

## Referate.

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

**Dorst, S. E., and C. A. Mills:** Comparative studies on blood clotting in mammals, birds and reptiles. (Vergleichende Untersuchungen über Blutgerinnung bei Säugern, Vögeln und Reptilien.) (*Dep. of biochem., univ., Cincinnati.*) *Americ. Journ. of physiol.* Bd. 64, Nr. 1, S. 160—166. 1923.

Gewebeextrakte wirken verschieden auf homologes und heterologes Blut. Aber der Unterschied besteht nur in der Geschwindigkeit der Blutgerinnung, während dieselbe Menge Fibrin gebildet wird. Das in bezug auf Gerinnung wirksame Prinzip aller untersuchten Gewebe besteht aus einer Phospholipin- und einer Eiweißfraktion. Allein wirkt das Phospholipin nur schwach thromboplastisch, das Protein allein stark gerinnungshemmend. Diese Wirkungen sind kaum spezifisch. Die Proteinwirkung hängt mit ihrer Fähigkeit, sich mit dem Phospholipin zu verbinden, zusammen. Die Blutgerinnung ist in der ganzen Tierreihe ein sehr ähnlicher Prozeß. *Martin Jacoby.*

**Matta, Bernardino:** L'autolesionismo in dermosifilopatica. (Selbstbeschädigung in der Dermatologie.) (*Clin. dermosifilopat., univ., Cagliari.*) *Giorn. di med. milit.* Jg. 70, H. 1, S. 35—44. 1922.

Der Verf. berichtet über Selbstbeschädigungen (200 Fälle), die während der Kriegszeit in einem Militärspital beobachtet wurden. 104 Fälle betrafen Dermatitis, darunter 40 ekzematösen Typus, besonders am Gesicht lokalisiert, 64 hatten den Charakter einer Dermatitis bullosa, besonders an den Extremitäten hauptsächlich durch Pflanzen (Euphorbiaceen) hervorgerufen. 32 Fälle waren Cellulodermatiden, nach Autokontusion insbesondere an den Gelenken. Außerdem wurden 52 Fälle von Ödemen, fast ausschließlich an den Beinen, 4 Fälle von Abscessen nach Fremdkörpern, nach Benzin- oder Petroleuminjektionen und endlich 2 Fälle von Knötchen durch unresorbierbare Substanzen beobachtet. Verf. beschreibt kurz die Charaktere der verschiedenen Dermatosen, bespricht die Differentialdiagnosen und die Therapie. *Scmazzone.*

**Allamagny, M.:** Curieux procédé de suicide chez une aliénée. (Ein sonderbarer Selbstmord eines Geisteskranken.) *Ann. de méd. lég.* Jg. 3, Nr. 7, S. 446—452. 1923.

Eine an Melancholie leidende Geisteskranke, welche schon mehrere Selbstmordversuche gemacht hatte und deshalb in einer Irrenanstalt interniert war, beging in einem unbewachten Moment Selbstmord, indem sie sich die Zahnbürste in den Rachen stieß. Die Wand des Rachens und des Oesophagus wurden durchstoßen, die Zahnbürste gelangte in die rechte Pleurahöhle und wurde operativ entfernt. Die Kranke starb nach 40 Stunden an einer eitrigen Entzündung des paraoesophagealen Gewebes. *Schönberg (Basel).*

**May, José:** Selbstmordfälle — durch multiple Verletzungen mit blanker Waffe. *Anales de la fac. de med.* Bd. 8, Nr. 2, S. 197—214. 1923. (Spanisch.)

Es handelte sich um 2 Fälle von Mord und 3 Fälle von Selbstmord mit einem Rasiermesser.

In dem einen Fall von Mord verlief der Schnitt vom linken schräg ansteigend zum rechten Sternocleidomastoideus und bis auf die Wirbelsäule. Im 2. Fall zeigte das Opfer verschiedene Schnittwunden im Gesicht, am Hals und an den Fingern der rechten Hand als Zeichen, daß es sich gewehrt hatte. Was die Selbstmordfälle betrifft, so fanden sich in dem einen Fall oberflächliche Verletzungen am Halse, ohne daß die Art. thyreoideae getroffen waren. In dem anderen Falle lag ein Schnitt vor mit Verletzung der Art. thyreoideae. Der 3. Fall wies mehrere Schnittwunden beiderseits des Halses mit Verletzung der Carotis auf.

Bei den Kriminalfällen sind die Schnittwunden am Halse dadurch gekennzeichnet, daß sich nur eine einzige Wunde zeigt; wenn ein Kampf stattgefunden hat, so sieht man mehrere unregelmäßig verlaufende Wunden. Bei den Selbstmordfällen beobachtet man gewöhnlich verschiedene von der Hauptwunde ausgehende Nebenwunden, außerdem sind die großen Gefäße verletzt. Ferner geht hier im allgemeinen die Richtung der Wunden von links nach rechts, von oben nach unten, oder von hinten nach vorn. Auch die Beschaffenheit der Kleidung ist zu berücksichtigen. Der Selbstmörder entblößt gewöhnlich die Stelle, die er treffen will, von der Kleidung. Handelt es sich um

Simulation, so fällt der Gegensatz zwischen den leichten Verwundungen und der zersetzten Kleidung auf, dabei stimmen die Schnitte in der Haut und die in der Kleidung nicht zusammen. Im Gegensatz zum Selbstmörder nimmt der fremde Mörder keine Rücksicht auf die Kleidung. Die Vielheit von Wunden schließt nicht die Annahme eines Selbstmordes aus, wenn sie sich an leicht für die Hand des Selbstmörders zugänglichen Stellen befinden, wobei noch zu bedenken ist, daß in Fällen von Selbstmord immer nur eine tödliche Wunde vorliegt. Sind zahlreiche Wunden zu sehen, so verlaufen sie, was dem Untersucher besonders auffällt, regelmäßig parallel und oberflächlich, außerdem sind die betreffenden Stellen von der Kleidung entblößt. In einem der Fälle von Selbstmord wies auch der Vorderarm eine Wunde auf, die ausnahmsweise am vorderen äußeren Radialrand verlief, während sie sonst bei Selbstmördern auf der Vorderseite des Vorderarmes und bei der von fremder Hand gesetzten Verletzung infolge der Abwehrstellung auf dem Ulnarrand zu sehen ist. An der Hand von Illustrationen erläutert Verf. das Gesagte und beweist, wie er aus der Lokalisation und der Art der Wunden auf Selbstmord zu schließen imstande war. *Ganter* (Wormditt).

**Canuto, Giorgio: Sulla sede del foro d'ingresso nei suicidi per colpo d'arma da fuoco.** (Über den Sitz der Einschußöffnung beim Selbstmord durch Schußwaffe.) (*Istit. di med. leg., univ., Torino.*) Arch. di antropol. crim. psichiatr. e med. leg. Bd. 43, H. 1, S. 38—48. 1923.

Der von Canuto beschriebene ungewöhnliche Fall eines Selbstmordes durch Erschießen hat darum besonderes Interesse, weil ein unzweifelhafter Selbstmord eines kranken Soldaten mit einem Revolver von 10,35 mm Kaliber und einer Lauflänge von 12 cm vorlag. Der Einschuß, eine vierstrahlige Platzwunde, fand sich auf dem Scheitel; der Schuß war in der Mittellinie am Treffpunkt von Kronen- und Pfeilnaht eingedrungen, hatte das Gehirn in senkrechter Richtung, das Keilbein, den harten Gaumen, die Zunge und den Mundboden durchbohrt, war in der Medianlinie kurz oberhalb des Schildknorpels ausgetreten, um im Jugulum am schmalen Ansatz des linken Sternocleidomastoideus wieder in den Körper einzudringen. Der weitere Schußkanal verlief durch das Manubrium sterni, rechte Lunge, rechte Herzkammer, den linken Leberlappen, den Magen und endigte in der Fettkapsel der linken Niere, wo sich das Geschoß fand. Aus dem 6 Kugeln enthaltenden Revolver war nur ein Schuß abgegeben worden. Da der Schußkanal etwas von rechts nach links verlief und der rechte Arm sich in etwas abduzierter und über den Kopf erhobener Haltung an der Leiche befunden hatten, während der linke Arm herabhängt, wird angenommen, daß der tödliche Schuß mit der rechten Hand in sitzender Stellung abgegeben wurde, während die Linke sich auf die Matratze stützte. *G. Strassmann* (Berlin).

**Riemke, Vilh.: Einige merkwürdige Fälle von Schußverletzungen.** (*Amtssygehus, Viborg.*) Ugeskrift f. laeger Jg. 85, Nr. 17, S. 284—285. 1923. (Dänisch.)

Drei Fälle von Verletzung der Augenhöhle durch Eindringen des Schlagbolzens eines Teschings, dessen Lauf verstopft war, so daß die Explosivkraft nach hinten auf den mit einer Spirale versehenen Schlagbolzen wirkte, der nach Abbrechen eines Sicherungsstifts mit voller Gewalt rückwärts in das Gesicht der Schützen fuhr. Alle Fälle heilten, bei einem mußte der Bulbus erneuert werden. *H. Scholz* (Königsberg).

**Cickersky, Marie Ropala: Les caprices des projectiles.** (Die Launen der Kugeln.) Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég. Bd. 38, Nr. 4, S. 225—228. 1922.

Verf. beschreibt 2 eigenartige Schußkanäle. Bei einem Selbstmörder, der sich in die linke Brust geschossen hatte, hatte die Kugel, die im 5. Intercostalraum eingedrungen war, den Herzbeutel und die Vorderfläche der linken Kammer durchbohrt, war dann anscheinend bei der Systole gegen das mittlere Aortensegel mit dem Blutstrom geschleudert worden und hatte schließlich die Aorta in der Gegend des 2. Lendenwirbels durchschlagen, in dem sie stecken geblieben war. — Bei einer Frau, die aus Versehen durch einen Revolverschuß links dicht neben dem Nabel getroffen worden war und 6 Stunden später starb — die Schußrichtung war schräg von unten nach oben —, hatte die Kugel nach Verletzung einer Dünndarmschlinge den Magen an der Kardie, dann ein zweitesmal am Pylorus durchschlagen, war danach in den Querdarm eingedrungen, der Schwere nach in das Colon ascendens herabgesunken und fand sich im Coecum in einem Kotballen. *G. Strassmann* (Berlin).

**Fog, J.: Kinderzügel als Ursache von Erhängungstod.** (*Gerichtsärztl. Inst., Univ. Kopenhagen.*) Ugeskrift f. laeger Jg. 85, Nr. 18, S. 305—306. 1923. (Dänisch.)

Ein Kind von  $1\frac{3}{4}$  Jahren, das in seinem Bett mit einem Leib und Schultern umgebenden Gürtel, an dem sich auf einer Seite ein Halteband befand, befestigt worden war, war durch Herabrutschen und Umdrehen mit den Beinen über die Bettkante und mit dem Hals auf das sich fest anspannende Seitenstück geraten, dadurch sich sozusagen erhängend. Man fand bei der Autopsie eine deutliche Schnürfurche am Halse ohne subcutane Blutungen und ohne Bruch des Schilddrüsens. Die Ursache des bösen Zufalls ist vor allem darin zu suchen, daß der Gürtel zu lose und vor allem nur mit einem Seitenband angelegt war; die Seitenstücke müssen auf beiden Seiten vorhanden und so kurz wie möglich sein, um Drehbewegungen des Kindes zu verhüten.

H. Scholz (Königsberg).

**Reuter, Fritz: Über das Vorkommen, die Entstehung und Bedeutung von Muskelblutungen beim Erstickungstode.** Beitr. z. gerichtl. Med. Bd. 5, S. 137-156. 1922.

Verf. behandelt auf Grund sorgfältiger Beobachtungen und Untersuchungen die Muskelblutungen, die durch den Ablauf der Erstickungserscheinungen (Dyspnöe, Stauung im Venensystem, Blutdrucksteigerung, Intensität der Krämpfe) ausgelöst oder begünstigt werden. Der Begriff der Erstickung wird für diese Arbeit nicht im engen gerichtsärztlichen Sinne, sondern in dem physiologischen Sinne eines primären Atemstillstandes gefaßt. Leitender Gedanke war festzustellen, wie häufig Muskelblutungen in Fällen vorkommen, bei welchen die Einwirkung einer fremden Gewalt auf den Hals ausgeschlossen ist. Von gewaltsamen Todesarten wurden nur Erhängung und Ertrinken berücksichtigt; weitere Fälle von Erstickung infolge Kropfentwicklung, Aspiration von Fremdkörpern, bei diffuser eitrigiger Bronchitis, Lungenentzündung, Diphtherie. Die Möglichkeit einer agonalen oder postmortalen Entstehung der Blutungen wurde im Auge behalten. Vitale und postmortale Blutungen ließen sich leicht unterscheiden. Bei postmortalen Blutungen fehlten die für vitale Entstehung charakteristische Schärfe der Abgrenzung der roten Blutkörperchen und das feine Fibrinnetz. Die roten Blutkörperchen zeigten meist Stechapfelform und waren zu größeren Klumpen vereinigt. Unter den vitalen Blutungen ließen sich Unterschiede nachweisen zwischen solchen, die einer Ruptur von Muskelfasern mit nachfolgender Blutung aus kleinen arteriellen Gefäßen ihre Entstehung verdanken, und solchen, deren Ursache in einer Stauung des venösen Abflusses zu suchen war. Welche von den einzelnen in Betracht kommenden Erscheinungen (Dyspnöe mit Überanstrengung der auxiliären Hilfsmuskeln, Cyanose, Blutdrucksteigerung, Krämpfe) die Muskelblutungen hervorrufen, läßt sich manchmal schwer entscheiden. Bei Larynxdiphtherie finden sich verhältnismäßig häufig Blutungen in den langen Halsmuskeln; selten dagegen bei der diffusen eitrigigen Bronchitis kleiner Kinder sowie bei lobären und lobulären Pneumonien. Bei Grippefällen sah Verf. Blutungen in den Bauchmuskeln, niemals solche in den Hals- und Brustmuskeln. Sie fehlten auch bei Kropftod und tödlicher Erstickung infolge Aspiration von Fremdkörpern. Bei Urämie können Dyspnöe und Krämpfe zu Muskelblutungen führen, besonders wenn zugleich venöse Stauung besteht. Fälle von Epilepsie, Tetanus, Eklampsie und Strychninvergiftung zeigten keine Blutungen; nur wenn gleichzeitig auch eine Stauung im Venensystem bestand (kombinierter Selbstmord durch Erhängen und Strychninvergiftung) gab es Blutungen. Muskelblutungen fanden sich überhaupt dann, wenn dem Tode unmittelbar eine heftige Dyspnöe oder ein Krampfanfall voranging und überdies die Bedingungen für eine venöse Stauung vorhanden waren. Beim Ertrinkungstode deutete die hauptsächlichste Lokalisation in den Halsmuskeln, speziell den Kopfnickern, und das jedesmalige Vorhandensein einer ballonierten Lunge auf die Richtigkeit der vom Verf. vertretenen Ansicht, daß vorwiegend Überanstrengung der auxiliären Hilfsmuskeln maßgebend ist. Die Möglichkeit anderer Momente (Schwimmbewegungen für Blutungen in die Brustmuskeln) wird zugegeben. Beim atypischen Erhängen (asymmetrische Strangfurche, abnorme Stellung der Erhängten) konnten Muskelblutungen bei weitem häufiger festgestellt werden wie beim typischen (13 : 2 Fälle). Stauung ist in erster Linie verantwortlich zu machen, bei Blutungen entfernt von der Strangfurche für sich allein, bei den in der Strangfurche

oder ihrer unmittelbaren Nachbarschaft liegenden in Verbindung mit Muskelrupturen; bei atypischem Erhängen kommen auch Dyspnöe und Krämpfe in Betracht. Postmortal können Blutungen durch Hypostase, künstliche Atmung sowie Hitzeeinwirkung (Verbrennung) zustande kommen.

