

in selbstmörderischer Absicht ein. Cyanose, Erbrechen, Schreckhaftigkeit; Bewußtsein erhalten. Nach 24 Stunden weitgehende Besserung. 3 Tage nach der Vergiftung Spontangeburt ohne Komplikationen. Im Urin wurde spektroskopisch Methämoglobin nachgewiesen. 60 Spalttabletten enthalten 18 g Phenacetin. Da nach früheren Erfahrungen des Verf. auch bei geringeren Mengen phenacetinhaltiger Arzneimittel mit Vergiftungen zu rechnen sein dürfte, wird die Frage der Aufnahme der Spalttabletten und der entsprechenden Arzneimittel unter die rezeptpflichtigen angeschnitten. (In der Arbeit ist erwähnt, daß das Blut mit „ H_2S “ reduziert wurde; es sollte wohl heißen: mit NH_4HS . Ref.) *Elbel* (Freiburg i. Brg.).

Thiede, Rolf: Zur Frage der Beeinflussung der Verbrennungsgeschwindigkeit des Äthylalkohols im Organismus. Hamburg: Diss. 1941. 43 Bl. (Maschinenschr.)

Killmer, Friedrich-Karl: Der Begriff der Verkehrssicherheit nach dem klinischen und serologischen Befund. Düsseldorf: Diss. 1942 (1941). 20 S.

Goldberg, Leonard, and Tore Patrick Störtebecker: The antinarcotic effect of estrone on alcohol intoxication. (Die antinarkotische Wirkung von Oestron bei der Alkoholintoxikation.) (*Pharmacol. Dep., Karolinska Inst., Stockholm.*) *Acta physiol. scand.* (Stockh.) 5, 289—296 (1943).

Die Wirkung von Oestron bei der Äthylalkoholintoxikation wurde an kastrierten Kaninchen studiert. Der Intoxikationsgrad wurde an den Reflexen und am Blutalkoholspiegel bestimmt. Die Oestronbehandlung vermindert den Grad der Alkoholintoxikation, wobei der gleiche Intoxikationsgrad bei einer höheren Blutalkoholkurve vorhanden ist. Diese Differenz wurde als Maß für den antinarkotischen Effekt benutzt. Der Alkoholumsatz wird durch Oestron nicht beeinflusst, die Oxydationsgröße β und der Verteilungsfaktor r blieben unbeeinflusst. Die Wirkung des Oestrone auf die Alkoholintoxikation muß anderswo gesucht werden, möglicherweise im Zentralnervensystem. Die verschiedene Widerstandsfähigkeit gegen Alkohol hängt von den hormonalen Verhältnissen des Individuums ab, wobei die Menge des Oestrone eine wichtige Stellung einnimmt. *Kanitz* (Berlin).

Dümlein, Ludwig: Die Schlangengifte und ihre Wirkungen. München: Diss. 1942 (1941). 35, VI Bl. (Maschinenschr.)

Sonstige Körperverletzungen. Gewalttäter Tod.

Utech, Heinz: Statistische Untersuchungen über die Ursachen des gewaltsamen Todes in Wien während des Jahres 1939. Wien: Diss. 1942. 41 Bl. (Maschinenschr.)

Walter, Helmut: Über Schußverletzungen des Rückenmarks. Düsseldorf: Diss. 1941. 23 S.

Niess, Albert: Über Geschoßwanderung. München: Diss. 1942 (1941). 26 Bl. (Maschinenschr.)

Kindler, K.: Über Blasensteckschüsse. (*Chir. Univ.-Klin., Breslau.*) *Z. Urol.* 37, 269—277 (1943).

Mitteilung von drei Beobachtungen über Blasensteckschüsse aus dem Weltkrieg. Im Krieg kommen Schußverletzungen der Harnblase häufiger vor als im Frieden. Die Heilungstendenz bei Blaseschüssen wird als sehr gut bezeichnet, wobei die Trockenbehandlung durch Dauerkatheter, gegebenenfalls mit Absaugvorrichtung das Herausplassen von Urin durch den Blasenwanddefekt vermeidet. Im allgemeinen heilen nicht-infizierte Blasen-Muskelwunden innerhalb von 14 Tagen, infizierte wesentlich langsamer. In der Blasenwand steckengebliebene und extravasical gelegene Geschosse können später in die Blase durchbrechen. Geschoßfremdkörper verkrusten im Verlaufe von Wochen und Monaten und führen zur Steinbildung, zumal bei Blaseninfektion. — Einem 26jährigen Patienten wurde 5 Jahre nach einer Granatsplitterverletzung ein kirschgroßer dunkler Blasenstein um einen pflaumenkerngroßen Granatsplitter entfernt. — Ein 28jähriger Mann konnte 1½ Jahre nach einer Schrapnellkugelverletzung durch Sectio alta von einem

