

ebenfalls keine Wirkung. Tierkohle verlängert die Ausscheidung,  $\beta$ -Faktor ist 12,5% niedriger. Nach Erbrechen ist der Blutalkoholwert höher. Dinitrophenol beschleunigt die Verbrennung, Thyroxin ist wirkungslos. Im allgemeinen verbrennt 10 kg Körpergewicht 1,0 g Alkohol pro Stunde. Die Blk. ist infolge der gesteigerten Ausscheidung durch die Haut, Lungen und Nieren niedriger. Diuretica steigern die Ausscheidung, fieberhafter Zustand verbrennt mehr Alkohol, Temperaturerhöhung und Diathermie erhöhen den  $\beta$ -Faktor. Schlafmittel, Ohnmacht, traumatischer Bewußtseinsverlust, Schädelverletzungen verringern den Alkoholabbau infolge des verminderten Grundumsatzes. Insulin kann praktisch als vollkommen wirkungslos betrachtet werden. *Beöthy.*

**Hunsicker, Hans:** Über die Aufhebung der alkoholischen Leistungsschädigung durch Pervitin. Heidelberg: Diss. 1942 (1941). 15 Bl.

#### **Sonstige Körperverletzungen. Gewaltsamer Tod.**

**Cattabeni, C. M.:** Il medico di fronte al cadavere. (Der Arzt an der Leiche.) (*Istit. di Med. Leg. e di Assicuraz., Univ., Milano.*) Le Forze Sanit. 11, 789 (1942).

Aus den reichen Erfahrungen des Mailänder Instituts, das nach Übereinkunft mit den Behörden systematisch Obduktionen vornehmen kann, berichtet Verf. über die von praktischen Ärzten oft recht oberflächlich durchgeführte Leichenschau und ihre mitunter bedenklichen Folgen, die an Beispielen erläutert werden. Allein auf Grund dieser Sektionsübereinkunft wurden folgende 3 Fälle aufgeklärt: Ein Kutscher war nach Aussagen beim Herabsteigen vom Bock gestrauchelt und sterbend hingefallen. Mangels äußerer Verletzungen lautete die ärztliche Totenscheindiagnose auf Herzschlag. Gefunden wurde eine Platzruptur der Leber und Rippenbrüche, die nur durch ein heftiges Trauma gegen die rechte Seite (vielleicht durch Quetschung) zustande gekommen sein konnten. — Von Familienangehörigen wurde dem Arzt versichert, daß es sich um Selbstmord durch Kehleabschneiden handelte. Die Sektion ergab vielfache Schnittwunden am Hals in verschiedener Richtung und Abwehrverletzungen an den Händen. — Bei einer sterbend ins Hospital eingelieferten Schneiderin berichteten die Familienangehörigen zur Anamnese Tetanusinfektion von einem Nadelstich. Bei der Leichenöffnung wurde eine zu Abtreibungszwecken in die Gebärmutter eingeführte Sonde gefunden, die die Därme durchbohrt hatte. — In 2 Fällen führten lediglich Gerüchte zur Obduktion: Eine Tochter erzählte dem Gebirgsgemeindefeldarzt, ihr Vater sei beim Treppensteigen tot hingestürzt. Der Arzt ließ sich daraufhin zur Totenscheindiagnose „Herzschlag“ verleiten, ohne die Leiche zu besichtigen, weil er 2 Monate zuvor bei dem Bauern einen Herzfehler festgestellt hatte. Es handelte sich aber um Mord durch Schläge mit einer Eisenstange gegen den Kopf nach vorausgegangenem Giftmordversuch. — Ein von der Gerichtsbehörde zugezogener Arzt stellte an einem auf der Landstraße tot aufgefundenen Mann wegen Fehlens äußerer Verletzungen Tod aus natürlicher Ursache fest, ohne daß er die Leiche entkleiden ließ. Es bestand aber eine komplette Fraktur des knöchernen Thorax, der bei einem Überfall eingedrückt worden war. — In einem Mordfall erklärte ein Arzt (am Tatort), eine Blutlache neben dem Opfer sei noch nicht geronnen. Der Angeschuldigte hatte aber auf Grund eines Alibi die Tat nur 2½ Stunden früher ausführen können. Bei wirklich fehlender Blutgerinnung konnte er also nicht der Täter sein. — Die Ärzte würden diese Irrtümer vermeiden haben, wenn sie an die Leiche wie an einen Kranken herangetreten wären und sich um die Todeszeichen und um äußere Verletzungen im Hinblick auf Zeitpunkt und Ursache des Todes, vor allem bei verdächtigen Fällen und bei unbekanntem Toten, bekümmert hätten.

