle vom historischen Standpunkt besonders interessant sind. Es werden in scharfen Umrissen die Schwierigkeiten des Nachweises der Todesursachen aufgezeigt und die Frage des Shock-, Thymus- und Narkosetodes beleuchtet. Die Ausführungen werden durch Bemerkungen in der Wechselrede noch weiter ergänzt. *Breitenecker (Wien).*

**Bedford, T. H. B.:** The pathology of sudden death: A review of 198 cases „brought in dead“. (Die Pathologie des plötzlichen Todes: Eine Besprechung von 198 Fällen von „tot-Überbrachten“.) (*Dep. of Path. a. Bacteriol., Univ., Leeds.*) J. of Path. 36, 333—347 (1933).

Verf. gibt einen statistischen Überblick über eine verhältnismäßig kleine Reihe von Fällen plötzlichen Todes, ohne wesentlich Neues zu bringen. Als Todesursache stehen die Herz- und Gefäßerkrankungen mit 73% an erster Stelle. In 8% der Fälle konnte eine entsprechende Todesursache nicht gefunden werden. Die häufigsten Todesfälle werden im Alter von 60—70 Jahren beobachtet, wobei die Männer bei weitem überwiegen. Unter den Angaben des Schrifttums fehlen die auf diesem Gebiete besonders erfahrenen deutschen Forscher österreichischer Schule vollständig. *Breitenecker (Wien).*

**Schranz, Dénes:** Interessante Herzbefunde bei plötzlichen Todesfällen. Orvosképzés 23, 497—503 (1933) [Ungarisch].

Verf. stellt von plötzlichen Herztodesfällen 4 Gruppen auf. In der 1. Gruppe stehen die durch Arteriosklerose entstandenen Verengungen und Verschlüsse der Coronararterien. Diese Todesursachen fanden sich am häufigsten im Alter zwischen 60—70 und in der Mehrzahl bei Männern. Unter den in den letzten 5 Jahren im Institut zu Budapest beobachteten plötzlichen Herztodesfällen (1348) ist der Tod in 3,5% durch spontane Herzruptur entstanden. In die 2. Gruppe stellt Verf. die durch Mesaortitis luetica hervorgerufenen Verengungen und Verschlüsse der Coronararterien; in der Mehrzahl bei Männern zwischen 30—40 Jahren. Die 3. Gruppe bilden die durch Mesaortitis, aber ohne Coronaraderveränderungen entstandenen Todesfälle, die in der Mehrzahl durch Aneurysmenruptur entstehen. In die letzte Gruppe gehören die Mißbildungen, Geschwülste und Klappenfehler des Herzens. Verf. berichtet über 2 selbstbeobachtete Fälle: ein Cor uniloculare (Lebensdauer 2½ Tage) und über einen Fall von 4 halbmondförmigen Klappen der Aorta bei einem 73jährigen Mann. *Wietrich (Budapest).*

**Sanchez-Lucas, Julio G.:** Spontanruptur der Aorta. (*Serv. de Anat. Pat., Casa de Salud Valdecilla, Santander.*) Archivos Cardiol. 14, 213—221 u. franz. Zusammenfassung 221 (1933) [Spanisch].

Verf. beschreibt einen einschlägigen Fall, in dem bei der Leichenöffnung an der Rißstelle ein kleiner Absceß mit infiltrierter Wandung in der Adventitia und Media der Aorta gefunden wurde. Als Ursache des Abscesses sieht er eine vorangegangene Pneumonie an.  
B. Mueller (München).

**Verletzungen. Gewaltsamer Tod aus physikalischer Ursache.**

**Rooks, Gerhard:** Die Klassifizierung der nichttödlichen Verletzungen nach den bei uns geltenden Gesetzen. Eesti Arst 12, 1—20 (1933) [Estonisch].