hühnereigroßen Phosphatstein um eine Schrapnellkugel befreit werden. — Der 3. Patient, der 1914 durch Granatsplitterverletzung an der Innenseite des linken Oberschenkels eine Beweglichkeitseinschränkung im Hüftgelenk ohne Blasenbeschwerden erlitten hatte, bemerkte 1934 zum ersten Male ein paar Tage lang Blut im Urin und Schmerzen beim Wasserlassen. 1941 wurden die Blasenbeschwerden so erheblich, daß er 1942 die Klinik aufsuchte und sich operieren ließ, wobei ein fast hühnereigroßer Oxalstein mit exzentrisch gelegenen Granatsplitter aus der Blase entfernt wurde. Während es sich bei den beiden ersten Kranken um primäre Blasensteckschüsse handelte, war beim 3. Patienten der Granatsplitter offenbar erst 20 Jahre nach der Verletzung sekundär in die Blase gewandert. Die Krankheitserscheinungen der Blasensteckschüsse sind sehr wechselnd. Das wichtigste Zeichen ist die Hämaturie. Ausfließen von Urin und folgende Harninfiltration in das umgebende Gewebe können fehlen. Nach Abklingen der ersten akuten Erscheinungen der Blasenverletzungen weisen langsam zunehmende Harnblasenbeschwerden auf einen Blasen-fremdkörper hin, Röntgenuntersuchungen und Blasenspiegelung sichern die Diagnose. Die Zerkleinerung und Entfernung durch die Harnröhre als Behandlungsart kommt natürlich nur bei sehr kleinen Geschoßkernen in Betracht, sonst die Sectio alta in örtlicher Betäubung.

Holzer (München).

Krugmann, Werner: Über Halsschnittverletzungen durch eigene und fremde Hand. Düsseldorf: Diss. 1942 (1941). 42 Bl. (Maschinenschr.)

Koopmann: Unfall oder Selbstverstümmelung durch Abhacken von Fingergliedern. (*Hauptgesundheitsamt, Hamburg.*) Mschr. Unfallheilk. 50, 249—257 (1943).

Es werden 3 Fälle von Selbstverstümmelung durch Abhacken von Fingergliedern beschrieben. In allen 3 Fällen handelt es sich um Männer, die sich offenbar dem Wehrdienst entziehen wollten.

Im 1. Fall war der Zeige- und Mittelfinger von innen verletzt, am Mittelfinger war der Knochen 3 cm von der Kuppe entfernt angeschlagen, am Zeigefinger, der 1—2 cm von der Kuppe getroffen war, war der Knochen nicht beschädigt. Der Beschuldigte stritt eine absichtliche Selbstverstümmelung ab und behauptete, daß das mit der linken Hand gehaltene Holzstück abgerutscht sei. Obgleich nach dem gerichtsarztlichen Urteil eine Selbstverstümmelung nach Vorgeschichte und Befund wahrscheinlich war, konnte man einen Unfall nicht ausschließen. Der Angeklagte wurde in 2. Instanz freigesprochen, nachdem er in der 1. zu einer Gefängnisstrafe verurteilt worden war. — Im 2. Fall bestand eine Verletzung des linken Daumens. Das Daumenendglied fehlte bis auf einen scheibenförmigen Rest vom Gelenkköpfchen. Die Wundfläche war glatt. Über dem distalen Ende des Daumengrundgliedes fand sich eine 3 cm lange klaffende, bis auf den Knochen reichende Wunde mit etwas zeretzten Wundrändern. Die von dem Angeklagten gegebene Darstellung des Unglücksfalles war unmöglich. Der Angeklagte wurde verurteilt. — In einem 3. Fall hatte sich der Beschuldigte mit einem Beil den halben linken Ringfinger glatt abgeschlagen, während Mittel- und kleiner Finger unverletzt waren. Er behauptete, daß er im Begriff gewesen sei, ein dreikantiges Stück Holz zu spalten, als Kinder an das Brett, auf dem der Hauklotz gestanden habe, angestoßen hätten. Das dreikantige Stück Holz sei ihm aus der Hand gefallen und der Ringfinger dabei auf die spitze Seite des Holzstückes zu liegen gekommen, so daß das herabsausende Beil den Ringfinger durchschlagen habe, während der kleine und der Mittelfinger, die tiefer gelegen hätten, nicht getroffen seien. Nach dem Ergebnis der Leichenversuche, war es höchst unwahrscheinlich, daß der Unfall sich so abgespielt hatte, wie der Angeklagte behauptete. Trotzdem wurde er mangels ausreichenden Beweises freigesprochen.