*Kresiment* (Berlin).

**Fleischmann, Rudolf:** Morde, Selbstmorde und fahrlässige Tötung mit den „harmlosen Flobertwaffen“. (*Gerichtsmed. Inst., Univ. München.*) Arch. Kriminol. 111, 139—146 (1942).

Gerichtsärztliche Erfahrungen erweisen immer wieder, daß die in Laienkreisen vielfach noch als harmlos geltenden Flobertschußwaffen eine verhängnisvolle Rolle

bei fahrlässigen oder vorsätzlichen Tötungshandlungen spielen können. Verf. hat aus dem Münchener Gerichtlich-Medizinischen Institut 27 Fälle zusammengestellt. 4mal lag Mord, in 2 Fällen Totschlag vor. 13mal wurden Kopfsteckschüsse beobachtet, wobei es sich 3mal um einen Winkelschuß handelte. Die erhebliche Durchschlagskraft der Kleinkaliber-Normalpatrone, aber auch der Bleirundkugel, geht aus diesen Beobachtungen deutlich hervor. In einem Falle wurde sogar nach Durchschlagung einer mehrschichtigen Kleidung ein Brustdurchschuß erzielt und dabei sowohl beim Einwie auch beim Ausschuß je eine Rippe im Knochenstück durchschlagen. *Schrader.*

**Pallestrini, E.:** *Traumi indiretti della membrana timpanica con suppurazione secondaria timpano-mastoidea in feriti di guerra.* (Über indirekte Trommelfellverletzungen mit sekundärer Eiterung der Trommelhöhle und des Warzenfortsatzes bei Kriegsverwundeten.) *Accad. Med. (Genova)* 57, 61—70 (1942).

Verf. beschreibt 4 Fälle von Feuerwaffenverwundeten mit Ruptur des Trommelfelles und sekundärer Eiterung der Trommelhöhle und des Warzenfortsatzes. Solche Rupturen sind die Folge des Zusammenarbeitens zweier Gewaltwirkungen von traumatischem Effekte: Der verminderte Druck im äußeren Gehörgange ist bedingt durch das gewaltige Durchziehen des Geschosses in seiner äußersten Nähe und die plötzliche beinahe gleichzeitige tonische Reflexkontraktion des Hammergriffes. Solche Trommelfellperforationen machen es möglich, daß Eiterungen des äußeren Ohres sekundär die Trommelhöhle und die Warzenfortsatzzellen infizieren können, Komplikationen verursachend, die fast immer chirurgische Behandlung fordern. *Zavka (Padua).*<sup>oo</sup>

**Sikorski, Helmuth:** *Selbstverstümmelung und Selbstverletzung durch Schuß.* Leipzig: Diss. 1941. 63 S.

**Rabboni, Federico:** *Sceggia di bomba aerea ritenuta nel mediastino anteriore.* (Bombensplitter im vorderen Mediastinum.) (*Osp. di Cura Special. Nr. I d. Croce Rossa Ital., Catania.*) *Ann. ital. Chir.* 21, 337—344 (1942).

Ein Bombensplitter im vorderen Mediastinum, der zu einer Perikarditis geführt hatte, wird entfernt. Besprechung einiger Fälle aus der Literatur und der verschiedenen operativen Verfahren. *Reinhardt (Weißfels).*

**Schwalm, Karl:** *Tötung durch Erhängen.* Düsseldorf: Diss. 1940. 34 S.

**Mayne, Herbert:** *Mord oder Selbstmord durch Erhängen! Ein Beitrag zu dieser Frage unter besonderer Berücksichtigung der Lage des Erhängten.* Wien: Diss. 1941. 29 Bl.

**Luig, Heinz:** *Der Tod durch Ertrinken nach neuerer Anschauung.* Düsseldorf: Diss. 1941 (1939). 51 S.

**Dörnenburg, Alfred:** *Ertrinkungsfälle im Stadtkreis Wuppertal in den Jahren 1931—1940.* Münster i. W.: Diss. 1941. 44 Bl.