Vorkastner (Greifswald).

**Yamakami, Kumao:** *Sur la valeur diagnostique de la détermination de chlorure du sang pour la mort par submersion.* (Über den diagnostischen Wert der Bestimmung des Chloridgehaltes des Blutes für den Ertrinkungstod.) (*Laborat. de med. lég., Tohoku Univ., Sendai.*) *Tohoku journ. of exp. med.* Bd. 4, Nr. 1, S. 88—97. 1923.

Angesichts der Tatsache, daß alle Zeichen des Ertrinkungstodes in einem erheblichen Teil der Fälle fehlen oder ihren diagnostischen Wert einbüßen können, hat Yamakami nach einem Zeichen gesucht, das diese Nachteile nicht hat. Er findet es in dem Chloridgehalt des Blutes. Versuche an Kaninchen zeigen bei Ertränken in Süßwasser eine erhebliche Herabsetzung, in Meerwasser eine erhebliche Steigerung dieses Gehaltes im linken Herzen, der die physiologische Differenz bei sonst asphyktisch gestorbenen sehr erheblich übertrifft. Diese Feststellung gilt vorläufig nur für frische Ertrinkungsleichen; für ältere derartige Leichen sind weitere Untersuchungen erforderlich, da die Ergebnisse zwar nicht durch Fäulnis, wohl aber durch Osmose beeinflusst werden können.

Giese (Jena).

**Brancati, R.:** *Sulla patogenesi della morte per ustione.* (Die Vorgänge beim Verbrennungstod.) (*Istit. di clin. chirurg., Messina.*) *Haematologica* Bd. 4, H. 2, S. 206 bis 216. 1923.

Bei Versuchen, welche Verf. an Meerschweinchen und Kaninchen angestellt hat, konnte er im Blute durch Verbrennung geschädigter Tiere und bei Übertragung desselben auf andere Tiere weder ein Antigen noch einen Antikörper nachweisen. Spritzte er dagegen einen Auszug aus der Leber verbrannter Tiere anderen Tieren in genügender Menge ein, so gingen sie unter den Erscheinungen des anaphylaktischen Schocks zugrunde. Bei Einverleibung kleiner Gaben konnte er eine richtige Anaphylaxie beobachten. Eine auffallende Übereinstimmung ergab sich auch im Blutbefunde, nach der Verbrennung getöteter oder eingegangener Tiere, bei solchen, die durch Einspritzung des Leberauszuges verbrannter Tiere, und schließlich bei Tieren, die, mit artfremdem Serum behandelt, anaphylaktisch zugrundegegangen waren. Bei allen 3 Gruppen fand Verf. häufig kleine weiße Knötchen von Punkt- bis Stecknadelkopfgroße, bestehend aus kleineren und größeren Häufchen von (nach der Beschreibung) epitheloiden Zellen mit feinkörnigem Zerfall oder randständiger Verkäsung, oft umgeben von einem Wall lymphoider Zellen (Ähnlichkeit mit Tuberkeln?). Solche Knötchen fand Verf. am Bauchfell, in der Leber, der Milz, in der Bindegewebskapsel der Lymphdrüsen, im Unterhautzellgewebe und im Zwischengewebe der Muskeln. Er erblickt in diesen Bildungen den Ausdruck einer Schädigung des reticuloendothelialen Gewebes durch bei allen drei Schädigungen wirkende Stoffe.

Meizner (Wien).

**Kitamura, Nobuharu:** *Wärmestarre und Wiederbelebung des Froschherzens.* (*Physiol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) *Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol.* Bd. 199, H. 1/2, S. 145—160. 1923.

Ergebnisse großer Versuchsreihen. Auch am Froschherzen sind zwei Stufen der Wärmestarre zu unterscheiden, deren erste bei einer Wärme eintritt, die durchschnittlich 6,2° oder 7,5° (je nach dem Verfahren) höher liegt als der der Rückbildung fähige Wärmostillstand. Oft läßt sich eine 2. Stufe bei durchschnittlich 63° erkennen. Die Wärmestarre kann sich auch dann zur vollen Höhe entwickeln, wenn die Erwärmung bald nach Beginn der Wärmestarre unterbrochen wird. In der ersten Wärmestarre kann das Froschherz durch Abkühlung von außen oder von der Spülflüssigkeit von selbst wieder zu schlagen beginnen. Die Wiederbelebung gelingt um so eher, je weniger Zeit seit dem Beginn der Wärmestarre vergangen ist. Hat die Wärmestarrekurve einmal die Höhe der Systolen vor Beginn der Erwärmung überschritten, so gelingt die Wiederbelebung nur mehr selten. Sie ist aber auch dann noch möglich. Dabei können verhältnismäßig

hohe Systolen mit ihren Fußpunkten auf einer Linie stehen, die höher liegt als die Scheitelpunkte der früheren Systolen und nur wenig absinkt. Im großen und ganzen bleibt die Tonushöhe, welche die Wärmestarre vor der Wiederbelebung erlangt hatte, meist erhalten.

*Meixner* (Wien).

**Meixner, Karl: Die Begutachtung von Verletzungen und ihren Folgen.** (Wien. med. Wochenschr. Jg. 73, Nr. 10, S. 469—476 u. Nr. 11, S. 535—542. 1923.)

Fortbildungsvortrag für Ärzte, in welchem Verf. unter Berücksichtigung der österreichischen Gesetze auf die wichtigsten Gesichtspunkte bei der Lösung der in der Überschrift genannten Aufgabe und auf die Fehler, die dabei am häufigsten begangen werden, hinweist.

Eigenbericht.

**Crile, G. W.: Studies in exhaustion: IV. Physical trauma.** (Studien über Erschöpfung. Bedeutung des physikalischen Traumas.) Arch. of surg. Bd. 6, Nr. 2, S. 489—524. 1923.

Auf Grund ausgedehnter Untersuchungen, die sich auf Blutbefund, Blutdruck und besonders auf die Drüsen mit innerer Sekretion erstreckten, kommt Verf. zu dem Schluß, daß die primäre Schädigung beim Schock ihren Sitz im Gehirn hat. Durch experimentelle Prüfungen konnte festgestellt werden, daß die Leber und wahrscheinlich auch die Nebennieren mit dem Gehirn dabei in enger Verbindung stehen, d. h. von diesem in Mitleidenschaft gezogen werden. Eine primäre Veränderung in der Zusammensetzung oder Verteilung des Blutes kommt nicht in Frage. Der wesentliche Vorgang bei der Erschöpfung durch ein physikalisches Trauma ist derselbe wie bei der Erschöpfung durch Schlaflosigkeit, Gemütsbewegung oder körperliche Anstrengung.

*Gerlach* (Stuttgart).<sup>oo</sup>

**Bernardini, B.: Contributo allo studio della commozione cerebrale.** (Beitrag zur Kenntnis der Gehirnerschütterung.) (*Regio osp., Pescia.*) Policlinico, sez. prat., Jg. 30, H. 13, S. 397—399. 1923.

Die Annahme, daß es sich bei der *Commotio cerebri* bloß um molekulare Veränderungen oder um Zirkulationsstörungen handle, wird dadurch widerlegt, daß man bei der Lumbalpunktion regelmäßig sanguinolenten Liquor findet, so auch in einem vom Autor mitgeteilten Fall. Die Blutung beweist eine grob anatomische Läsion des Gehirns, die den Symptomen der Gehirnerschütterung zugrunde liegt. Das Blutextravasat selbst kann, wie aus experimentellen Ergebnissen hervorzugehen scheint, die etwa vorhandenen Erscheinungen meningealer Reizung herbeiführen. Ob demnach zwischen *Contusio* und *Commotio cerebri* ein grundsätzlicher oder nicht etwa bloß ein quantitativer Unterschied besteht, erscheint fraglich. *Erwin Wexberg* (Bad Gastein).<sup>o</sup>

**Chavigny, P., et E. Gelma: Les fissures du crâne. Coups de feu à courte distance. Revolver.** (Die SchädelSprünge bei Nahschüssen aus Revolvern.) Ann. de méd. lég. Jg. 3, Nr. 6, S. 346—352. 1923.

Im Anschluß an die Untersuchung zweier Schädelnahschüsse gelangen die Verff. zum Schluß, daß lange Sprünge, die von einer Schußlücke ausgehen, zugunsten der Annahme sprechen, daß dies der Einschuß war. Je zahlreicher und länger die Sprünge sind, um so eher dürfe man annehmen, daß ein Nahschuß verliege. Die Verf. entdecken auch die Neuigkeit, daß die Zertrümmerung des Schädels durch Schüsse eine Sprengwirkung ist.

*Meixner* (Wien).

**Garro, Alexander: A statistical enquiry into 1000 cases of eye injuries.** (Eine statistische Untersuchung an 1000 Augenverletzungen.) Brit. Journ. of ophth. Bd. 7, Nr. 2, S. 65—80. 1923.

707 der Fälle waren Berufsunfälle, 203 betrafen Privatpersonen, davon fast genau die Hälfte Kinder. Zur Enucleation kam es bei den Berufsunfällen in 12,8%, bei den anderen in 21,8%. Den größten Anteil hatten die Metallarbeiter (269 Fälle, 5,9% der Bevölkerung), dann kommen die Kohlenarbeiter mit 173 Fällen (3,3% der Bevölkerung), es folgen die Verletzungen mit geschmolzenem Metall (83, 1,2%). Nach der Verletzungsursache reihen sich die Metallsplitter mit  $\frac{1}{8}$  aller Fälle an erste Stelle; scharfe und stumpfe Instrumente und Glas- bzw. Geschirrsplitter bedangen je  $\frac{1}{8}$ . Von den 139 Enucleationsfällen waren rund  $\frac{1}{4}$  corneosklerotische Wunden mit Irisprolaps, je  $\frac{1}{5}$  perforierende Sclerawunden und Cyclitis, und  $\frac{1}{10}$  perforierende Corneawunden mit Irisprolaps. Die einzelnen Verletzungsformen reihen sich folgendermaßen ein: Infizierte Corneageschwüre 300, Corneaverletzung mit Irisprolaps 141, Verbrennungen 110, corneosklerotische Wunden 59, Cyclitis 50 usw.

*v. Gonzenbach.*<sup>o</sup>

**Radmann:** Zur Kenntnis der mittelbaren Wirbelbrüche. *Bruns' Beitr. z. klin. Chirurg.* Bd. 129, H. 2, S. 466—470. 1923.

Radmann ist der Ansicht, daß bei der Entstehung der Überlastungs- und Stauchungsbrüche der Wirbelsäule auch der Muskelzug eine erhebliche Wirkung ausübt, wenigstens bei den Stauchungsbrüchen der Halswirbelsäule, die wegen des Muskelzuges am häufigsten den 5. und 6. Halswirbel betreffen, und bei den Stauchungsbrüchen des 5. Lendenwirbels. Die letzteren kommen zustande durch beiderseitige Muskelwirkungen, wie sie im Bergwerksbetrieb ausgelöst werden dadurch, daß Kohlen oder Gesteinsstücke u. ä. von hinten oder hinten oben auf die Lendengegend des stehenden oder leicht gebückten Mannes auftreffen oder der betreffende Mensch auf das Gesäß fällt. Bei einseitiger Muskelwirkung reißen ein oder mehrere Querfortsätze ab. *Kappis (Hannover).*

**Vulliet, H.:** *Contusions du coude et néoformations osseuses. (La périarthrite ossifiante.)* (Kontusionen des Ellenbogens und Knochenneubildungen.) *Schweiz. med. Wochenschr.* Jg. 53, Nr. 16, S. 393—395. 1923.

Geringfügige Kontusionen des Ellenbogengelenks ohne Knochenläsionen mit intra- und extraartikulärem Bluterguß können bisweilen bei jugendlichen Individuen schwere Funktionsstörungen als Folgen haben. Diese Störungen entstehen durch Knochenwucherungen am Gelenk, analog einer Myositis ossificans. Der Autor schlägt dafür den Namen „ossifizierende Periarthritis“ vor. Er warnt davor, die Prognose der Ellenbogenkontusionen zu günstig zu stellen. *Schönberg (Basel).*

**Bing, Rob.:** Über einen Fall von corticalen Reflexkrämpfen nach Fingerverletzung. *Rev. suisse des acc. du travail* Jg. 17, Nr. 4, S. 73—76. 1923.