Daß ein Selbstverstümmeler eine Straftat zugebe, sei nicht die Regel. Der Beweis einer Selbstverstümmelung sei schwierig und auf unmittelbarem Wege meistens nicht mit absoluter Sicherheit zu erreichen, besonders, wenn die Hiebführung so gewählt werde, daß sie einer in der Berufstätigkeit häufig vorkommenden Führung des Werkzeugs entspreche. Deshalb müsse durch Leichenversuche bewiesen werden, daß die von dem Beschuldigten gegebene Darstellung praktisch unmöglich sei. — Die Gerichte seien mit ihrem Urteil gegenüber Selbstverstümmelern außerordentlich zurückhaltend.

Schwellmus (Köln).

Bittorf, Gerhard: Tödlicher Verkehrsunfall mit Abreißung des Oberarmes und dessen Deutung. München: Diss. 1942 (1941). 48 Bl. (Maschinenschr.)

Ewert, Bo: Über Herzveränderungen durch stumpfe Gewalt auf den Brustkorb. Sv. Läkartidn. 1942, 2891—2899 [Schwedisch].

Ein 22jähriger, bis dahin gesunder Mann zeigt nach einer Brustquetschung das elektro-

kardiographische Bild eines Vorderwandinfarkts. Außer leichtem Fieber und erhöhtem Senkungswert waren weder objektive noch subjektive Erscheinungen nachweisbar. Der Zusammenhang mit dem schweren Trauma wird durch die unmittelbaren zeitlichen Beziehungen genügend wahrscheinlich gemacht.

H. Scholz (Königsberg i. Pr.).

With, Torben K.: Drei Fälle von Herzleiden nach Trauma. (*Dän. Ges. f. Inn. Med., København, Sitzg. v. 30. V. 1942.*) Ugeskr. Laeg. 1943, 424—426 [Dänisch].

Der Verf. gibt die Zusammenfassung eines Vortrags über Herzleiden nach Trauma (eine ausführliche Schilderung wird in der Ugeskr. Laeg. erscheinen). In einem Falle ließen sich deutliche elektrokardiographische Veränderungen nachweisen. Der Kausalzusammenhang zwischen Trauma und Herzerscheinungen ist mit Skepsis zu beurteilen, wenn die Latenz über 1 Monat beträgt.

Einar Sjövall (Lund).

Langenskiöld, F.: Über traumatische Aneurysmen. Nord. Med. (Stockh.) 1943, 599—602 u. dtsch. Zusammenfassung 602 [Schwedisch].

Übersichtlicher Bericht über 35 Fälle von traumatischen Aneurysmen verschiedener Art vom diagnostischen und operativen Gesichtspunkt aus. Auf die näheren Begleitumstände beim Zustandekommen der Gefäßschäden geht der Verf. nicht ein.

Einar Sjövall (Lund).

Kolb, Gerhard: Traumatische Coronargefäßrupturen und ihre Beziehungen zur Entstehung von Coronarthrombosen und Coronaraneurysmen. München: Diss. 1942. 39 Bl. (Maschinenschr.)

Spießl, Ludwig: Stumpfe Bauchverletzungen. München: Diss. 1942 (1941). 52 Bl. (Maschinenschr.)

Suire, Pierre: Choc traumatique et hématomes péri-péritonéaux pelviens et lombaires. (Verletzungsschock und Bluterguß hinter Becken- und Lendenbauchfell.) Presse méd. 1943 I, 163—164.