**Artmann, Johann:** *Todesursachen bei Stromtodesfällen.* München: Diss. 1941. 26 S.

**Seiffert, Klaus:** *Pathologie und Klinik der Starkstromverletzungen nach 16 hier zur Beobachtung gelangten Unfällen.* München: Diss. 1941. 13 S.

**Schreiber, Hans-Ulrich:** *Über Selbstmordfälle durch elektrischen Strom.* München: Diss. 1941. 15 S.

**Findewirth, Gerolf:** *Selbstmordversuche bei Jugendlichen.* Leipzig: Diss. 1942. 34 S.

**Leim, Wilhelm:** *Tötung der Ehefrau aus geringfügigem Anlaß. (Maurerhammer als Tatwerkzeug.)* *Kriminalistik* 17, 1—7 (1943).

Exhumierung einer weiblichen Leiche nach 1½ Jahren aus 1 m Tiefe in einem Acker. Vorgeschrittene Fettwachsbildung. Am Schädel 3 Verletzungen, von denen eine auf einen Schlag mit einer Kante eines Maurerhammers hinwies, während die anderen weniger charakteristisch erschienen. Bei 2 von den Verletzungen konnte die Priorität einander gegenüber infolge des Verlaufes der Sprünge festgestellt werden. Zahnärztliche Identitätsbestimmung. Aus dem Obduktionsprotokoll ist der Lokalbefund und das vorläufige Gutachten wiedergegeben. *Walcher (Würzburg).*

**Anderson, R. G.:** *Non-penetrating injuries of the heart.* (Stumpfe Herzverletzungen.) (*Gen. Hosp., Cheltenham.*) *Brit. med. J.* Nr 4157, 307—310 (1940).

Die Mitteilung bringt zunächst eine kurze Zusammenstellung der experimentellen Unter-

suchungen und klinischen Beobachtungen über Herzschäden durch stumpfe Brustwandtraumen, wie sie in den letzten Jahren von verschiedenen Seiten gegeben wurden. Anschließend wird dann über eine eigene Beobachtung berichtet, welche das ziemlich typische Bild einer Commotio cordis bot und elektrokardiographisch ein durchaus infarktähnliches Bild zeigte.

*Schlomka* (Leipzig).<sup>o</sup>

**Weber, Hans W.:** Über stumpfe Thoraxtraumen. Berlin: Diss. 1941. 22 S.

**Häusler, Franz:** Über die traumatischen Aortenrupturen ohne gleichzeitige Wirbelsäulenverletzung bei stumpfen Gewalteinwirkungen auf den menschlichen Körper. (Unter besonderer Berücksichtigung des Materials am Gerichtlich-Medizinischen Institut München von 1930—1940.) München: Diss. 1941 (1940). 29 S.

**Rübberdt, Horst:** Über Beckenbrüche beim Verkehrsunfall. Berlin: Diss. 1941. 55 S.

**Kaufmann, Gertrud:** Beitrag zur traumatischen Symphysenruptur. Düsseldorf: Diss. 1940. 25 S.

**Rösel, Albert:** Ein Beitrag zur traumatischen Entstehung von Knorpelknötchen im Wirbelkörper. (*Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.*) Röntgenprax. 14, 345—351 (1942).

Verf. berichtet über einen 25jährigen Weißbinder, bei dem 6 Tage nach einem Unfall ein Einbruch der oberen Deckplatte des 1. Lendenwirbelkörpers gefunden wurde, aus dem sich in den folgenden Monaten ein Schmorlsches Knorpelknötchen entwickelte. Im weiteren Verlauf kam es zu einer leichten Verkleinerung des Knorpelknötchens und zur Ausbildung einer sklerotischen Randzone. Diese Beobachtung ist daher als weiterer Beweis dafür zu werten, daß die Knorpelknötchen auch infolge eines einmaligen schweren Traumas entstehen können.

*Diethelm* (Bromberg).<sup>oo</sup>

**Mester, Zs.:** Über die Acetabulumverletzungen im Kindesalter. (*I. Chir. Univ.-Klin., Budapest.*) Arch. klin. Chir. 203, 486—495 (1942).