Ein 17-jähriger Schreinerlehrling war mit der linken Hand in eine Fräse geraten, wobei am Kleinfinger die Endphalanx nebst der Hälfte der Mittelphalanx, am Ringfinger Endphalanx und ganze Mittelphalanx, die Beugesehne an Zeigefinger und Daumen, außerdem die Gelenkkapseln der Grundphalangen verletzt wurden. Glatte Heilung der Wundstümpfe in 5 Monaten mit Reizlosigkeit der Narben, Fehlen von Verwachsungen mit den Knochen, dagegen Contracturen an den 3 verstümmelten Fingern und Anästhesie der Volarseite des ganzen Mittelfingers, an dessen Kuppe Verbrennungsschorf mit Eiterraustritt nach Berühren einer Ofentür vor 4 Wochen. Feststellung von 25% Arbeitsunfähigkeit auf 1 Jahr. 1½ Jahr nach dem Unfall Auftreten eines Anfalls: Ameisenlaufen in der ganzen linken Hand, Zucken, Aufsteigen nach dem Arm, Mund, Zunge, so daß Unfähigkeit zum Sprechen eintrat, leichtes Übergreifen auf rechten Arm und Nacken und plötzliches Verschwinden der Symptome nach wenigen Minuten ohne Kopfweh, Bewußtseinsstörung, Brechreiz usw. Ein Arzt erhielt gleiche Erzählung des Anfalls 1 Stunde nach dem Unfall, ohne daß irgendein positiver Befund festgestellt werden konnte. Keine Wiederholung des Anfalls, nur nachts ab und zu leichter Krampf in Ring- und Kleinfingern beider Hände. Die Untersuchung ergibt wenige Wochen nach dem Unfall unveränderten Lokalbefund, und außer Aufregung nichts Pathologisches quoad Nervensystem und innere Organe, keine Stigmata degeneracionis, keine Zungenbißnarben. Gutachter nimmt eine sog. Reflexepilepsie an mit typischer „sensibler Aura“, Parästhesien, sehr leichte Prognose. Ein sehr seltener Fall. Prognose gut. Arbeit soll wiederaufgenommen werden und 1 Jahr Bromkur (3,0 g pro die), langsam absteigend, salzarme Diät, Alkoholabstinenz. Eventuell glatte Amputation der Fingerstümpfe. Gefährliche Arbeiten sind zu vermeiden, obwohl wegen der sensiblen Aura Gefahr nicht groß ist. *Scheuer.*

**Hübner, A.:** Endergebnisse der Behandlung von Schenkelhalsbrüchen. (Zugleich ein Beitrag zur Frage der unblutigen Behandlung.) *Klin. Wochenschr.* Jg. 2, Nr. 25, S. 1165—1166. 1923.

Nachprüfung von 135 Fällen der Chirurgischen Poliklinik hinsichtlich des Endergebnisses: Heilung in 6,6%, Besserung in 18,5% und Nichtheilung in 74,8%. Die große Zahl der ungünstigen Fälle ist durch ungenügende Adaption und Fixierung der Bruchenden und durch zu frühe Belastung (schon nach 17 Wochen) bedingt. *Giese.*

**Puccinelli, Vittorio:** *Le lesioni dei menischi del ginocchio e la „Sindrome meniscale“* (Die Meniscusverletzungen des Kniegelenks und das „Meniscussyndrom“.) (*Osp. riuniti, Roma ed osp., S. Giacomo, Augusta.*) *Chirurg. d. org. di movim.* Bd. 7, H. 2, S. 142 bis 148. 1923.

Im Anschluß an einen eigenen Fall, in dem das klinische Bild durch die Operation und die anatomische Untersuchung zu deuten versucht wurde, wird dargelegt, daß es nicht möglich

ist, ein bestimmtes Symptomenbild für alle Fälle aufzustellen. Verschiedene Zeichen, die für das von den Franzosen genannte Syndrome meniscal (das innere Derangement des Knies der Engländer) als typisch für Meniscusverletzung bezeichnet werden, wie die plötzliche schmerzhaft Fixation in halber Beugstellung (Blockage) fehlten in solchen Fällen, andererseits wäre der umschriebene Druckschmerz in der Gelenklinie und das Versagen des Kniegelenks auch bei Unversehrtheit des Meniscus öfters festzustellen. Im Falle des Verf. fehlte die Blockage, dagegen war ein bestimmter Druckschmerz, eine Unregelmäßigkeit in der Gelenklinie, ein rezidivierender Gelenkerguß und zuweilen das Versagen des Knies vorhanden. Bemerkenswert war, daß das Trauma (Stoß mit der Innenseite des Knies gegen eine Axt) anfänglich wenig beachtet wurde, da die Schmerzen bald verschwanden und sich die Symptome erst später verschlimmerten. Die Operation ergab einen unvollkommenen Riß des inneren Meniscus etwa in der Mitte und Bildung einer fibrös-knorpeligen hypertrophischen Falte an der Stelle des Druckpunktes; eine Luxation war gleichzeitig nicht nachzuweisen. 6 Monate nach der Entfernung des Meniscus trat völlige Heilung ein.

Frank (Köln).

**Francioni, Giuseppe: Intorno al meccanismo di produzione delle lacerazioni muscolari così dette da sforzo. Nota di casistica.** (Über den Mechanismus bei Muskelzerreißen durch „Überanstrengung“.) *Rass. d. previd. soc.* Jg. 10, Nr. 2, S. 32 bis 45. 1923.

Die Muskelzerreißen entstehen durch Einwirkung einer plötzlichen Kontraktion des Antagonisten auf den angespannten Muskel. Im Gegensatz dazu treten oft Myalgien bei einer Anstrengung des kranken Muskels zum erstenmal in Erscheinung. Bei der Muskelzerreißen schmerzt die Dehnung des verletzten Muskels durch die seiner Wirkung entgegengesetzte Körperbewegung; bei der Myalgie schmerzt die Kontraktion des kranken Muskels.

Ziegwallner (München).

**Vance, Charles A.: Intestinal rupture from external trauma without extra-abdominal evidence: Report of two cases.** (Darmruptur nach Trauma ohne äußere Anzeichen, Bericht über 2 Fälle.) *Southern med. journ.* Bd. 16, Nr. 5, S. 380—385. 1923.

Der erste Fall betraf einen 43jährigen Mann, welcher mit großer Gewalt von einer Pfahlspitze gegen den Bauch getroffen wurde, ohne daß innerhalb der ersten 12 Stunden bedenkliche Folgen auftraten. Dann Erbrechen und Leibschmerzen. 30 Stunden nach dem Unfall Laparotomie, Befund: Beginnende Peritonitis, Ileumruptur. Nach 2 Tagen Exitus. — Im zweiten Falle handelte es sich um einen Hufschlag gegen den Bauch bei einem 30jährigen Manne. Auch hier traten Erbrechen und Leibschmerzen erst am nächsten Tage auf, nachdem vorher bei 2 maliger ärztlicher Untersuchung der Fall als bedeutungslos beurteilt war. Nach 30 Stunden Zuziehung eines Chirurgen und Laparotomie, wobei Ileumruptur und Darminhalt in der Bauchhöhle festgestellt wurde. Nach Nahtverschluß und ausgiebiger Drainage der Bauchhöhle unter vorübergehenden peritonitischen Erscheinungen allmähliche Heilung nach Monaten. An den beiden Fällen wird die Schwierigkeit der Diagnose eingehend erläutert und für möglichst frühzeitige Operation eingetreten.

Reuter (Hamburg).

**Katzenstein, M., und M. Rosen: Versuche über die elastische Vollkommenheit der Blase und des Nierenbeckens, nebst Mitteilung eines Falles von spontaner Harnblasenzerreißen.** (*Krankenb. im Friedrichshain, Berlin.*) *Zeitschr. f. urol. Chirurg.* Bd. 12, H. 3/4, S. 310—314. 1923.

Es wurde ein T-Stück aus Glas verwendet. Der eine kurze Schenkel wurde mit dem zu untersuchenden Objekt, d. h. der Blase, in Verbindung gebracht, der andere mit einer Metallkapsel, die die Änderungen des Druckes auf einen Schraubhebel übertrug. In den langen Schenkel des T-Stückes wurde Wasser mit einer Spritze eingespritzt. Eine ganz geringe Füllung der Blase ohne wesentliche Spannung der Wand wurde als Nulllinie aufgezeichnet. Die Bewegungen des Hebels wurden jedesmal sofort nach Beendigung des Versuches mit Hilfe eines Wassermanometers gemessen. Das Objekt wurde durch das Wassermanometer ersetzt und der Versuch wiederholt. Nach Einspritzung von Wasser in das T-Stück wurden die Ausschläge am Manometer abgelesen. Eine bestimmte Menge Wasser wurde eingespritzt und sofort wieder entleert, um die Höhe des Druckes und die Elastizitätsgrenze feststellen zu können. Letztere war überschritten in dem Augenblick, wo nach Entfernung der Flüssigkeit der Zeiger unter die Nulllinie herabsank.

Die Elastizität der Blase ist außerordentlich gering und sehr viel geringer als die des Nierenbeckens. Es muß beim Lebenden die Überdehnung der Blase durch Kontraktion ihrer Muskulatur wieder ausgeglichen werden. Um ihre Kontraktionsfähigkeit wieder zu erlangen, muß sie nach Überdehnung der Muskulatur allmählich in ihren ursprünglichen Zustand zurückgeführt werden. Mitteilung eines Falles von spontaner Blasenruptur, in dem schon früher einmal eine Ruptur stattgefunden hatte. Der Riß

saß an der Hinterwand, wie gewöhnlich etwas oberhalb der Einmündung der Ureteren. An der Rupturstelle fehlte jegliche Muskulatur. Die Ruptur der überfüllten Blase wird ebenfalls nur durch Leistung der Muskulatur verhindert und ist nur möglich an einer Stelle, die nicht von Muskulatur bedeckt ist. *Vorkastner* (Greifswald).

**Geisinger, Joseph F.:** Spontaneous intraperitoneal rupture of the bladder. (Spontane intraperitoneale Ruptur der Harnblase.) *Ann. of surg.* Bd. 77, Nr. 2, S. 206—209. 1923.

Voraussetzung der Ruptur sei die Ausdehnung der Blase, besonders infolge Prostatahypertrophie, Striktur der Harnröhre, Vernachlässigung der Miktion bei Trunkenheit. Die Ruptur erfolge gewöhnlich im Anschluß an äußeres, selten an inneres Trauma, wie Pressen beim Stuhl, bei der Harnausscheidung oder während der Geburt. Nach Geisinger ist die hintere obere Wandpartie der Blase am schwächsten, dieser Abschnitt sei nur vom Peritoneum und Darm, nicht von Muskeln und Knochen bedeckt. In dem mitgeteilten Fall hatte der 60jährige Mann seit 2—3 Jahren eine Urinbehinderung, am Tage vor der Einlieferung ins Spital machte er anstrengende Preßversuche zur Blasenentleerung. Bei der Aufnahme war vollständige Urinverhaltung seit 48 Stunden, es wurde eine starke Prostatahypertrophie und eine unscharf begrenzte Resistenz in der Blasengegend festgestellt. Die suprapubische Cystotomie ergab viel Urin in der Bauchhöhle, keine Peritonitis. Die Blase war kollabiert, an der hinteren oberen Partie nahe der Umschlagstelle des Peritoneums fand sich ein für 2 Finger passierbarer Riß. Der Fall genas. Die Todesursache der Ruptur sei gewöhnlich Peritonitis, Schock, Hämaturie. Im mitgeteilten Fall bestand keine Peritonitis, keine Hämaturie. *Gebele* (München).<sup>oo</sup>

### *Vergiftungen.*

● **Seifert, Otto:** Die Nebenwirkungen der modernen Arzneimittel. 2. Aufl. Leipzig: Curt Kabitzsch 1923. 427 S. G.Z. 10.

Die neue Auflage bringt die besprochenen Arzneimittel in alphabetischer Folge statt in Gruppen eingeteilt, wodurch der Gebrauch erleichtert ist. Die Mittel erscheinen dann nochmals mit Angabe der Hersteller und ein drittesmal als Sachregister. Nach Aufführung der vorgeschriebenen Verwendung der Mittel werden die beobachteten Nebenwirkungen kurz unter überaus sorgfältigem Nachweis der möglichst vollständigen Literatur mitgeteilt. Für den Gutachter stellt das Buch eine willkommene Ergänzung der Toxikologien und ein praktisches Nachschlagewerk dar. *P. Fraenckel* (Berlin).

**Schwartz, Erich W.:** The so-called habituation to „arsenic“: variation in the toxicity of arsenious oxide. (Die sogenannte Gewöhnung an „Arsenik“. Wechsel in der Giftigkeit von Arsenoxyd.) *Journ. of pharmacol. a. exp. therapeut.* Bd. 20, Nr. 3, S. 181—203. 1922.

Widersprüche in der Literatur über den verschiedenen Toxizitätsgrad verschiedener Präparate von ungelöstem Arsenoxyd sind nach ausgedehnten Versuchen des Verf. an Ratten, Kaninchen, Hühnern auf Unterschiede in der Korngröße zu beziehen: je feiner, desto giftiger. Ratten: Sichere letale Dosis gelöst 75 mg/kg; ungelöst bei Korngröße mit 0,0125—0,0025 mm Durchmesser etwa 100 mg/kg, bei meist 0,25 bis 0,125 mm etwa 350 mg/kg oder noch etwas mehr; bei Krystallen von etwa 0,25—0,3 mm etwa 500 mg/kg. Die Giftigkeit schwankt also bis ums 5fache. Kaninchen: Gelöst 15—20 mg/kg; bei 0,0125—0,0025 mm etwa 25 mg/kg, bei 0,25—0,125 mm etwa 200 mg/kg. Hühner: Gelöst 66,7 mg/kg, bei den feineren Pulvern etwa 75 mg/kg, bei 0,25—0,125 mm 200 mg/kg. Die etwas größere Giftigkeit der groben Krystalle bei Hühnern ist vielleicht auf die Zerkleinerung im Kropf zurückzuführen. Im übrigen ist der auf Pulverfeinheit beruhende Unterschied im Giftigkeitsgrad wohl so zu erklären, daß feingepulvertes  $As_2O_3$  bedeutend leichter und rascher resorbiert wird als die gröberen Sorten, die wohl zu einer längeren Intoxikation Anlaß geben könnten, aber vorher durch Entleerungen entfernt werden. Die Brechwirkung an der Katze, die am besten aus der Konzentration des Emeticums im Futter bestimmt wird, ist ebenfalls von der Feinheit des Pulvers abhängig; so vertrug ein Tier von grobkristallinischem  $As_2O_3$  2 g = der



6fachen Menge der größten bekannten Portion der Arsenesser. Jedoch sind hier die Grenzen nicht so scharf wie bei der Dosis letalis, was sicherlich darauf beruht, daß die brechenerrigende Periode viel kürzer ist als die Zeit, in der tödliche Mengen aufgenommen werden können. Von Arsensulfid (2—8 mm) vertrug ein Kätzchen 8 g = 24fache Menge der Arsenesser; von feingesiebt (40 Maschen pro Zentimeter) töteten 0,5 g in 100 g Fleisch ein Kätzchen nicht (= etwas mehr als die Höchstmenge an  $As_2O_3$  der Arsenesser.) Die 66—100fache Menge an Arsensulfid, verglichen mit  $As_2O_3$ , ist zur Brechwirkung notwendig. — Demnach bedürfen auch die Literaturangaben über „Gewöhnung“ an Arsenik vom Gesichtspunkte der Korngröße einer Nachprüfung. Bei dem Begriff „Gewöhnung“ war gleiche Giftigkeit aller Präparate und starke Annäherung der Toxizität des festen an gelöstes Arsenoxyd vorausgesetzt, während doch beim gelösten die „Gewöhnung“ nicht demonstriert werden konnte. Sie muß unterschieden werden von individueller, durch die Kost verursachter Widerstandsfähigkeit der Arsenesser, dem möglichen therapeutischen Arseneffekt und etwaiger chronischer Intoxikation. Aus allen Berichten über Arsenesser scheint, auch in Berücksichtigung der sehr wenigen bekannten Schädigungen, hervorzugehen, daß grobes Arsenik genossen wurde, das wegen seiner geringen Resorbierbarkeit (vgl. die geringen berichteten As-Ausscheidungen im Harn) unschädlich ist. Die Verträglichkeit großer Dosen ist daher keine Eigenschaft der Person (etwa „Immunität“) als vielmehr eine solche des betreffenden Präparates, besonders seiner Löslichkeit, die u. a. auch von der Korngröße abhängt. Soll in einem bestimmten Fall die Gewöhnung bewiesen werden, so muß die orale tödliche Gabe des betreffenden Arsenikpräparates bestimmt und dann mit der gleichen Substanz unter den gleichen Maßnahmen gezeigt werden, daß entweder mehr als diese Dose oder mehr als die tödliche der gelösten Substanz ertragen wird. Diese Bedingungen sind aber bisher nirgends erfüllt worden, und die Frage der Gewöhnung ist daher noch offen.