3 Fälle eines solchen Blutergusses, welche tödlich endeten, führten zu einer Versuchsreihe an Katzen. Es wurden etwa 15 ccm Citratblut unter das Beckenperitoneum eingespritzt und jedesmal ein außerordentlich starker Schock erzeugt. Bei Einspritzung anderer indifferenten Flüssigkeiten blieb der Schock aus. Die Wirkung erfolgt über das in dieser Gegend stark vertretene Nervensystem. Für die Heftigkeit des Schockes ist weniger die Größe des Blutergusses als eine angeborene oder erworbene Empfindlichkeit verantwortlich zu machen.

Braun (Allenstein).

Camerer, Joachim: Die Bedeutung der Blutaspilation als Todesursache bei Unfällen. (*Inst. f. Gerichtl. Med. u. Kriminalist., Univ. München.*) Münch. med. Wschr. 1943 I, 377—378.

Bei vielen Unfällen, besonders bei Schädelbasisbrüchen, die mit Verletzungen des Daches der Nasenrachenhöhle einhergehen, ist die Blutaspilation als die eigentliche Todesursache anzusehen. Aber auch bei starken Blutungen aus der Nase, bei Mundverletzungen, Kieferbrüchen, Zungen- und Wangenbissen kann es zu starken Bluteinatmungen kommen. Bei der Sektion geben die hochgradig geblähten Lungen, in denen sich die Bluteinatmungsherde unschwer erkennen lassen, ein ganz charakteristisches Bild. In den nicht tödlichen Fällen von Blutaspilation fehlt die Lungenblähung. Von 100 untersuchten Leichen, deren Tod auf die Einwirkung einer stumpfen Gewalt zurückzuführen war, zeigten 58 deutliche Blutaspilation, 34 in erheblichem Ausmaß und verbunden mit Lungenblähung, so daß sie als tödlich anzusehen war. Mitunter läßt sich allerdings nicht entscheiden, ob der Tod nicht auch ohne Blutaspilation, allein infolge der Verletzungen, eingetreten wäre. Da die Blutaspilation nur nach Erlöschen des Hustenreflexes, also bei Bewußtlosigkeit, eintritt, wird vorgeschlagen, die bewußtlosen Unfallverletzten, bei denen eine Blutaspilation zu befürchten ist, so zu lagern, daß das Blut nicht in den Kehlkopf und die Luftröhre hinunterlaufen kann. Es wäre dazu nötig, die übliche Rückenlagerung zu vermeiden und den Verletzten auf dem Bauch liegend mit gesenktem Oberkörper zu transportieren.

Schwellnus (Köln).

Buzoianu, G., I. G. Russu et G. Popovici: Les hystéro-traumatismes auditives de guerre. (Die auditiven Kriegs-Hystero-Traumatismen.) *Rev. ştiinţ. Otol.* 6, 97—108 (1942).

Die isolierte Labyrintherschütterung mit nachfolgender Taubheit ist eine Krankheit, deren Vorhandensein wir bezweifeln. Eine Taubheit infolge Labyrintherschütterung gibt es nur dann, wenn letztgenannte mit einer Gehirnerschütterung verbunden ist. Die Taubheit entsteht in diesem Falle durch feine Verletzungen der zentralen Auditivwege, bewirkt durch die Encephalcommotion und nicht durch periphere Labyrintherschütterung. Für die infolge isolierter Labyrintherschütterung entstandene Taubheit gibt es zwei Gegenbeweise: den experimentellen und den klinischen. Gegen die experimentellen Gegenbeweise bestehen Einwände, die bei den Tierversuchen, angewandt an die humane Physiologie, gemacht werden können, insbesondere aber die Tatsache, daß die Technik selbst für die objektiven mikroskopischen intracochlearen Veränderungen verantwortlich sein kann. Die klinischen Gegenbeweise beziehen sich auf den letzten Europakrieg und auf die aus dem gegenwärtigen Krieg gesammelten Erfahrungen. Man erinnere sich, daß Taube aus dem letzten Krieg, die als solche infolge einer isolierten Labyrintherschütterung angesehen wurden, am Kriegsende das Gehör wiedererlangten. Es ist lehrreich, zu bemerken, daß man im gegenwärtigen Krieg keine durch heftige Explosionen hervorgerufene Taubheit zu verzeichnen hat, selbst dann nicht, wenn die Trommelfelle vollkommen zerstört sind. Die Kriegstaubheiten, die nicht sekundär einer die zentralen Auditivwege betreffenden Gehirnerschütterung, und jene, die nicht die Folge eines das Labyrinth direkt betreffenden Schädeltraumas sind, werden in folgende zwei Gruppen eingeteilt: Taubheit durch Auditiv-Hystero-Trauma (die häufigste); simulierte Taubheiten (viel seltener). Die klinische Unterscheidung zwischen einer hystero-traumatischen und einer simulierten Taubheit ist schwierig. Bei den Pithiatikern sind die cochlearen Reflexe erhalten. Das Fehlen derselben ist kein Zeichen einer organischen Verletzung. Die Hystero-Tauben weisen Zeichen des Pithiatismus auf, nach denen man forschen muß. Der entlarvte Simulant wird geständig. Der Hystero-Taube bewahrt die Erinnerung seiner Gebrechlichkeit, ist aber weder zu einem Geständnis noch zu einer Rechtfertigung geneigt. Wir glauben, daß im gegenwärtigen Krieg bei den von der Front kommenden Kranken ein am häufigsten vorkommender Typus die Taubheit durch Auditiv-Hystero-Trauma ist. Gesellt sich dazu die Stummheit, haben wir eine rein funktionelle Symptomenengruppe der Taubstummheit, deren wahren pithiatischen Ursprung wir durch unsere klinischen Beobachtungen beweisen müssen. *Buzoianu.*