Ein 5jähriger Knabe hatte bei einem heftigen Sturz auf die rechte Trochantergegend bei stark gebeugter Hüfte eine Lösung des Y-Knorpels mit Verschiebung des Sitzbeinanteils nach innen erlitten, wie das Röntgenbild ergab. In Narkose wurde das Bein stark extendiert, das verschobene Fragment vom Mastdarm aus reponiert und für 6 Wochen ein Gipsverband angelegt. 6 Monate später war es zu einer tuberkulösen Coxitis und Spondylitis gekommen, die entsprechend behandelt wurden. — Ein 10jähriger Knabe hatte bei einem Sturz vom Fahrrad auf die rechte Hüfte ebenfalls eine Verletzung des Y-Knorpels mit vom Mastdarm aus fühlbarer scharfer Knochenkante davongetragen. Der behandelnde Arzt hatte wegen Coxitis nur gegipst, nicht reponiert, so daß später in der Klinik keine Zurechtstellung mehr vorgenommen werden konnte. Die Gelenkfunktion war trotzdem recht gut.

Vorbedingung für das Zustandekommen dieser Verletzungen ist, daß Schenkelhals und Schenkelkopf widerstandsfähiger sind als der Pfannenboden. Bei alten Menschen kommt es bei gleichartigen Traumen infolge der geringeren Widerstandsfähigkeit des Schenkelhalses zu Brüchen dieses Abschnitts, bis zum 16. bis 18. Lebensjahr zur Epiphysenlösung, weil die Epiphyse dann den schwächsten Punkt darstellt. Neben einer genauen mechanischen Analyse seiner beiden Fälle bringt Verf. allgemeine Betrachtungen zum Entstehungsmechanismus. Die Behandlung besteht in blutiger oder unblutiger Reposition. Bei Erwachsenen muß auch noch lateral durch den Trochanter extendiert werden, um die Zurechtstellung herbeizuführen und aufrechtzuerhalten. Bei Kindern genügt manueller Zug und Reposition vom Mastdarm aus. Hier sind auch die funktionellen Ergebnisse weit besser als bei Erwachsenen, bei denen es häufig zur Ankylose kommt.

*Maske* (Leipzig).<sup>o</sup>

**Lehnhardt, H.:** Fall eines Retropharyngealabscesses mit letalem Ausgang nach Fremdkörperentfernung aus dem Oesophagus. (*Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankh., Univ. Bonn.*) Z. Hals- usw. Heilk. 48, 321—325 (1942).

Bericht über einen Fall nach kurzem Eingehen auf die Entstehung der Retropharyngealabscesse, besonders der durch ein Trauma entstandenen. Bei einem 2jährigen Kind wurde eine Heftzwecke aus der Speiseröhre, kurz unterhalb der Ringknorpelenge, ösophagoskopisch entfernt. Nach 14 Tagen deutlicher Retropharyngealabsceß, der nach Probepunktion breit eröffnet wurde. Am nächsten Tag plötzlicher Tod bei vorher gutem Wohlbefinden. Bei der Sektion fanden sich keine Mediastinitis oder Pleuritis, jedoch eine Thymushyperplasie und Schwellung des lymphatischen Rachenringes und der Peyer'schen Haufen und Lymphknoten im Darm. Da sonstige Anomalien fehlen, wird vom Pathologen Tod bei Status thymico-lymphaticus angenommen.

*Habedank* (Bielefeld).<sup>oo</sup>

**Kirstein, Gerda:** Die traumatisch bedingte Appendicitis. Berlin: Diss. 1941. 22 S.

**Schridde, Robert: Zur Lehre von der traumatischen Fettembolie mit kritischen Beiträgen zur sogenannten transpulmonalen Form derselben.** München: Diss. 1941. III, 38 Bl.

**Meier-Stiegen, Kurt: Trauma und Diabetes.** Berlin: Diss. 1941. 37 S.

**Weiler, Karl: Was jeder Arzt über traumatische Hirnschädigungen, ihre Beurteilung und Behandlung wissen muß.** Hippokrates 1942, 844—848.

Schilderung der verschiedenen Möglichkeiten, wie eine traumatische Hirnschädigung zustande kommen muß, unter Anwendung einer eigenen, von der üblichen abweichenden Namensgebung. Ausführliche Beschreibung der verschiedenen Krankheitsbilder und der zu treffenden Maßnahmen. Der Gerichtsarzt wird allerdings selten Gelegenheit haben, derartige Zustände unmittelbar nach dem Unfall zu sehen zu bekommen. Er ist deshalb darauf angewiesen, daß, wie Verf. auch betont, der erstbehandelnde Arzt sorgfältig und sachgemäß vorgeht, um späterhin ein klares Urteil abgeben zu können. Wichtig ist auch der Hinweis, daß bei der Beurteilung von Folgen traumatischer Hirnschädigungen die Hinzuziehung von Fachärzten empfohlen wird.