*P. Wolff* (Berlin).

**Nielsen, Ludy.: Mißbrauch von Sublimattabletten in selbstmörderischer Absicht.**

Ugeskrift f. læger Jg. 85, Nr. 24, S. 426—427. 1923. (Dänisch.)

Die Durchsicht der Jahresberichte des Kopenhagener Kommunehospitals ergab, daß auf der Abteilung VI in den Jahren 1900—1906 an Sublimatvergiftungen eingeliefert wurden 3 Personen, von denen eine in selbstmörderischer Absicht, die beiden andern versehentlich das Mittel genommen hatten. In den Jahren 1907—1921 wurden 34 Fälle von Selbstmordversuch (6 Männer, 28 Frauen) aufgenommen und 8 Fälle unbeabsichtigter Vergiftung. Der Grund der starken Zunahme der Sublimatvergiftungsfälle ist zweifellos in der ministeriellen Verordnung des Jahres 1907 zu sehen, die den Hebammen den Gebrauch der Sublimattabletten zur Pflicht machte. Die Leichtigkeit der Beschaffung enormer Dosen und die bequeme Einnahme verschaffte dem Gift die Beliebtheit bei Suicidversuchen. Der Ersatz durch unschädliche und gleich wirksame Mittel, besonders Grotan, ist dringend zu fordern. *H. Scholz* (Königsberg).

**Merek, E.: Zur Kasuistik der Veronalvergiftung.** Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 49, Nr. 17, S. 552. 1923.

Verschiedenheiten des Präparats kommen bei Veronalvergiftungen nicht in Betracht (Bofinger hatte an diese Möglichkeit gedacht). Das Veronal ist eine chemisch-einheitliche Verbindung, deren Zusammensetzung und Eigenschaften somit immer konstant sein müssen. Jedes Präparat wird vor der Ablieferung genau geprüft. Individuelle Empfindlichkeit oder verminderte körperliche Widerstandsfähigkeit sind bei Veronalvergiftungen in Betracht zu ziehen.

*Kurt Mendel.*

**Oort, P. G. C. van: Ein Fall von Adalin-Vergiftung.** Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 67, 1. Hälfte, Nr. 23, S. 2541—2542. 1923. (Holländisch.)

Bei 2 jungen Männern hatte die Einnahme (zu Selbstmordzwecken) von je einer ganzen Tube Adalintabletten (10 Tabletten zu je 0,5 g) keine andere Wirkung wie etwa 24stündigen tiefen Schlaf mit gedunsenem roten Gesicht, sehr weite, träge reagierenden Pupillen, wenig erhöhter Pulsfrequenz und langsamer, stertoröser Atmung. *Lamers* (Herzogenbusch).

**Kaern, Hj.: Todesfall durch Albromin.** Ugeskrift f. laeger Jg. 85, Nr. 21, S. 379. 1923. (Dänisch.)

Das von anderen Autoren in  $\frac{1}{2}$ proz. Lösung als praktisch ungiftig empfohlene Albromin hat in der Praxis des Verf. einen Todesfall herbeigeführt, nachdem schon in früheren Versuchen recht starke cerebrale Erscheinungen wie bei leichter Cocainvergiftung auftraten.

Bei einem 28jährigen kräftigen Mann sollte ein Hodentumor in Lokalanästhesie entfernt werden. Nach Einspritzung von 0,015 Morphin. hydrochl. wurde die Albrominanästhesie in der Weise vorgenommen, daß 2 Finger breit innerhalb der Spina iliaca anterior superior ein Depot in der Muskulatur angelegt, danach subcutan und subfascial die Infiltration gegen den Leistenring zu gemacht wurde, schließlich wurde der Samenstrang auf beiden Seiten umspritzt und eine oberflächliche Infiltration der Scrotalhaut an der Basis des Hodensacks ausgeführt. Im ganzen bekam der Kranke 70 ccm der  $\frac{1}{2}$ proz. Lösung. Gleich nach dem ersten Einstich klagte der Mann über Nackenkopfschmerz, der sich weiter steigerte und von einer leichten motorischen Unruhe begleitet wurde. 5—7 Minuten nach Beginn des Einspritzens trat ein tonischer Krampfanfall auf, Patient wurde stark cyanotisch, bewußt- und pulslos. Nach einigen tiefen seufzenden Atemzügen hörte die Atmung auf. Trotz Campher subcutan und Digalen intracordial, trotz sofort eingeleiteter künstlicher Respiration versagten die Wiederbelebungsversuche, die Sektion wurde nicht gestattet. *H. Scholz (Königsberg).*

**Joël, Ernst: Cocainismus.** (Städt. Krankenh., Moabit-Berlin.) Med. Klinik Jg. 19, Nr. 24, S. 817—819. 1923.

Der Cocainmißbrauch hat nach dem Krieg auch in Deutschland sehr zugenommen. Nach Deutschland wurde er wahrscheinlich durch die Freischärler gebracht, die ihn von den Russen kennen gelernt hatten. In der Mehrzahl handelt es sich um Cocain-schnupfer. Nach den Beobachtungen, die der Verf. gemeinsam mit Fritz Fränkel anstellte, lassen sich im Verlaufe des Cocainismus verschiedene Krankheitsstadien unterscheiden. Kurz nach Aufnahme der Cocainprise kommt es zum euphorischen Stadium, das durch gesteigertes Selbstbewußtsein, Mitteilungsbedürfnis, Betätigungsdrang ausgezeichnet ist. Nur in seltenen Fällen herrscht eine sentimentale Stimmung vor. Nach wiederholter Aufnahme folgt diesem Stadium das halluzinatorische Rauschstadium, in welchem die Stimmung umschlägt. Es kommt zu Angstgefühlen, die bisweilen deutliche Beziehungen zum persönlichen Leben zeigen. Die Halluzinationen können jedes Sinnesgebiet betreffen und sich so steigern, daß dieses Stadium direkt den Charakter des Delirs annehmen kann. In all diesen Stadien bleibt dem Cocainisten das Bewußtsein über den Grund der Seelenstörung jedoch erhalten, ohne daß er die Kraft besäße, sich dem Laster zu entziehen. Hinsichtlich der Prognose ist von Wichtigkeit, daß eine Gewöhnung nicht erfolgt; wesentlich ist jedoch, daß der Patient aus seiner Umgebung entfernt werden muß, da er sonst immer wieder dem Laster verfällt. Zur Steuerung des Cocainmißbrauches erscheint es unbedingt notwendig, die Einfuhr von Cocablättern nach Deutschland nur in dem Maße zu gestatten, als dies zur Herstellung der zu therapeutischen Zwecken verwendeten Mengen Cocains notwendig erscheint. *Marx (Prag).*

**Dupain, J.-M.: A propos du procès des toxicomanes.** (Aus Anlaß des Prozesses der Giftsüchtigen.) Ann. méd.-psychol. Jg. 81, Nr. 5, S. 385—392. 1923.

Ein Prozeß gegen Ärzte, Apotheker, Morphinisten und Cocainisten in Paris wegen Verstoß gegen das Gesetz vom 12. Juli 1916 ist der Anlaß, die französischen Bestimmungen gegen den Giftmißbrauch zusammenzustellen. Das erwähnte Gesetz enthält Bestimmungen über Einfuhr, Handel und Gebrauch von Giften, insbesondere von Morphinum und Cocain. Bestraft wird, wer in Gesellschaft diese Gifte gebraucht, ihren Gebrauch ermöglicht und sie sich unrechtmäßig verschreiben läßt. Die genau signierten Rezepte dürfen nur für 8 Tage verschrieben werden. Die angeklagten Ärzte sollen diese Rezepte für längere Zeit, öfters auch für mehrere Personen ausgeschrieben haben, obwohl sie nur für einen Patienten bestimmt waren. Zur Entschuldigung der Ärzte wird angeführt, daß die gesetzlichen Bestimmungen bei der Behandlung von Morphinisten und Cocainisten schwer einzuhalten sind, ärztliche Mißgriffe daher vorsichtig beurteilt werden müßten. Zur Bekämpfung des Giftmißbrauches sei die Überwachung

des Grenzverkehrs — die Gifte würden von Deutschland eingeführt (!) — und die Unterdrückung des heimlichen Verkaufs erforderlich. Auch die Ärzte könnten bei der Bekämpfung mitwirken, indem sie mit der Verordnung von schmerzstillenden Mitteln wie Morphinum bei nur geringfügigen Leiden zurückhaltend wären und nicht jedem Wunsch des Patienten nach Verordung von Narkotica nachkämen. *G. Strassmann.*

**Olsen, Oluf: Physostigminvergiftung durch 10fache Maximaldosis.** Ugeskrift f. laeger Jg. 85, Nr. 19, S. 342—343. 1923. (Dänisch.)

Ein Diabetiker hatte von seinem Arzte eine Lösung von Physostigmin. salicyl. 1 : 100, 3 mal täglich 20 Tropfen innerlich, erhalten. Nach Einnahme der ersten Dosis nach einem reichlichen Frühstück mit Kaffee war er 2 Minuten gegangen und 25 Minuten mit der Eisenbahn gefahren. Beim Aussteigen aus dem Zuge konnte er schlecht aufstehen, auf dem Bahnsteig merkte er, daß er blind sei, und fiel um, wurde mühsam in sein Kontor geführt, wo er nach Genuß von etwas Wasser reichlich erbrach, was sich später noch mehrmals wiederholte; dann wurde er völlig erschöpft, ohne jedoch das Bewußtsein zu verlieren, auch trat kein Durchfall auf. Die Schwachsichtigkeit, eine gewisse Herzurruhe und ein eigentümliches Hautgefühl dauerte noch 6 Tage, dann trat völlige Genesung ein. Abgesehen von Durchfall bot der Fall alle Zeichen der Physostigminvergiftung, die vielleicht nur deshalb so leicht verlief, weil der Kranke reichlich Kaffee, der als Gegengift gegen Alkaloidvergiftungen gilt, genossen und stark erbrochen hatte.

*H. Scholz (Königsberg).*

**Gaizler, Julius von: Acetonurie bei laugevergifteten Kindern.** (*Univ.-Kinderklin., Debreczen.*) Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 101, 3. Folge: Bd. 51, H. 1/2, S. 87—92. 1923.

Nach Laugevergiftung bei Kindern ist mit Ausnahme der ganz milden Fälle Aceton im Harn nachzuweisen; die Ursache dieser Acetonurie ist die durch die Laugevergiftung entstehende Nekrose und der hierdurch bedingte hochgradige Eiweißzerfall. Das Fieber allein ist nicht die Ursache. In der Rekonvaleszenz der Laugevergiftung zeigt sich bei neu hinzutretender fieberhafter Erkrankung (z. B. Scharlach) ein erneutes Ansteigen der Acetonausscheidung.

*Schneider (München).*

**Maerz, F.: Über eine durch Neosalvarsan ausgelöste „Grippeencephalitis“ und drei weitere Salvarsanschädigungen.** (*Städt. Katharinenhosp., Stuttgart.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 70, Nr. 14, S. 424—425. 1923.

1. Bei einer Gravida, die innerhalb von 6 Tagen je 3 Injektionen 1,2 Neosalvarsan erhalten hatte, darauf unter dem Bilde der Encephalitis lethargica erkrankte, in monatelanger Rekonvaleszenz bis zu einem kataleptischen Stadium gelangte, wird die Weckung einer latenten Grippeencephalitis durch Salvarsan analog den Friedemannschen Malariafällen angenommen. 2. Ein schwächliches Mädchen (79 Pfund) kam an Encephalitis haemorrhagica ad exitum, nachdem es innerhalb 9 Tagen in 3 Injektionen 0,9 Neosalvarsan zum Teil in Mischspritze erhalten hatte; Ursache letzten Endes relative Überdosierung. 3. Eine 41jährige Frau starb 11 Stunden nach der 2. Injektion mit Erscheinungen einer akuten Intoxikation (Schlaffheit des Herzmuskels), petechialen Pleurablutungen, Hirnanämie, Fettleber. Höchstwahrscheinlich fehlerhaftes Präparat. 4. In 8 Tagen 1,2 Neosalvarsan; 24 Stunden nach der letzten Injektion Müdigkeit bis zur Somnolenz. Rückgang nach weiteren 48 Stunden. Hierfür wird, zumal hysterische Stigmata vorhanden waren, eine primäre Minderwertigkeit des Cerebrum angenommen.