App, Karl: Über Fremdkörperverletzungen des Duodenums. Heidelberg: Diss. 1942. 20 Bl. (Maschinenschr.)

Vieler, Friedrich: Über den Tod durch Erfrieren in gerichtsärztlicher Beziehung. Düsseldorf: Diss. 1942 (1941). 21 S.

Siegmund, H.: Die pathologisch-anatomischen Grundlagen der örtlichen Kälteschäden. (20. [Kriegs-] Tag. d. Dtsch. Dermatol. Ges., Würzburg, Sitzg. v. 28.—30. X. 1942.) *Arch. f. Dermat.* 184, 34—45 u. 68—74 (1943).

Verf. berichtet von eigenen Untersuchungen an einem großen Material menschlicher Kälteschädigungen. Sie wurden ergänzt durch solche an Tieren verschiedener Art. Wir haben zunächst das Bild der spastischen Anämie. Mikroskopisch findet man eine völlige Kontraktion der Gefäße, Capillaren, Arterien und Venen derart, daß beispielsweise die Capillaren nur an den parallel gestellten langgestreckten, dicht nebeneinanderliegenden Endothelzellverbänden zu erkennen sind, wobei das Chromatin der Kerne auffallend dicht erscheint und im Protoplasma gelegentlich Vakuolen feststellbar sind. Die gröbere und feinere Gewebsstruktur ist nicht gestört. Es besteht aber kein Zweifel, daß durch die Drosselung der Blutzufuhr die Stoffwechselverhältnisse erheblich verändert sind. Das weitere Schicksal der erfrorenen Gewebsteile