*Rogal* (Bremen).

**Ody, F.: Les hématomes intracérébraux traumatiques. (À propos de quatre cas personnels.)** (Die intracerebralen traumatischen Hämatomate. [Auf Grund von 4 eigenen Fällen.]) Chirurgie 4, 168—188 (1942).

Verf. betont zuerst an Hand einer Schrifttumsübersicht die Seltenheit von Berichten über größere und isolierte intrakranielle traumatische Hämatomate (berücksichtigt hierbei allerdings kaum die amerikanische Literatur, in der sie sich in den letzten Jahren häufiger fanden; Ref.), während die kleinen multiplen und inoperablen Hirnblutungen nach einem Unfall ja etwas Bekanntes sind. Auffällig war ihm, daß er innerhalb von 7 Jahren 4 größere intrakranielle traumatische Blutungen zu beobachten Gelegenheit hatte. Genaue Wiedergabe und Besprechung dieser 4 eindrucksvollen Fälle, die alle operiert wurden und von denen nur der 1. starb, da man in der damals noch bestehenden Unkenntnis über die traumatisch bedingte Natur solcher Blutungen eine Hämorrhagie in einem inoperablen Glioblastom annahm. Alle 4 Hämatomate saßen nur in geringer Tiefe unter der Hirnrinde; sie ereigneten sich nach relativ kleinen Traumen, wie z. B. Stoß des Kopfes gegen eine Windschutzscheibe oder Stoß durch ein Kuhhorn. Die Symptomatologie ist in manchem, nicht allem, ähnlich derjenigen der epi- oder subduralen Hämatomate. Bei 3 von den 4 Fällen wurde ein freies Intervall festgestellt, 3 Fälle wiesen eine Hemiplegie auf, nur einer ließ jedes neurologische Lokalisationszeichen vermissen. Eine Ungleichheit der Pupillen fehlte in den Fällen, auch lokalisierte oder generalisierte Krämpfe waren selten. Verf. schließt, daß das isolierte und angesammelte traumatische intracerebrale Hämatom eine Affektion darstellt, der man häufiger begegnen wird, wenn man an sie denkt und nach ihr sucht. Man darf sich durch das Vorhandensein eines Ödems nicht täuschen lassen. Auch darf man sich in solchen Fällen nicht mit dem Nichtvorhandensein einer epi- oder subduralen Blutung begnügen, sondern muß gegebenenfalls die Hemisphäre punktieren.

*Hans Hanke* (Königshütte).

**Leo †, Alfred: Hirntraumatisch bedingtes Lungenbluten? Eine Stellungnahme.** Ärztl. Sachverst.ztg 48, 125—128 (1942).

Es wird zu einem Fall Stellung genommen, den Veil und Sturm in ihrer kürzlich erschienenen Monographie veröffentlicht haben, und in dieser zum Ausdruck brachten, daß eine am 25. I. 1935 erlittene Impressionsfraktur des Stirnbeins die Ursache von 3 Monate später auftretenden Lungenblutungen sein könne. Gleichzeitig wird in der Lunge röntgenologisch eine Verschattung des Mittellappens nachgewiesen, die Veil als unspezifisch auf vasomotorischer Grundlage entstanden betrachtet, ebenso ein gleichzeitig festgestelltes Zwölffingerdarmgeschwür. Veil hat sich bei der Annahme eines derartigen Zusammenhangs auf Schiff, und was Verf. hier nicht besonders betont, auf die neueren Untersuchungen von Speransky bezogen. — Verf. hält die Schlüsse

von Veil und Sturm für unbegründet und bezieht sich dabei lediglich auf die bekannten Handbuchdarstellungen, ohne zu den grundlegenden Versuchen Speranskys Stellung zu nehmen. Seine Ausführungen gegen Veil und Sturm wirken daher für den, der die wissenschaftliche Grundlage der Auffassung von Veil und Sturm kennt, nicht überzeugend. Sie sind auch nicht durch das Fehlen anderweitiger neurologischer Symptome zu entkräften. Insoweit ist Verf. jedoch recht zu geben, als er einen operativen Eingriff zur Entfernung des Mittellappens als nicht diskutabel ablehnt.