*Max Jessner (Breslau).*

**Woenekhaus, Ernst: Ein Fall von Salvarsantod.** (*Med. Klin., Gießen.*) Münch. med. Wochenschr. Jg. 70, Nr. 21, S. 673—674. 1923.

23jähriger Mann. Seropositive Lues I. Kombinierte Behandlung (Neosalvarsan und Schmierkur). Nach der 4. Injektion leichte Temperaturerhöhung, nach der 5. (in toto 2,25 Neosalvarsan) Kopfschmerzen, Übelkeit. Dann völlig beschwerdefrei bis 3 Tage nach der 9. Injektion (in toto 4,35 Neosalvarsan). Jetzt Fieber, starke Kopfschmerzen, Schmerzen in der Lendengegend; dann Erbrechen, Benommenheit, Singultus. Exitus am 8. Tage nach der letzten Injektion. Obduktion: Encephalitis haemorrhagica.

*Max Jessner (Breslau).*

**Adler-Herzmark, Jenny: Gewerbliche Vergiftungen in Wien.** Wien. med. Wochenschr. Jg. 73, Nr. 10, S. 483—484. 1923.

Verf. sah als Gewerbeärztin in der Zeit von 1920—22 in Wien folgende Vergiftungen: 1 Vergiftung durch Chloroform, 4 durch Arsenwasserstoff, 2 durch Cyanwasserstoff, 1 Verätzung durch Flußsäure, 1 durch verunreinigten Polierspirit; 1 Quecksilbervergiftung, 11 Bleivergiftungen, 15 Kohlenoxydvergiftungen, 4 Benzolvergiftungen, 3 Benzinvergiftungen und 5 Fälle von Zinkfieber. Die auffallendsten Erscheinungen sind mit ein paar Schlagworten angegeben. *Meixner (Wien).*

**Bazzano, S.: Avvelenamento acuto e cronico da CO nei minatori.** (Akute und chronische CO-Vergiftung bei Bergleuten.) Lavoro Jg. 14, Nr. 3, S. 88—89. 1923.

Nach Dynamitsprengungen in Bergwerken werden akute Vergiftungserscheinungen bei den dort Beschäftigten beobachtet, die in Unwohlsein, Benommenheit und Bewußtlosigkeit bestehen. Nach dem Herausschaffen an die freie Luft ist das Aussehen cyanotisch, der Puls verlangsamt, die Atmung oberflächlich, das Bewußtsein kehrt nach 1—2 Stunden unter Erbrechen und Kopfschmerzen wieder, die einige Zeit anhalten. Andere Fälle verlaufen nach ähnlichem Beginn mehr chronisch unter Erscheinungen von Anämie und allgemeiner Schwäche. Da in den Minengasen nach Sprengungen erhebliche Mengen von CO nachgewiesen werden konnten, werden die Vergiftungserscheinungen auf die Wirkungen des CO zurückgeführt. G. Strassmann.

**Cade, A., et P. Mazel: Intoxication par le bromure de méthyle.** (Vergiftung durch Brommethyl.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 39, Nr. 17, S. 722 bis 727. 1923.

Ein in einer chemischen Werkstätte mit der Destillation von Brommethyl beschäftigter Arbeiter atmete infolge Undichtigkeit des Behälters von dem Gase ein. Unmittelbare Folge schwankender Gang, Kopfschmerz. Nach scheinbarer Besserung schnelle Verschlechterung: Somnolenz, Unruhe; Parese der Glieder, Schmerzen in denselben, Herabsetzung der Berührungsempfindung. Doppelsehen ohne objektiven Augenbefund. Heilung in 2 Monaten, unter Andauer von Muskelschwäche.

Bisher einzige Beobachtung einer solchen Vergiftung in der französischen Literatur, während in der deutschen (und schweizerischen) bereits 8 derartige Fälle von gleichem Verlaufe veröffentlicht sind. Der anatomische Befund in 2 Sektionsfällen war negativ. Giese (Jena).

**Underhill, Frank P., and Benedict R. Harris: The influence of benzol upon certain aspects of metabolism.** (Die Wirkungsweise des Benzols im Hinblick auf den Stoffwechsel.) (*Dep. of pharmacol. a. toxicol., Yale univ., New Haven.*) Journ. of industr. hyg. Bd. 4, Nr. 11, S. 491—500. 1923.

Während in der Vorkriegszeit in den Vereinigten Staaten Benzol wenig gewerblich benutzt wurde, findet es neuerdings sehr ausgedehnte Verwendung, besonders als Lösungsmittel für Gummi, Lacke, Schuhzement, als Antriebsmittel für Motoren usw. Demgemäß sind auch die Vergiftungen häufig geworden. Kasuistik und Pathologie der akuten und chronischen Vergiftung werden erörtert, anschließend die Ergebnisse eigener Tierversuche mitgeteilt, die sich hauptsächlich auf Untersuchung von Urin und Harn erstreckten. Den Versuchstieren (Kaninchen) wurde ein Benzol-Ölgemisch subcutan einverleibt. Die Ergebnisse waren: fortlaufende Gewichtsabnahme; spezifisches Gewicht und Eiweißgehalt, ebenso Phosphatabscheidung im Urin schwankend; Stickstoffabgabe bzw. Kreatin- und Kreatininausscheidung gesteigert; besonders kurze Zeit nach der Injektion. Im Blutbild übereinstimmend Leukopenie, rote Blutzellen wenig verändert. Der gesteigerte Stickstoffzerfall trat besonders kurze Zeit nach der Einspritzung auf und war demnach vom N-Stoffwechsel bei gewöhnlicher Inanition verschieden, wie die gleichfalls vorgenommenen Hungerkontrollversuche zeigten. Koelsch (München).

**Auban, Pierre: Anémie pseudo-leucémique et saturnisme héréditaire.** (Pseudoleukämische Anämie und angeborene Bleivergiftung.) Arch. de méd. des enfants Bd. 26, Nr. 5, S. 297—304. 1923.

Schwere Anämie mit Milztumor und myeloischer Reaktion bei einem Kinde, das ihr im Alter von 26 Monaten erliegt. Als Ursache wurde erkannt der eingestandene lange innerliche Gebrauch von Bleiwasser während der Schwangerschaft. Alle früheren Schwangerschaften waren absichtlich dadurch von der Mutter beendet worden, daß sie täglich vier Eßlöffel Bleiwasser bis zum Abort nahm. Bei der letzten Schwangerschaft mißlang das Verfahren; sie erkrankte an heftigen Koliken und Krämpfen mit Delirien und trug aus. — Obduktion und Analysen auf Blei im Leben fehlen. Die Blut-erkrankung wird trotzdem als Folgezustand der früheren Vergiftung und Schädigung der blutbereitenden Gewebe durch Blei gedeutet. P. Fraenckel.

**Seiffert, G.:** Zur Methodik der Blutuntersuchung bei Bleivergiftungen. Münch. med. Wochenschr. Jg. 69, Nr. 46, S. 1595—1596. 1922.

Gegen Seifferts Methode der Färbung des unfixierten Blutausriches mit Löfflers Methylblau hatte Engel (Münch. med. Wochenschr. 1922, Nr. 17) Bedenken hinsichtlich der diagnostischen Beweiskraft erhoben, weil mit dieser Methode Granula nicht nur zahlreicher und größer bei Bleivergifteten gefunden wurden als im fixierten Präparat, sondern in allerdings geringerer Zahl auch im Blute von Nichtbleikranken. S. bestätigt diese Befunde Engels, hält sich aber für berechtigt, die Anwendung seiner Methode weiter zu empfehlen unter folgenden Vorsichtsmaßnahmen: Netzstrukturen, die Scheingranula vortäuschen können, sind auszuschalten. Zur Diagnose verwendbar sind nur Zellen mit einer größeren Zahl Granula, die möglichst gleichmäßig über die Zellfläche verteilt sind. Zur Stellung der positiven Diagnose ist mindestens eine typisch gekörnte Zelle auf 4—5 Gesichtsfelder nötig. (Nach dem Bleimerkblatt des RGA. bei fixierten Ausstrichen eine auf 10 Gesichtsfelder.) *Giese (Jena).*

**Feil, André, et R. Heim de Balsac:** Quelle est la valeur diagnostique comparée des signes cliniques dans le saturnisme au début. (Welches ist die diagnostische Bedeutung der klinischen Zeichen der beginnenden Bleivergiftung.) Paris méd. Jg. 13, Nr. 21, S. 463—466. 1923.

Die Untersuchung von 179 Arbeitern in Bleibetrieben ergab als sicherste klinische Zeichen beginnender Bleivergiftung Bleisaum (65%), Bleikolik (6%), Parotitis (3%), während Muskel- und Gelenkerkrankungen, hoher Blutdruck, Bleigeschmack ebenso wie Nephritis, Anämie, Lähmungen und Zittern erst Spätzeichen sind. Eine noch wichtigere Rolle spielt aber die Laboratoriumsuntersuchung auf Vorhandensein von basophil gekörnten Erythrocyten und auf Blei im Urin. *G. Strassmann.*

**Bull, P.:** Kopierstift-Verletzungen. Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. 84, Nr. 3, S. 221—223. 1923. (Norwegisch.)

Bei einem 24jähr. Mann drang beim Verlassen des Bettes ein Kopierstift tief in die l. Ferse; die Spitze blieb stecken. Erst nach 14 Tagen begann die Reaktion mit Schwellung, Empfindlichkeit und Sekretion einer violetten Flüssigkeit. Bei der Aufnahme 8 Wochen nach der Verletzung war röntgenologisch ein bohnengroßes Sequester im hinteren Teile des Calcaneus zu konstatieren. Mit scharfem Löffel wurden große Mengen dunklen Gewebes entfernt, ebenfalls das nekrotische Gewebe im Calcaneus, so daß eine nußgroße Höhle zurückblieb. Erst nach 3 Monaten vollständige Heilung. — 28jähr. Frau. Verletzung der r. Vola manus entsprechend dem Metacarpophalangealgelenk des Zeigefingers mittels Kopierstift, dessen Spitze abbrach. Anfangs keine Reaktion, später Schwellung mit Fistelbildung und Entleerung einer violetten Flüssigkeit. Operative Entfernung allen nekrotischen Gewebes. Heilung mit geringer Flexions-einschränkung des Zeigefingers.

Das Charakteristische bei der Verletzung mit Kopierstift, dessen Spitze zurückbleibt, ist folgendes: Keine nennenswerten Schmerzen. Anfangs reaktionslose Wunde, aber nach und nach Schwellung, Empfindlichkeit und Sekretion einer schleimigen, violetten Flüssigkeit, die wochen- und monatelang anhalten kann, wenn nicht radikale operative Hilfe geschaffen wird. Das im Kopierstift enthaltene Methylviolet oder eine andere Anilinfarbe wirkt toxisch nekrotisierend auf das Gewebe. Knochen, Sehnen, Gelenkkapsel können der Nekrose anheimfallen. Eine aseptische Einheilung der Spitze findet nie statt. — Die einzig richtige Behandlung dieser scheinbar unschuldigen Verletzung besteht in Excision des Gewebes mit der darin befindlichen abgebrochenen Spitze. *Koritzinsky (Kristiansund, Norwegen).*

**Johns, Carl O., A. J. Finks and Carl L. Alsberg:** Chronic intoxication by small quantities of cadmium chloride in the diet. (Chronische Nahrungsmittelvergiftung durch Cadmiumchlorid.) (*Protein invest. laborat., bureau of chem., U. St. dep. of agricult., Washington.*) Journ. of pharmacol. a. exp. therapeut. Bd. 21, Nr. 1, S. 59—64. 1923.

Das als Ersatz für Zinn im Lot der Konservenbüchsen empfohlene Cadmium zeigte, dem Futter von Ratten zugesetzt, deutliche Giftwirkungen: in größeren Dosen (1000, 500 und 250 Teile auf 1 Million) Tod, kein oder sehr geringes Wachstum; bei 125 Teilen auf 1 Million war das Wachstum ungestört, aber alle männlichen Tiere starben innerhalb etwa 50 Tagen, während die weiblichen viel länger lebten. Ob die Entwicklungshemmung nur auf der ihr parallelgehenden verringerten Nahrungsaufnahme beruht oder auf spezifischer Wirkung ist unentschieden. *P. Fraenckel.*

**Fabre et Lesure: Sur un cas d'intoxication survenu à la suite d'ingestion d'œufs à la neige.** (Über einen Fall von Vergiftung durch Genuß einer Eierschneespeise.) Journ. de pharmacie et de chim. Bd. 27, Nr. 5, S. 161—166. 1923.

Ein Ehepaar genießt eine Speise aus zu Schnee geschlagenen Eiern, deren eines grünlich verfärbt war, aber nicht schlecht roch. Der Ehemann erkrankt mit lange anhaltenden allgemeinen und Herzschwächezuständen, er erholt sich nur sehr langsam.

Der Speiserest wird mit Alkohol und Weinsäure ausgefällt, der Trockenrückstand mit 1proz. Schwefelsäure versetzt und mit Äther ausgezogen. Es bleibt eine geringe Menge kristallinen Rückstands, der, in geringer Menge einem 190 g schweren Meerschwein intraperitoneal einverleibt, dieses in 30 Stunden tötet. (Die Sektion des Tieres ergab nichts Wesentliches.) Alkaloide, Ptomaine, Quecksilbercyanür und Oxalsäure konnten nicht nachgewiesen werden. Aus frischen und aus verdorbenen Eiern hergestellte Niederschläge gleicher Art erwiesen sich für Meerschweine nicht giftig. *G. Martius* (Aibling).

**Martin-Sans, E., et de Verbizier: Un empoisonnement par le narcisse incomparable.** (Vergiftung durch Narcissus incomparabilis.) Bull. des sciences pharmacol. Bd. 30, Nr. 5, S. 265—266. 1923.

Die von den Verff. 1922 mitgeteilte tetanusartige Erkrankung „durch Wiesennarcissus“ war, wie sich bei der neuen Blüte herausstellte, nicht von diesem, sondern vom *N. incomparab.* hervorgerufen. Alle Narzissenarten scheinen giftig zu sein. *P. Fruenckel* (Berlin).

#### *Plötzlicher Tod aus innerer Ursache.*

**Wolkoff, Kapitoline: Über die histologische Struktur der Coronararterien des menschlichen Herzens.** (*Pathol.-anat. Abt., Inst. f. exp. Med., St. Petersburg.*) Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 241, S. 42—58. 1923.