wird durch die Dauer der bestehenden Zirkulationsstörung bestimmt. Nach Lösung des Spasmus kommt es, sofern sie nur kurze Zeit bestanden hat, zu einer Durchblutung in einer mehr oder minder geschädigten Blutbahn. Das Blut fließt verlangsamt in einer erweiterten Strombahn und führt so zur Entwicklung einer peristatischen Hyperämie. Das Gewebe wird nun blaurot und erscheint oft leicht geschwollen. Je kürzer die spastische Durchblutungsstörung gewesen ist, desto rascher wird die normale Zirkulation wieder eintreten. Nur die Reizbarkeit der Gefäßnerven in dieser Gegend sowohl den Temperatureinflüssen als auch anderen Reizen gegenüber bleibt noch lange verändert. Erholen sich die geschädigten Gewebsbezirke nicht, so entwickelt sich der Zustand der roten Stase, in deren Verlauf das zugehörige Gewebe abstirbt und sequestriert wird. Wir haben dann die schwarze, blaurote Verfärbung der Gewebe und schließlich das Absterben und Eintrocknen, den sogenannten trockenen Brand. Der Grund liegt in der völligen Lähmung der terminalen Strombahngebiete mit Aufhebung der Konstriktoren- und Dilatatorenerregbarkeit auch gegenüber pharmakologischen Reizmitteln wie Adrenalin und Ergotamin. Mikroskopisch haben wir hier eine hochgradige Erweiterung und Ausstopfung sämtlicher Blutgefäße mit zusammengesinterten roten Blutkörperchen unter Austritt von Blutflüssigkeit in das benachbarte Gewebe, Quellung der Bindegewebsfasern und Zellen, Auftreten von Granula in den Zellen, Auflösung des Kernes und schließlich Verlust jeder Zellfärbbarkeit. An der Grenze zum lebendigen Gewebe haben wir die Demarkationslinie mit starker Leukocytenbeteiligung. Der erfrorene Bezirk wird wie ein Fremdkörper eliminiert. Ist der Knochen mit einbezogen, so kommt es zur Spontanamputation. Zwischen beiden Stadien liegt eine Reihe von Möglichkeiten, beispielsweise kann die aus den Gefäßen austretende eiweißreiche Flüssigkeit Gewebe und Gefäßwände durchtränken und zu mannigfachen Veränderungen führen, so zu der Entwicklung von Blasen, die großen Umfang erreichen können und zu einer Abhebung der oberen Hautschichten von ihren Unterlagen führen. Der Inhalt ist klar, zellarm und eiweißreich. Mitunter ist der Blaseninhalt dunkelbraunrot gefärbt. Nach Verlust der Blasenmembran setzen von den erhaltenen Resten der basalen Epithelschicht lebhafte Regenerationevorgänge ein. Hin und wieder aber geht die peristatische Hyperämie, die zu der Blasenbildung führte, in eine vollständige Stase über und führt dann schließlich zur Sequestration des Gewebes. Die austretende Blutflüssigkeit kann aber auch die Bindegewebsfibrillen zur Verquellung bringen. Wir haben dann breite homogene Massen und Bänder, eine Verbreiterung der Basalmembran und eine trübe albuminöse Schwellung der Epithelzellen. Die Veränderungen der Gefäßwände selbst, der Arterien und Venen, stehen im Vordergrund. Flüssige Blutbestandteile dringen durch die aufgelockerte Endothelmembran in die tieferen und inneren Gefäßwandschichten. Das Blut wird in den Gefäßlichtungen eingedickt und zur Gerinnung gebracht. Wir haben eigenartige Gerinnungs- und Agglutinationsthromben, die bald das ganze Gefäß ausfüllen, aber auch mehr wandständig sein können. Man findet auch geronnene homogene Plasmaansammlungen unter der leicht abgehobenen Endothelschicht. Wir haben also Blutabscheidungen, Gerinnungen und Exsudate und in sie wachsen von der anliegenden aufgelockerten Gefäßwand Zellen ein und ihre freien Oberflächen werden von Endothelien überkleidet. Wir haben also eine lebhafte Zellproliferation und Fibrillenneubildung. Bei einer frischen Erfrierung fallen also die Veränderungen unter den Begriff der akuten thrombotischen Angioneurose und Angiopathie, die dann in das Bild der Thromb-angitis obliterans und deformans übergehen, welche die Brücke zur „Bürgerschen Krankheit“ schlagen. Verf. weist darauf hin, daß auch an anderen Gewebsbestandteilen sich die Prozesse auf derselben Linie bewegen; so führt an den Nerven die Durchtränkung der Nervenfasern mit Blutflüssigkeit zur Schwellung und Neurolyse mit Auflösung der Marksubstanz und später einsetzenden Wucherungen der Schwannschen Scheidenzellen. Die wichtigste Komplikation der Erfrierung sind