*Reinhardt (Weißenfels).*

#### Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache.

**Schüppert, Rolf:** Die plötzlichen Todesfälle, bedingt durch Coronarsklerose. Aus dem Material der Münchener gerichtlich-medizinischen Institute. München: Diss. 1941. 40 S.

**Resch, Ernst Günther:** Kann körperliche Überanstrengung eine Ruptur des gesunden Myokards hervorrufen? Berlin: Diss. 1941. 33 S.

**Fuehss, Alfred:** Plötzlicher Tod bei Isthmusstenose. Düsseldorf: Diss. 1941 (1939). 17 S.

**Herrmann, René:** Peut-on mourir subitement d'emphysème pulmonaire aigu? (Kann man plötzlich an akutem Lungenemphysem sterben?) (*Inst. de Méd. Lég., Genève.*) Rev. méd. Suisse rom. 62, 251—259 (1942).

Ein 57-jähriger Arbeiter, der in einem Streit mit Kameraden ein stumpfes Brusttrauma erlitten hat, stirbt am 3. Tage an einem Zustand, der nach dem pathologisch-anatomischen Befund als akutes Lungenemphysem gedeutet wird. Das Ereignis spricht dafür, daß ein akutes Lungenemphysem allein den Tod herbeiführen kann. *Hantschmann* (Königsberg i. Pr.).

**Roth, Fritz:** Beiträge zum Auftreten plötzlicher Todesfälle bei chromaffinen Tumoren. Heidelberg: Diss. 1941. II, 2, 67 Bl.

#### Leichenerscheinungen.

**Piédelièvre et Dérobert:** De l'art de conserver les corps. (Über die Kunst der Leichenkonservierung.) Paris méd. 1942 II, 333—336.

Ausführliche Übersicht der Geschichte und der Arten künstlicher und natürlicher Mumifikation. — Älteste Leichenkonservierung bei den Chinesen (Asketen) und Tibetanern: Entfernen der inneren Organe, Waschen der Bauchhöhle mit aromatischem Kräuteraufguß. Ausfüllen des Sargbodens mit Asche von heiligen Bäumen und Weihrauchpulver, Bedecken der Leiche mit Holzkohle und Salz, Verschließen des Sarges für 2—3 Jahre. Erwies das Ausbleiben der Verwesung die Heiligkeit des Toten, Vergolden des Leichnams (indische Tradition) und Grabbestattung. 2 Perioden in Ägypten: Die erste reicht von der prädynastischen bis zu den ersten 3 Dynastien; Begraben in Hockerstellung, Konservierung durch Sonne und Klima. Höhepunkt der 2. Periode im 12. Jahrhundert v. Chr. (20. Dynastie). Beschreibungen der künstlichen Mumifizierungen durch Diodor von Sizilien und Herodot. Ausweiden durch Leichenaufschneider; die Einbalsamierer füllten die Bauchhöhle mit zerstoßenen Myrrhen, Kaneel und anderen Parfümen und bedeckten die Leiche für 70 Tage mit Natron. Die Bandagenhersteller wickelten die Leiche vollständig in mit Salbe bestrichene Baumwollstreifen. In der 2. Klasse wurde Cedernöl in die Bauchhöhle injiziert, die Leiche eingesalzen, das Öl nach 70 Tagen entfernt. Diese Techniken wurden von den Israeliten in Ägypten übernommen. — Die alten Peruaner legten die Inkas in einem Leinentuch in große irdene Krüge mit Erde nach Entfernung der Organe (Hirnschale durchlöchert). Die Ureinwohner der Kanarischen Inseln spritzten Wolfsmilchsaft durch den Anus ein, entfernten das Gehirn, füllten die Höhle mit Harz (Seesalz?) aus, trockneten den Körper an der Sonne, dann 14 Tage in einem Trockenapparat, nähten die Mumie in Ziegenhaut ein und legten sie auf Holzgestelle in Grotten. In Australien dörnte man die Leichen durch Einwirkung von Hitze nach Exhumierung. — Natürliche Mumifizierungen durch warme, bewegte Luft, so die 2000 Jahre alten Mumien in der Wüste von Korassan (Persien). Mumien im Keller der Franziskaner- und