Die infolge der Reichhaltigkeit der gebrachten Befunde zu kurzem Refcratc ungeeignete Arbeit zeigt die formale Genese der strukturellen Besonderheiten der Herzkranzgefäße im postembryonalen Leben auf. Besonders wichtig erscheint die Feststellung, daß sich an den Kranzgefäßen Altersveränderungen in Form einer Intimaverdickung schon vom 1. Lebensjahre an nachweisen lassen, wie überhaupt diese Veränderungen in den Coronargefäßen den analogen Zuständen anderer Gefäße zeitlich vorausseilen und sie auch quantitativ übertreffen. *v. Neureiter* (Riga).

**Materna, A.: Das Gewicht der Nebennieren.** (*Schles. Krankenh., Troppau.*) Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 2: Zeitschr. f. Konstitutionsl. Bd. 9, H. 1, S. 1—5. 1923.

Bei der Wägung beider Nebennieren von 25 Leichen eines gewaltsamen Todes verstorbener Individuen fand Verf. nur 8 mal ein Gewicht von 10 und über 10 g, dagegen 17 mal ein solches von knapp über 5—9,9 g, ein Befund, der mit der in der Literatur verzeichneten Angabe eines Durchschnittsgewichtes von über 10 g nicht übereinstimmt. Materna warnt daher vor einer vorschnellen Diagnose einer Nebennierenhypoplasie. *v. Neureiter* (Riga).

**Gonzáles-Alvarez, Martin: Der plötzliche Tod bei Kindern.** *Pediatrica españ.* Jg. 11, Nr. 117, S. 159—174. 1922. (Spanisch.)

Zunächst weist Verf. auf die hohe Sterblichkeit im Kindesalter hin. So sterben jährlich in Spanien 200 000 Kinder, wovon 125 000 unter einem Jahr. 40% erreichen nicht das 5. Lebensjahr. Alsdann bespricht Verf. die Gründe dieser hohen Sterblichkeit: Armut, schlechte hygienische Verhältnisse, uneheliche Geburt. Im Hauptteil der Abhandlung erörtert Verf. die Ursachen der plötzlichen Todesfälle. Er teilt sie in drei Gruppen: Todesfälle durch Verbrechen (Abort, Schädelbrüche, Erstickung, Erürgung, Ertränkung, Verbrennung), durch Nachlässigkeit (Verabreichung von Alkohol, sorgloses Umgehen mit Arzneien, wie Opium, Belladonna usw.), durch pathologische Verhältnisse (angeborene Schwäche, hereditäre Syphilis, Eklampsie, Spasmophilie, Thymustod, plötzlicher Tod nach Diphtherie, Scharlach, Keuchhusten). Aus seiner Praxis heraus gibt Verf. dem den Todesschein ausstellenden Arzt nützliche Ratschläge, um etwaige verbrecherische Todesarten feststellen oder ausschließen zu können.

*Ganter* (Wormditt).

**Hammerschlag, Josef: Über Herzrupturen.** Zentralbl. f. Herz- u. Gefäßkrankh. Jg. 15, Nr. 11, S. 157—160. 1923.

Ein 24-jähriger Arbeiter, der 3 Wochen lang mit den Erscheinungen einer Herzklappenentzündung erkrankt war, starb plötzlich, nachdem er 5 Minuten lang an schwerster Atemnot gelitten hatte. Die Leichenöffnung ergab eine geschwürige Entzündung an zweien der linken Taschenklappen und gegenüber den erkrankten Klappen an der Kammerscheidewand inmitten einer marktstückgroßen geschwürigen Stelle, an welcher der Muskel zerfallen war, eine haselnußgroße Ausbuchtung, die mit einer 3 mm weiten Lücke in den rechten Vorhof durchgebrochen war. Verf. nimmt an, daß der Durchbruch kurz vor dem Tode erfolgt und die Ursache des Lungenödems und der Erstickungsercheinungen war. *Meixner* (Wien).

**Trevisanello, Carlo: Rottura spontanea del cuore. Considerazioni cliniche su di un reperto anatomopatologico.** (Spontane Berstung des Herzens.) (*Sez. med. „Cronici“, osp. civ., Genova.*) Rif. med. Jg. 39, Nr. 10, S. 218—220. 1923.

Ein 60-jähr. Tabiker, der schon 6 Monate im Spital war und abgesehen von Unregelmäßigkeit des Pulses keine besonderen Erscheinungen seitens des Kreislaufes bot, wurde, während er im Tagraum mit einem anderen Pflégling an einem Tische saß, plötzlich von schwerstem Unwohlsein befallen. Er preßte die Hand auf die Herzgegend, klagte über heftige Schmerzen daselbst, sank zur Seite auf die Bank, auf der er saß, bekam Atemnot und wurde blau im Gesicht. Er wurde gleich in sein Bett gebracht. Der rasch erschienene diensthabende Arzt konnte nur mehr den Tod feststellen. Die Leichenöffnung ergab frische Herzfleischerweichung in der vorderen Wand der linken Kammer infolge von Thrombose eines Kranzschlagaderastes mit Berstung der Kammerwand und Blutung in den Herzbeutel, mächtiges Lungenödem, Stauung in den Baucheingeweiden und kleine alte Erweichungsherde in den großen Kernen des Gehirns.

Verf. wundert sich, daß die allmählich entstandene Verengung des Gefäßes an der später durch Thrombose verschlossenen Stelle keine deutlicheren Erscheinungen (Unregelmäßigkeit des Pulses!) verursacht hat. Er meint, daß man die Berstung des Herzens, wenn eine Gewalteinwirkung vorangegangen wäre, auf diese zurückgeführt hätte, während sie doch ohne jeden erkennbaren Anlaß erfolgt ist. *Meixner* (Wien).

**Lorenz, Hans: Tod als Folge von unvorsichtigem Spargelgenuß. Ein Beitrag zur Frage der Fremdkörper des Darmes.** Wien. klin. Wochenschr. Jg. 36, Nr. 10, S. 185 bis 186. 1923.

Eine 40-jährige Dame, die sich immer wohlgeföhlt hatte, erkrankte nach 3-tägiger Stuhlverhaltung plötzlich an schweren Erscheinungen einer allgemeinen Bauchfellentzündung. Bei der vom Verf. vorgenommenen Eröffnung der Bauchhöhle fand sich der ganze Dünnarm von weichen, stellenweise aber auch derbere Späne enthaltenden Fasermassen erfüllt. Die S-Schlinge zeigte eine hellerstückgroße Durchbruchlücke, aus der ein Büschel derber Fasern wie die Spitze eines Pinsels 2 cm weit hervorragte. Wenige Stunden nach dem Eingriff starb die Kranke. Sie hatte vor der Erkankung durch Wochen Tag für Tag größere Mengen von Spargel genossen, dessen grobe Fasern sich im Darm verfilzten und in der S-Schlinge ein Druckgeschwür erzeugten, welches dann durchbrach. *Meixner* (Wien).

#### **Kindesmord.**

**Jerie, Jan: Spontane Nabelschnurberstung bei der Geburt.** Časopis lékářův českých Jg. 62, Nr. 19, S. 507—509. 1923. (Tschechisch.)

Spontane Berstungen der Nabelschnur sind nicht bloß für den Geburtshelfer, sondern in hohem Maße auch für den Gerichtsarzt von Interesse.

Bei einer 24-jährigen Primipara kam es während der Geburt eines ausgetragenen Kindes zu einer Abreißung der Nabelschnur am Placentarende schräg zu ihrer Längsachse; die Gefäße waren ebenfalls in schräger Richtung durchgerissen und mit Amnion bedeckt. Unmittelbar nach Abgang der außerordentlich blassen Frucht, die erst auf Hautreize zu atmen begann, ergoß sich aus den Geschlechtsteilen über  $\frac{1}{2}$  l flüssigen Blutes. Die 32 cm lange Nabelschnur war zweimal um den Hals geschlungen und zeigte 8—9 Windungen. Die histologische Untersuchung der Nabelschnur ergab einen vollkommen normalen Befund an den Gefäßen. Die Muskulatur war stark entwickelt, ebenso auch die elastischen Fasern. Auch die Sulze zeigte normale Beschaffenheit.

Die Ursache der Zerreißung bildete neben der schmerzhaften Geburt — trotz starken Wehen und normalem Geburtskanal auffallend lange zweite Geburtsperiode — die relative Verkürzung der Nabelschnur. Im Verlaufe der Geburt war an der Gebärmutter, entsprechend der Placentarinsertionsstelle, eine querverlaufende Furche zu sehen, die die Gebärmutter in zwei Teile teilte und durch Zug der Nabelschnur an der

Placenta verursacht worden war. Bei einer heftigen Wehe kam es zum Durchreißen der Nabelschnur und zur Geburt der Frucht. Als Ursachen der spontanen Durchreißen werden unter Mitberücksichtigung der Fälle in der Literatur neben starker Wehen angeführt: 1. eine absolute oder relative Verkürzung der Nabelschnur ohne abnormen Befund in deren Bau; 2. Anomalien im anatomischen Bau der Nabelschnur und pathologische Veränderungen an derselben, durch welche die Resistenz der Nabelschnur verringert wird (geringe Entwicklung der Sulze, mangelhafte Entwicklung oder Fehlen der elastischen Fasern in den Gefäßwänden, Abnormitäten in der Anordnung der Muskulatur der Gefäßwandungen, entzündliche Prozesse in der Nabelschnur, Insertio velamentosa); 3. am häufigsten findet sich eine Kombination der in den Gruppen 1 und 2 genannten Ursachen.

*Marx* (Prag).

**McDowell, Hugh C.:** Post-mortem findings in the new born. (Sektionsbefunde bei Neugeborenen.) New York state journ. of med. Bd. 23, Nr. 4, S. 143—146. 1923.

Es wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, möglichst alle Totgeburten durch Autopsie aufzuklären, da es unmöglich sei, eine exakte Todesursache anzugeben, wenn nicht die genauen Geburtsverhältnisse sowie das Sektionsergebnis der Leiche des Neugeborenen und der Placenta vorliegen. Von 30 untersuchten Totgeburten zeigten 23 $\frac{1}{2}$ % Lungenhämorrhagien, 13 $\frac{2}{3}$ % Gehirnhämorrhagien und 35 $\frac{1}{2}$ % Nebennierenhämorrhagien. Die Todesursache war teils in Nabelschnurkompression, abnormer Kindslage mit verzögerter Austreibungsperiode und vorzeitiger Placentalösung, weniger häufig in Krankheiten der Mutter und angeborener Syphilis begründet.

*Reuter* (Hamburg).

**Vallois et Roume:** Lésions de la capsule surrénale dans un cas de mort subite chez un nouveau-né. (Verletzungen der Nebennierenkapsel in einem Fall plötzlichen Todes eines Neugeborenen.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 12, Nr. 1, S. 82—83. 1923.

Reifes Kind, plötzlicher Tod am 3. Tage, nachdem es seit dem Erwachen eine allgemeine Cyanose, kleinen Puls und Dyspnöe gezeigt hatte. Bei der Obduktion zeigte sich nur Spannung, Stauung und Suffusion in den Nebennierenkapseln, was auch mikroskopisch bestätigt wurde; die Verff. sind geneigt, eine Kapselblutung anzunehmen, eine Art Nebennierenapoplexie.

*Walther Hannes* (Breslau).

#### **Gerichtliche Geburtshilfe.**

**Caruso, Aurelio:** Contributo alla conoscenza dei setti congeniti della vagina. (Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Septa der Mutterscheide.) (Istit. ostetr.-ginecol. di perfez., Milano.) Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. 44, Nr. 12, S. 910—928. 1922.

Die Kasuistik betrifft nicht schwangere und gebärende Frauen, es wird auch die Therapie erörtert.

*Haberda* (Wien).

**Loriot:** De la longueur du cordon ombilical à terme. (Die Länge der Nabelschnur am Schwangerschaftsende.) Marseille-méd. Jg. 60, Nr. 8, S. 433—436. 1923.

In 1000 Fällen schwankte die Länge der Nabelschnur zwischen 23 cm und 95 cm, welche Länge sich je einmal fand, meist schwankte sie zwischen 50—60 cm. Im Durchschnitt betrug sie 50 cm.

*Haberda* (Wien).

**Oettingen, Kj. v.:** Beiträge zur Kenntnis der biologischen Blutveränderungen in der Schwangerschaft. (Inst. f. Krebsforsch. u. Univ.-Frauenklin., Heidelberg.) Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 85, H. 2, S. 340—364. 1922.

Experimentelle Untersuchungen von Schwangerenblut unter verschiedenen Versuchsbedingungen. Es konnte neuerlich gezeigt werden, daß beschleunigte Blutkörperchensenkung und erhöhte Fällbarkeit des Blutplasmas Hand gehen. Adsorbentien und Temperaturerniedrigung bewirken eine Verminderung der Plasmafällbarkeit und eine Verlangsamung der Senkungsgeschwindigkeit. Bei dem unterschiedlichen Verhalten des Plasmas Schwangerer, Normaler und Neugeborener sind sowohl der Fibrinogengehalt als auch die Labilitätsunterschiede der Eiweißkörper von Bedeutung.



Bei Zusatz von Schlangengift (*Daboia*) tritt stärkste Gerinnung im Schwangerenplasma auf, während sie beim Neugeborenen fast gänzlich ausbleibt. Bei Zusatz von Calciumchlorid in mittlerer Konzentration tritt die Gerinnung beim Neugeborenenplasma viel rascher auf als bei dem Schwangeren, wobei jedoch die Gerinnungsintensität nach einer gewissen Zeit bei Schwangeren weitaus größer ist. Das Plasma Normaler hält die Mitte. Es besteht ferner ein Miteinandergehen von Senkungsgeschwindigkeit und Agglutinationskraft gegenüber Bakterien. Das Neugeborenen Serum zeigte niemals agglutinatorische Fähigkeiten. Die Unterschiede in der hämolytischen Wirkung des Serums von Schwangeren, Normalen und Neugeborenen gehen ebenfalls parallel mit der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen. Bei geeigneter Versuchsanordnung läßt sich die größere kobragiftaktivierende Fähigkeit des Schwangerenserums gegenüber dem des Neugeborenen ziemlich deutlich zeigen. Die Erscheinung, daß Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, Plasmafällbarkeit, Plasmagerinnung, Agglutination der Bakterien, die hämolytische und kobragiftaktivierende Wirkung des Serums zweifellos einen weitgehenden Parallelismus zeigen, läßt an eine einheitliche Ursache denken, die in Veränderungen der physico-chemischen Struktur der Blutflüssigkeit gelegen sein dürfte.