die Infektionen des absterbenden Gewebes, die zur Entwicklung des feuchten Brandes führen. — Klinker (Ludwigshafen) berichtete über die Kälteresistenz der einzelnen Gewebszellen. Das Ergebnis seiner Untersuchungen war sehr eindeutig, es ergab sich im Experiment eine hohe Kälteresistenz der Bindegewebsabkömmlinge und eine geringere der Abkömmlinge des Fettgewebes. Als Text für das Überleben der Gewebe diente die vitale Färbung und die Beobachtung von Wachstumsvorgängen am Zellkulturrexplantat. — Walter Müller (Königsberg) nahm zu der Todesursache Stellung. Die Hälfte seiner beobachteten Todesfälle war eine Folge der Infektion des Demarkationsgebietes. Anaerobe Infektion, insbesondere Tetanus, kamen auch in Frage, ebenso war eine Häufung der Endokarditis und der Diphtherie bei allgemeiner Resistenzverminderung festzustellen. Bei den Darmerkrankungen kann nicht entschieden werden, ob diese oder die Kälteschädigung primär ist. — Oster-tag (Berlin) betont, daß die Gefäßveränderungen schon bei akuten Erfrierungen recht weit zentralwärts reichen. So fanden sich an den Gefäßen bis an die poplitäa Verquellungen und gelegentlich Intimawucherungen. Bei Kranken mit wiederholten Infekten zeigten sich deutlich Endotheliale Reaktionen und Affektionen der Vasasoren, Infiltrate der Gefäßwand und besonders Intimawucherungen. Die ersten angiospastischen Erscheinungen können noch etwa 1½ Jahre nach der Erfrierung auftreten, und die pathologischen Reaktionen der peripheren Gefäße können von diesen Schäden ausgehen. — Siegmund (Münster) betonte im Schlußwort, daß der den Gewebstod herbeiführende Faktor nicht die Kälte Wirkung auf die Zellen ist, sondern die folgende Zirkulationsstörung. Eine besondere Beachtung sei der Spätschädigung des Knochens nach Erfrierung zu schenken. Förster (Marburg, Lahn).

Bauer, Leonhard: Pathogenese der Schädigungen am Zentralnervensystem nach Elektrotrauma. Erlangen: Diss. 1942. 34 Bl. (Maschinenschr.)

Matschke, Herbert: Ein Beitrag zu den Kohabitationsverletzungen, die an der I. Univ.-Frauenklinik in Wien in den Jahren von 1929—1939 zur Behandlung gekommen sind. Wien: Diss. 1942. 28 Bl. (Maschinenschr.)

Nehls, Gerhard: Über die sogenannte Erstickungsstellung des Kehledeckels. Königsberg i. Pr.: Diss. 1942 (1941). 99 Bl. (Maschinenschr.)

Lutz, W.: Der anoxische Scheintod. (*Inst. f. Luftfahrtmed., München.*) Luftf.-med. 8, 171—195 (1943).

Der nach extremem Sauerstoffmangel, wie z. B. bei Aufenthalt in Höhen von 20000 m, eintretende todähnliche Zustand ist zunächst ein Scheintod („anoxischer Scheintod“), der die Möglichkeit der Wiederbelebung in sich birgt. Diese Möglichkeit liegt darin begründet, daß das Herz des Scheintoten wenn auch mit stark verlangsamter Frequenz weiterschlägt und einen Restkreislauf aufrechterhält. Wird, solange dieser Restkreislauf besteht, in der durch Atemlähmung stillstehenden Lunge passiv ein ausreichender O₂-Teildruck wiederhergestellt und aufrechterhalten, dann besteht die Möglichkeit einer Erholung des Herzens mit nachfolgender Wiederbelebung des ZNS. Die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung eines genügenden alveolaren Sauerstoffteildrucks kann durch einmalige Sauerstofffüllung der Lunge etwa durch Abstieg bzw. Fall aus größeren Höhen mit Sauerstoffatmung oder durch fortlaufende künstliche Ventilation mit Luft oder Sauerstoff erfolgen. Einmalige Füllung der Lunge mit Luft beim Abstieg oder Fall aus großer Höhe genügt nach einmal eingetretener Atemlähmung rein quantitativ nicht, die Arterialisierung des Blutes bis zur Wiederbelebung des Atemzentrums zu gewährleisten. v. Neureiter..

Hohage, Friedrich Wilhelm: Der Tod durch Erhängen im Stadtkreise Lüdenschied in den Jahren 1927—1941. Münster i. W.: Diss. 1942. 35 Bl. (Maschinenschr.)

Bischoff, Dieter: Der Selbstmord in Wien. Wien: Diss. 1942. 40 Bl. u. 6 Taf. (Maschinenschr.)

Pertzborn, Hans Josef: Gerichtsmedizinische Betrachtungen über die Selbstmorde in Köln in den Jahren 1937 und 1938. Köln: Diss. 1941. 50 Bl. (Maschinenschr.)

Ötzlicher Tod aus natürlicher Ursache.

Viess, Erich: Über einige durch Sektion nicht geklärte plötzliche Todesfälle Jugendlicher und Erwachsener. München: Diss. 1942 (1941). 15 Bl. (Maschinenschr.)