Verf. betont die Wichtigkeit der Klassifizierungsfrage. Bestimmt sie doch den Vorgang der Anklage, die Möglichkeit einer Versöhnung, das Strafmaß, also gewissermaßen das Schicksal des Angeklagten. — Bis zur Inkrafttretung des neuen estnischen Strafgesetzbuches gelten in Estland die alten russischen Gesetze. Diese kennen folgende Arten nichttödlicher Verletzungen: 1. Verkrüppelungen — schwere und weniger schwere; 2. entstellende Verletzungen des Gesichts; 3. Verwundungen, schwere und leichte; 4. Schläge: a) schwere lebensgefährliche, b) schwere nichtlebensgefährliche, c) leichte; 5. Peinigung; 6. Schädigung der geistigen Fähigkeiten; 7. Schädigung der Gesundheit oder der körperlichen Fähigkeiten. Der Wortlaut der Gesetze enthält weder für die Aufgaben der ärztlichen Begutachtung noch für die Klassifizierung und juristische Qualifikation der Verletzungen eine genügend bestimmte Grundlage. Verf. gibt daher eine zusammenfassende Übersicht der entsprechenden Gesetze, Erläuterungen, amtlichen Richtlinien und Entschiede und bespricht die sich bei gerichtsarztlicher Praxis ergebenden Fragen der Begriffsbestimmung. G. Moderow (Reval).

**Balado, Manuel, und Jorge Malbran:** Einteilung der posttraumatischen Gehirnblutungen. Vorl. Mitt. (*Inst. de Clin. Quirúrg., Univ., Buenos Aires.*) Arch. argent. Neur. 7, 115—127 (1932) [Spanisch].

Vorläufige Mitteilung über eine auf dem histologischen Befund (Verteilungsart, Verhältnis zu den Häuten, den Gefäßen, Imbibition mit Blutpigment usw.) beruhende Klassifikation der frischen traumatischen Hirn- und Hirnhautblutungen. Die Darstellungen, durch makroskopische, mikroskopische Befunde, schematische Zeichnungen erläutert, beschränken sich auf die Kennzeichnung der Blutextravasate. Ihre Folgen, Ödem, die Schädigungen des Nervengewebes sind nicht berücksichtigt; die Färbetechnik ist geschildert. Pfister (Bad Sulza).

**Horowitz, D.:** Verletzungs- und Todesfälle beim Boxen und ihre gerichtsarztliche Begutachtung. Pam. Wileńskiego Tow. Lek 9, 1—20 (1933) [Polnisch].

Schlußsätze lauten: 1. Tod beim Boxen wird meistens durch intrakranielle Blutungen bei Unversehrtheit der Schädelkapsel verursacht; 2. Knock-out-Hiebe gegen den Schädel können kleinere Blutungen in den Basiskernen des Hirns und Parkinsonismussymptome auslösen; 3. der Tod beim Boxen kann oft die Folge krankhafter Veränderungen des Boxers bilden; 4. die Feststellung der Todesursache ist oft schwer, besonders wenn dem Begutachter die Kampfregeln nicht genau bekannt sind.

Wachholz (Kraków).

**Doench, Hans Otto:** Luftembolie bei Verletzung des Sinus longitudinalis. (*Chir.-Gynäkol. Abt., Städt. Krankenhh., Bielefeld.*) Zbl. Chir. 1933, 486—487.

Über Luftembolien bei direkten Sinusverletzungen hat Doench im Schrifttum nur einen von Bergmann beschriebenen, nicht völlig geklärten Fall gefunden. Operative Verletzungen der Hirnsinus sind von Genzmer und Kuhn veröffentlicht worden. Cramer fand, daß unter normalen Verhältnissen und in horizontaler Lage ein positiver Druck von mindestens 90 mm Wasser herrscht, d. h. eine Luftembolie bei verletztem Sinus ist nicht möglich. Gefahren entstehen erst, wenn es sich um einen ausgebluteten Patienten handelt, der in sitzender Stellung operiert wird, da dann aus dem positiven ein negativer Druck werden kann. Unter solchen Voraussetzungen verlor D. einen 11jährigen Jungen, der durch Beilhieb eine 10 cm lange Wunde am Hinterkopf mit Impressionsfraktur davongetragen hatte. Bei Versorgung der Wunde und Entfernung der Knochensplitter wurde ein Riß im Sinus longitudinalis sofort tamponiert, dann frontalwärts unterbunden und, ehe noch occipitalwärts unterbunden werden konnte, zeigte ein schlürfendes Geräusch die tödliche Luftembolie an. D. zieht die natürliche Schlußfolgerung, daß die erste Unterbindung proximal liegen muß. Plenz.