Santner (Graz). °°

**Sfameni, P.: Genesi e valore diagnostico delle smagliature cutanee in gravidanza.** (Genese und diagnostischer Wert der Hautstriae während der Schwangerschaft.) (*Istit. ostetr.-ginecol., univ., Bologna.*) Riv. ital. di ginecol. Bd. 1, H. 4, S. 335—353. 1923.

Nach ausführlicher Überprüfung der Meinungen verschiedener Autoren über die Entwicklung und die Ursache der Striae meint Verf., daß die Bildung der Hautstriae fast nie von der Ausdehnung der Bauchwände infolge Größenzunahme des Bauchinhaltes abhängig ist. Schwerlich sind sie von der Fettablagerung im Unterhautgewebe hervorgerufen. Die Striae bilden sich infolge drei zusammenwirkender Momente: 1. Ausdehnung der Bauchwände infolge des vergrößerten Volumens des Bauchinhaltes; 2. Fettablagerung in dem subcutanen Zellgewebe; 3. Zusammenwirken beider Momente in kurzer Zeit. Eben darum entwickeln sich die Striae fast immer während der Schwangerschaft, da die genannten drei Momente fast immer in den letzten 3 Monaten der Schwangerschaft sich verwirklichen. Die Striae an den Brustdrüsen sind von der Fettablagerung und von der Hypertrophie der Milchdrüse abhängig. Die Striae der Bauchwand und der Brustdrüsen sind fast ausschließlich mit der Schwangerschaft verbunden, sie haben deshalb einen großen Wert für die Schwangerschaftsdiagnose; die Benennung Striae gravidarum ist gerechtfertigt; ihr gerichtlich-medizinischer Wert bleibt bestehen. Die Striae der Oberschenkel entwickeln sich nur durch die rasche Fettablagerung und kommen außerhalb der Schwangerschaft viel öfters als die anderen Striae vor. Ihr Wert für die Schwangerschaftsdiagnose ist gleich Null. Die Richtung, Anordnung und Beschaffenheit der Striae sind von der verschiedenen Spannung der Haut infolge besonderer anatomischer Bedingungen derselben abhängig.

Mestron (Triest). °

**Leskinen, Santeri: Frühdiagnose der Schwangerschaft.** Duodecim Jg. 39, Nr. 4, S. 123—128. 1923. (Finnisch.)

Nachprüfung der Angaben von Kamnitzer und Joseph, nach welchen schwangere Frauen nach einer intramuskulären Injektion von nur 0,002 g Phloridzin Glykourie bekommen sollten. Die Phloridzininjektion wurde bei 13 Schwangeren, bei 4 Aborten und bei 31 nichtschwangeren Frauen vorgenommen. Bei 12 von den Schwangeren (= 93%) war die Probe positiv, bei nichtschwangeren nur in 15% der Fälle.

Ylppö (Helsingfors).

**Rubiera, Celestino: Ein Fall von verlängerter Schwangerschaft.** Siglo méd. Bd. 70, Nr. 3599, S. 538—540. 1922. (Spanisch.)

Es handelte sich um eine 42 Jahre alte Frau. Die Menses hatten am 21. X. 1921 aufgehört, die Geburt war nach der üblichen Berechnung am 29. VII. 1922 zu erwarten. Am 23. VII. war das Fruchtwasser abgefließen, die Geburt erfolgte aber erst am 8. IX. Die Schwangerschaft hatte also etwa 321, statt 280 Tage gedauert. Den Grund für diese lange Dauer kann Verf.

nicht bestimmt angeben. Zweifellos hatte ein Hydramnion vorgelegen, der totgeborene Foetus (4200 g Gewicht) wies einen Hydrocephalus auf. Bei der Geburt hatten sich die lockeren Schädelknochen stark in die Länge gezogen, so daß hier keine Kunsthilfe nötig war, nur die Schultern mußten entwickelt werden. *Ganter* (Wormditt).

**Peham, H.:** Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung vom Standpunkt des Mediziners und des Juristen in Hinsicht auf die derzeit geltenden gesetzlichen Bestimmungen. I. Über die Schwierigkeiten der ärztlichen Indikationsstellung zum künstlichen Abortus. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 36, Nr. 20, S. 361—362. 1923.

**Haberda, A.:** Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung vom Standpunkt des Mediziners und des Juristen in Hinsicht auf die derzeit geltenden gesetzlichen Bestimmungen. II. Scheinindikationen. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 36, Nr. 20, S. 362 bis 364. 1923.

**Höpler, E.:** Die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung vom Standpunkt des Mediziners und des Juristen in Hinsicht auf die derzeit geltenden gesetzlichen Bestimmungen. III. Die strafrechtliche Beurteilung des eine Fruchtabtreibung vornehmenden Arztes. Wien. klin. Wochenschr. Jg. 36, Nr. 20, S. 364—367. 1923.

In der österreichischen Kriminalisten-Vereinigung zu Wien referierten Peham, Haberda und Höpler (Generalstaatsanwalt) über die Zulässigkeit des künstlichen Abortus nach den Bestimmungen des geltenden Gesetzes, wobei Peham als Geburtshelfer die medizinischen Indikationen besprach und besonders betonte, daß der Abortus relativ selten aus einer ärztlichen Anzeige zum Schutze der Gesundheit der Mutter geboten ist. Haberda gab aus seiner gerichtsärztlichen Praxis eine Schilderung des Mißbrauches, der mit angeblichen ärztlichen Indikationen in der Praxis getrieben wird, wobei oft Indikationen vorgegeben werden, um dem Wunsche der Schwangeren oder des Schwängerers auf Abtreibung der Frucht straflos nachzukommen. Höpler beleuchtete die strafrechtliche Stellung des Arztes, der eine Abtreibung vornimmt oder die Indikation zu einer solchen aufstellt. Straflos bleibt der Arzt in diesen Fällen nur dann, wenn er ärztliche Nothilfe leistet, die wirklich notwendig war oder vom Arzte in gutem Glauben für notwendig erachtet wurde. Dabei sind Operateur und Konsiliaricus vor dem Gesetze gleich verantwortlich. Die gegenwärtig so häufigen Fruchtabtreibungen entspringen nach Höpler nicht allein der wirtschaftlichen Not, sondern auch der Bequemlichkeit und Leichtlebigkeit des Volkes, wohl auch dem Umstande, daß viele Frauen im Erwerbsleben stehen. Zur Aufstellung einer sozialen Indikation ist der Arzt nicht berechtigt. Mediziner und Juristen müssen in dieser für das Wohl des Volkes wichtigen Fragen zusammenarbeiten. *Haberda* (Wien).

**Schinz, Hans R.:** Der Röntgenabort. Zugleich ein Beitrag zum spontanen Früchte-schwund, zur Eiüberwanderung und zur Frage der innersekretorischen Gewebelemente der Keimdrüsen. (*Chirurg. Univ.-Klin., Zürich.*) Strahlentherapie Bd. 15, H. 2, S. 146—181. 1923.

Schinz hat 12 trächtige Kaninchen vom Rücken aus bestrahlt und dadurch Rückgang der Trächtigkeit erzielt. Die wirksame Dosis vom Rücken her bewegt sich zwischen  $\pm \frac{1}{2}$  und 2 HED. unter Verwendung einer Filterung mit 0,5 mm Zink und 1 mm Al. Erfolgt die Bestrahlung der Tiere im 4. Viertel der Trächtigkeit, so führt sie zum Abort von toten oder nur wenige Stunden überlebenden Tieren. Bestrahlung im 3. Viertel führt zur Schwangerschaftsunterbrechung, zur allmählichen Rückbildung der Föten und Uterushörner. Da die Corpora lutea nicht geschädigt wurden, glaubt Sch. den Beweis dafür erbracht zu haben, daß der Abort durch die direkte schädigende Wirkung auf die Embryonen zustande kommt und nicht auf dem Umwege über die Ovarialschädigung. Aus der Zahl der Corpora lutea und der Fruchtkammern jeder Seite schließt Sch., daß beim Kaninchen, Meerschweinchen und bei der Katze eine Überwanderung der Eier erfolgt. Der Zeitraum hierfür beträgt 8 Tage. Der treibende Faktor bei der Überwanderung ist jedenfalls die Uterusperistaltik. Als Folge der Bestrahlung und des Rückganges der Trächtigkeit zeigt sich in den Ovarien starke Reduktion des generativen Anteils, Fehlen größerer Follikel, Ausbildung hämorrhagischer

Follikelcysten, kompensatorische Wucherung der interstitiellen Zellen. Nicht die Röntgenenergie, sondern der Untergang des generativen Anteils ruft die Vermehrung des interstitiellen Gewebes hervor. Deshalb lehnt Sch. eine Reizwirkung ab.

O. O. Fellner (Wien).

**Revelli, Giuseppe: Sulla bleuemetilene reazione nelle urine della donna durante e fuori lo stato di maternità.** (Die Methylenblaureaktion im Urin von Frauen während und außerhalb des Zustandes der Mutterschaft.) (*Istit. ostetr.-ginecol., univ., Torino.*) *Ann. di ostetr. e ginecol.* Jg. 44, Nr. 7, S. 542—550. 1922.

Zu 4—5 ccm Urins werden 4 Tropfen einer 1 promill. Lösung von Methylenblau in Wasser, die sorgfältig filtriert ist, tropfenweise unter Umschwenken hinzugesetzt. Bei positiver Reaktion geht die Farbe von Blau in Grün über. Diese in ihrer Bedeutung von vielen Autoren negierte Probe fällt bei verschiedenen Erkrankungen positiv aus, bei anderen bleibt sie aus. Die Untersuchungen ergaben, daß die Grünfärbung nur durch die physikalische Wirkung des gelben Farbtones des Urins und der blauen Farbe des Reagens entsteht, weshalb sie nur in intensiv gelben Urinen zu finden ist. Man kann daher aus dem Ergebnisse der Reaktion keinen Hinweis auf klinische oder biologische Zustände ableiten.

Haberda (Wien).

**Grosse, A.: De l'état syncopal et de l'état de choc chez les accouchées. (D'après onze observations personnelles.)** (Ohnmacht und Schock bei Wöchnerinnen. [Nach 11 eigenen Beobachtungen.]) *Rev. franç. de gynécol. et d'obstétr.* Jg. 18, Nr. 7, S. 209—250. 1923.

Der Schock während der Geburt wurde früher als rein nervöser Schock angesehen; erst in neuerer Zeit wurde auch die toxische Natur dieses Zustandes nachgewiesen. (Nicht mit einbezogen sind hier alle Kollapszustände, die auftreten nach einer Uterusruptur oder einer Nachgeburtsblutung. Die Ursachen sind zu sehen in: 1. In einer zu raschen Druckschwankung bei der Entleerung eines voluminösen Uterus. 2. In einem hemmenden Reflex während der Austreibungsperiode. 3. In einer Toxämie. 4. In einem Herzkollaps. Jeder Reiz am Cervicalkanal und in der Uterushöhle kann einen Reflex auslösen, der entweder durch die einzelnen Plexus oder direkt über den Plexus aorticus zum Gehirn weitergeleitet wird. Es wurde bei uterinen Eingriffen Erbrechen, Tachy- und Bradykardie, selbst Herzstillstand beobachtet. Durch Erregung der Vasodilatoren des Unterleibes kann es auch auf nervöser Grundlage zu einer Gehirnanämie kommen. Im allgemeinen ist der normale Uterus wenig sensibel. Gewisse Frauen sind jedoch zu einer Überreizbarkeit disponiert. Solche Reize werden auch ausgelöst, wenn bei einem Abort das gelöste Ei ausgestoßen werden soll und auf den noch nicht vollständig erweiterten Muttermund auftrifft; ähnlich ist der Vorgang auch in der Austreibungsperiode beim ausgetragenen Kinde. Im Gegensatz zum Verf. haben Wallich und Mantel gezeigt, daß prädisponiert für den Schock Mehrgebärende sind. Wallich glaubt, daß die Reize ausgelöst werden durch Cervixrisse während der Eröffnung und Austreibung. Mehrgebärende haben an der Cervix häufig alte Narben, die bei der Passage des Kopfes wieder einreißen. Der toxische Schock wird hervorgerufen durch Resorption von Gewebs- und bakteriellen Giften (Eiinfektion). Herzkollaps ist gewöhnlich die Folge eines schon bestehenden Herzfehlers. Eine gewisse Rolle spielt auch die Leber, die in der Schwangerschaft sehr häufig insuffizient ist. Verf. selbst glaubt diesem Umstande für den Schock keine ernstere Bedeutung zumessen zu können. Der Schock ist sowohl in, wie nach der Geburt beobachtet worden. Er trat oft noch mehrere Stunden nach vollständig vollendeter Geburt auf. Für diese Zustände besteht eine persönliche und familiäre Prädisposition. Lange dauernde Geburten überanstrengen das Nervensystem, begünstigen die Ausbreitung von Toxinen. Blutungen werden gewöhnlich nicht beobachtet; der Schock hängt auch nicht von der Stärke einer Blutung ab, sondern von der Wirkung derselben auf das Individuum. Die Prognose ist gut, jedoch muß bei schweren Anfällen mit Zwischenfällen gerechnet werden. Diagnostisch

ist vor allem eine innere Blutung auszuschließen. In Zweifelsfällen wird zur manuellen Austastung geraten, um sicher eine Uterusruptur oder Placentarretention auszuschließen. Im Schock sind Herzfehler schwer zu diagnostizieren, Leberschädigungen werden meistens erst bei der Autopsie aufgedeckt. Verf. beobachtete 11 Fälle, von denen 7 Erstgebärende waren. Von den Mehrgebärenden hatten fast alle schon eine größere Zahl von Geburten hinter sich. Sowohl Erstgebärende wie Mehrgebärende können prädisponiert für den Schock sein. Bei ersteren kommt langes Geburtstrauma und Verletzungen am Genitale, für letztere geringere Widerstandsfähigkeit und Alter in Betracht. 4 mal waren es anstrengende Geburten, 8 mal Zangen- geburten infolge von Wehenschwäche. 9 Kinder waren über 3,5 kg. Bei 4 trat der Schock zwischen Geburt des Kindes und der Geburt der Nachgeburt auf, bei 4 kurz nach Ausstoßen der Nachgeburt, bei 3 einige Stunden später. Nennenswerte Blutung trat bei keiner auf. Ein Fall kam ad exitum. *Leisl* (München).