Koch, R.: Plötzlicher Tod eines landwirtschaftlichen Arbeiters nach Streuen von Thomasmehl. Mordverdacht. (*Inst. f. Gerichtl. Med. u. Kriminalist., Univ. Münster i. W.*) Arch. Gewerbepath. 11, 686—695 (1942).

Ein 50jähriger Landarbeiter war auf dem Felde tot aufgefunden worden. Es wurde zunächst, unter Mißdeutung von Spuren im Acker, die als Schleifspuren, später aber richtig als Kriechspuren angesprochen wurden, Mordverdacht geäußert. Der Mann hatte zuletzt Thomasmehl, und zwar auch gegen den Wind gestreut. Infolge des dürftigen allgemeinen Ernährungs- und Kräftezustandes und einer, bei der Sektion aufgedeckten alten verkäsenden Lungentuberkulose war der Verlauf dieser Thomasschlackenpneumonie, der immer kurz und schnell ist, im vorliegenden Fall besonders rasant. Die bei dem Mann festgestellte Pneumonie hatte sich aus einer Peribronchitis und aus kleinen Bronchialgeschwürcen infolge der mechanischen und chemischen Wirkung des eingeatmeten Thomasschlackenmehlstaubes entwickelt. Thomasschlackenpneumonien sind nach Baader durch schnelles Eintreten cerebraler Erscheinungen (Delirien, Bewußtseinsverlust) gekennzeichnet. Nach Ansicht des Verf. sind die eigentümlichen Spuren am Fundort auf kurz vor dem Tode eingetretene Delirien zurückzuführen. Taeger (München).^{oo}

Spengler, Harald: Sitz der Hirnblutungen und plötzlicher Tod. Wien: Diss. 1942. 27 Bl. (Maschinenschr.)

Schmid, Robert: Über die Ursache eines Falles spontaner Aortenruptur. München: Diss. 1942 (1941). 24 Bl. (Maschinenschr.)

Künstler, Heinz: Über ungewöhnliche tödliche Blutungen des Oesophagus und des Magens. (Ösophagusvarizen ohne Pfortaderstauung, Hämangioma arteriosum des Magens.) Düsseldorf: Diss. 1942 (1941). 15 S.

Strittige geschlechtliche Verhältnisse. Sexualpathologie. Sexualdelikte.

Zaharia, N. I.: Intersexuelle Zustände beim Menschen. Rev. ştiinţ. med. 32, 556—584 (1943) [Rumänisch].

Nach Darlegung der intersexuellen Theorie nach Goldschmidt versucht Verf. eine Klassifikation dieses pathologischen Zustandes, dabei Fälle aus rumänischer und fremder Literatur benützend. Die bei Frauen schwache Intersexualität ist endokriner Abstammung und kann Tumoren oder Verletzungen des Eierstocks, der Nebennierenrinne, der Hypophyse, Epiphyse und Schilddrüse zugeschrieben werden. Jede ist durch klinische Fälle demonstriert. Derselbe Zustand kann beim Mann orhytischer, hypophysärer, epiphysärer, thymischer oder suprarenaler Abstammung sein. Eine mittlere und die heftige Intersexualität geben uns Pseudohermaphroditen und Hermaphroditen. Hier treten vermittelnd dieselben Drüsen, insbesondere die der Nebenniere und des Eierstocks auf. Kernbach (Sibiu).

Czapnik, Carl Role: Über die Erdbedingtheit der Intersexualität. Berlin: Diss. 1942. 65 Bl. (Maschinenschr.)

● **Ombredanne, L.:** Les hermaphrodites et la chirurgie. (Die Zwitter und die Chirurgie.) Paris: Masson & Cie. 1939. 322 S. u. 113 Abb. ffrs. 110.—

Verf., dem wir schon mehrere Mitteilungen über Hermaphroditismus danken, stellt den Gegenstand zusammenfassend vom Standpunkt des Chirurgen dar, wobei er sich auf 25 Beobachtungen stützt. Zwei davon wurden ihm von anderen Ärzten mitgeteilt; in 22 Fällen hat er selbst eingegriffen. — Die teils kurz, teils ausführlich mitgeteilten Fälle bringen wenig Neues. Erwähnenswert ist ein kleines Mädchen (Beobachtung 1), bei dem die Regelwidrigkeit nur darin bestand, daß die Harnröhre