**Fruhholz et Hamant: Rupture insidieuse spontanée du segment inférieur.** (Unerwartete Spontanzerreißen der unteren Uterussegmente.) Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris Jg. 11, Nr. 10, S. 750—754. 1922.

Es werden 2 Fälle von Spontanzerreißen des unteren Gebärmutterabschnittes in der Geburt beschrieben, in welchen die Zerreißen zunächst fast ohne Erscheinungen und besonders ohne solche seitens des Allgemeinbefindens blieb. *Haberda* (Wien).

**Velican, C.: Komplette spontane Uterus-Ruptur während der Geburt.** Rev. de obstetr., ginecol. si puericult. Jg. 3, Nr. 1, S. 17—20. 1923. (Rumänisch.)

Fall 1: 32jährige VIII para; die ersten 5 Geburten waren normal, die 6. war eine Zwillingsg- geburt, die 7. eine verschleppte Querlage (Embryotomie). Jetzt seit 2 Tagen Wehen; große Schmerzen; vor 10 Stunden Blasensprung; etwas später plötzliches Aufhören der Schmerzen, kurze Zeit Besserung, dann Blutung aus der Scheide und große allgemeine Schwäche; Kinds- bewegungen haben aufgehört. Die Untersuchung ergibt: Leib aufgetrieben, Kindsteile dicht unter den Bauchdecken zu fühlen; Uterus leer, an seiner rechten Seite ist ein longitudinaler Riß zu fühlen. Durch Laparatomie wird der Foetus herausgeholt, die Rupturstelle des Uterus vernäht, der Uterus nach der Scheide drainiert. Gewicht des Kindes 3800 g. Heilung nach 20 Tagen. — Fall 2: 30jährige VI para; 4 Aborte; 2 Frühgeburten, 3 normale Geburten, kein Kind lebt. Vor 3 Jahren serpiginöses Syphilid (Zeit der Infektion unbekannt); Hg- Behandlung; während der letzten Schwangerschaft 2 Neosalvarsankuren. Beginn der Wehen vor 3 Tagen; seit 28 Stunden Aufhören derselben. Blutung aus der Scheide, allgemeine Schwäche, Erbrechen. Befund: aufgetriebener Leib, Kindsteile liegen dicht unter den Bauch- decken. Vaginal ist ein querer Riß im Uterus in der Höhe des Isthmus zu fühlen. La paratomie. Herausholen des Kindes (Gewicht 4200 g); Naht der Rupturstelle. Nach Eröffnung eines Douglasabscesses durch Kolpotomie Heilung nach 30 Tagen. — Auf 3403 Geburten kommt nach Jolly eine Spontanruptur. In den beiden Fällen des Verf. wird als Hauptursache der Ruptur angesehen: 1. die Schwäche der Uteruswand infolge der vielen Geburten und 2. die Größe der Kinder. Wenn irgend möglich, soll die Hysterektomie ausgeführt werden; in diesen beiden Fällen erlaubte es der schwere Zustand der Kranken nicht. *K. Wohlgenuth* (Berlin).

**Joseph, S.: Über Uterusperforationen.** (Städt. Krankenh. Moabit, Berlin.) Med. Klinik Jg. 19, Nr. 28, S. 973—974. 1923.

In der Nachkriegszeit haben sich die Fälle von Uterusperforation — wie die Fälle von kriminellm Abort überhaupt — auffallend gehäuft. Mangelhafte praktische Ausbildung der Ärzte trägt wohl mit Schuld daran. Verf. hat in den letzten 3 Jahren unter 1500 Aborten 10 Uterusperforationen erlebt.

Alle 10 waren durch Instrumente erfolgt, und zwar 5 mal durch eine Curette, je 1 mal durch einen Hegar, eine Sonde, eine Abortzange, 2 mal durch unbekannte Instrumente. 8 dieser Eingriffe waren durch Ärzte vorgenommen. 2 besonders schwere Fälle waren folgende: Fall 1: 42jährige Frau; bei der Curettage plötzlich heftigste Blutung; der Arzt legt einen Momburg an und brachte die Patientin ins Krankenhaus. Dicht hinter dem äußeren Mutter- mund war ein 4 cm langer Riß in der Cervix. Die Laparotomie zeigte nach Exstirpation des Uterus und der rechten Adnexe, daß die A. und V. uterina und die Vena hypogastrica zer- rissen waren. Der Arzt hatte also die Cervixwand durchstoßen und das Parametrium curettiert. — Fall 2: Die von einem Arzt vorgenommene Unterbrechung einer Cravidität im 5. Monat (ohne Narkose!) wurde plötzlich unterbrochen und der Patientin geraten, ins Krankenhaus zu gehen, „da noch etwas zurückgeblieben sei und in der Sprechstunde nicht entfernt werden könne“. Befund: Peritonitis diffusa; im Douglas ein Tumor zu fühlen (vermutlich der Föt

in der freien Bauchhöhle). An der hinteren Cervixwand eine große Perforation in die Bauchhöhle. Vaginale Uterusexstirpation, Herausholen des 20 cm langen Fötus aus der Bauchhöhle; da in der Vagina zerrissener Darm sichtbar wird, Laparotomie; es zeigt sich, daß das Sigmoid fast völlig durchtrennt und die Vorderwand bis zum Rectum abgerissen ist; ferner war die Vorderwand des Colon descendens von der Flexura lienalis bis zum Sigmoid abgerissen und hing frei in der Bauchhöhle. — Die Perforationen des nichtgraviden Uterus sind weit weniger gefährlich als die des graviden; bei letzterem ist die Gefahr der Peritonitis viel größer. Von den 10 Beobachtungen des Verf. kamen 6 mit ausgebildeter Peritonitis ins Krankenhaus; nur eine von diesen kam zur Heilung (reine Staphylokokkenperitonitis). — Die 4 nichtinfizierten Perforationen wurden durch Totalexstirpation alle gerettet; Verf. ist entschiedener Gegner konservativer Operationen (Naht der Perforation usw.). Je früher die Operation, desto besser die Prognose.  
K. Wohlgemuth (Berlin).

**Gardlund, W.:** Beitrag zur Entstehung und zu den Komplikationen der Uterusperforation. Svenska läkartidningen Jg. 20, Nr. 17, S. 385—395. 1923. (Schwedisch.)

Mitteilung von 2 Fällen, in denen bei Dilatation der Cervix uteri mit Hegarschen Dilatatoren eine Ruptur eintrat, die sofort bemerkt und durch konservative Behandlung (aseptische Tamponage) geheilt wurden. Die Leichtigkeit, mit der eine solche Ruptur zustande kommen kann, zwingt zu besonderer Aufmerksamkeit bereits bei Anwendung der Dilatatornummern 10—12. An die Ruptur kann sich eine Blutung in eine Höhle des Parametriums anschließen; Zerreißen von Nachbarorganen, wie z. B. der Blase, sind im allgemeinen selten, auch Verletzung größerer Gefäße. Die zur Vermeidung jeglicher Ruptur empfohlene zweizeitige Vornahme des Eingriffs eignet sich nicht für alle Fälle, namentlich nicht für infizierte. Die wichtigsten Zeichen der eingetretenen Ruptur sind eine plötzliche Verminderung oder ein Aufhören des normalen Widerstands; übersieht man diesen und führt eine Kürette ein, so gleitet diese über die obere Kante der Zerreißungsstelle wie über eine Uebenheit und hat die Neigung, nach der Seite zu stark abzuweichen oder zu tief einzudringen. Setzt man die Auskratzung fort, was auch nach Feststellung der Ruptur evtl. durch Digitaluntersuchung ruhig geschehen kann, so hat man als drittes Zeichen das Fehlen des schabenden Geräusches an der zerrissenen Stelle. Ist eine Ruptur sicher festgestellt, so wird sich die Beendigung des Eingriffs unter Vermeidung der lädierten Stelle und eine sorgfältige Schlußtamponade empfehlen; liegt eine stärkere Blutung vor, so kann man nach Stöckel die Wand der Cervix bis zu der blutenden Stelle aufschneiden und eine sorgfältige Blutstillung machen.  
H. Scholz (Königsberg).

#### *Streitige geschlechtliche Verhältnisse.*

● **Ellis, Havelock:** Geschlecht und Gesellschaft. Grundzüge der Soziologie des Geschlechtslebens. Autoris. dtsh. Ausg. v. Hans Kurella. II. Tl. 2. unveränd. Aufl. (Sexual-psychol. Studien v. Havelock Ellis. Bd. 6.) Leipzig: Curt Kabitzsch 1923. XIV, 429 S. G. Z. 5.

Die unveränderte Ausgabe bringt ausführliche Darlegungen über Ursprung, Entwicklung und Ursachen der Prostitution, über die Haltung der Gesellschaft gegenüber der Prostitution, über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, über Ehe und Ehescheidung, die Ars amandi und die Eugenik.  
Haberdas (Wien).

**Dehnow, Fritz:** Ehelicher Geschlechtsverkehr und Gesetzgebung. Zeitschr. f. Sexualwiss. Bd. 10, H. 1, S. 21—23. 1923.

Die Ehegatten sind nach dem geltenden deutschen Recht zur ehelichen Lebensgemeinschaft, also auch zum Beischlaf einander verpflichtet, doch darf der Ehegatte das Verlangen nach Beischlaf nicht mißbrauchen, so wie er, wenn Willensverschiedenheiten zwischen den Ehegatten auftreten, das ihm zustehende Entscheidungsrecht nicht mißbrauchen darf. Mißbraucht er es, so ist die Gattin nicht verpflichtet, Folge zu leisten. Vollstreckungs- und Zwangsmaßnahmen gibt es nicht, daher bleiben die Urteile auf Herstellung der ehelichen Gemeinschaft auf dem Papier stehen. Die abweichende Auffassung von Bovensiepen trifft nicht zu. Es ist nur noch eine Frage kurzer Zeit, daß die Rechtswissenschaft ihre Unzuständigkeit, den ehelichen Geschlechtsverkehr zu regeln, erkennen wird.  
Haberdas (Wien).

**Baludima, G.: Scheidenriß durch Coitus.** Rev. de obstetr., gynecol. si puericult. Jg. 3, Nr. 2, S. 39—40. 1923. (Rumänisch.)

Scheidenrisse werden bisweilen bei Virgines durch den ersten Coitus beobachtet; bei Frauen sind sie äußerst selten.

22jährige Frau; erster Coitus mit 16 Jahren; mit 20 Jahren verheiratet. Vor 7 Monaten normale Geburt. Im Anschluß an einen extramatrimonialen Coitus plötzlich heftige Blutung aus der Vagina. Es zeigte sich ein schräger, 10 cm langer Riß in der Scheide; Tamponade; Heilung.  
K. Wohlgemuth (Berlin).

**Lattes, Leone: La dimostrazione biologica della paternità.** (Der biologische Nachweis der Vaterschaft.) (Istit. di med. leg., univ., Modena.) Boll. d. clin. Jg. 40, Nr. 5, S. 129—139. 1923.

Verf. legt dar, wieweit, unter welchen Bedingungen und Einschränkungen es möglich ist, die Vererbung gewisser körperlicher Eigenschaften für die Erkennung der Vaterschaft heranzuziehen. Es handelt sich dabei hauptsächlich um solche Eigentümlichkeiten, die dominant sich vererben. Hingewiesen wird auf die Vererbung des vorspringenden Kinns bei den Habsburgern, auf das Bourbonengesicht, die Vererbung der Hämophilie und der Farbenblindheit, die Erblichkeit besonderer Eigentümlichkeiten der Fingerpapillarlinien, bestimmter Schädelformen, des Pigmentmangels der Haut, der Haar- und Irisfarbe und der agglutinablen Eigenschaften der roten Blutkörperchen gegen bestimmte Sera, deren Verwendung für die forensische Praxis Ottenberg vorgeschlagen hat. Mit Sicherheit auf Grund der Vererbung körperlicher Eigenschaften, ihres Vorhandenseins oder Fehlens bei Kind und Vater eine Vaterschaft nachzuweisen oder auszuschließen, wird nur in seltenen Fällen möglich sein.

G. Strassmann.

**Benon, R.: Paralyse générale et reconnaissance de paternité.** (Paralyse und Anerkennung der Vaterschaft.) Ann. de méd. lég. Jg. 3, Nr. 4, S. 180—185. 1923.

Ein Mann von 45 Jahren hatte im Jahre 1919 sexuelle Beziehungen zu einem Fräulein, welches am 9. VI. 1920 mit einem Kinde niederkam. Die Vaterschaft zu diesem Kinde wurde von dem Manne, der seit Ende Dezember 1919 wegen progressiver Paralyse in Anstaltspflege war, in einem Briefe vom 6. VII. 1920 anerkannt, wobei der Kranke in durchaus geordneter Weise seine Freude über die Vaterschaft ausspricht und die Übernahme der Versorgung von Mutter und Kind verspricht. Es handelte sich nachher darum, ob dieser schriftliche Akt der Anerkennung der Vaterschaft rechtsgültig sei. Diese Frage konnte nach Inhalt des Briefes nicht verneint werden, zumal der Kranke im April 1920 eine vorübergehende Besserung der geistigen Störung aufwies, welche erst im September 1920 einer Verschlimmerung wich. Im Juli 1922 verstarb er.

Haberda (Wien).

**Vidoni, Giuseppe: Per lo studio della prostituzione maschile.** (Zum Studium der männlichen Prostitution.) (Laborat. di antropol. crim., Genova.) Manicomio Jg. 35, Nr. 3, S. 225—246. 1922.

Der Verf. berichtet seine Beobachtungen über eine Gruppe Homosexueller, die sich der Prostitution ergeben haben und beweist die Wichtigkeit der morphologischen Schule, welche von De Giovanni gegründet und von Viola weitergeführt wird, für das Studium homosexueller Individuen.

Kobylynsky (Genua).

**Löser, Alfred, und Wilhelm Israël: Zur Pathologie und Diagnose des Pseudohermaphroditismus femininus externus als innerer Sekretionsstörung.** Zeitschr. f. urol. Chirurg. Bd. 13, H. 1/2, S. 75—82. 1923.

Eine Maskulierung weiblicher Individuen kann durch übermäßige Tätigkeit der Nebennierenrinde veranlaßt sein. Die Nebennierenveränderungen der Pseudohermaphrodite bestehen in Hyperplasie der Nebennierenrinde oder in einer Geschwulstbildung von deren Bau. Bisher sind die Diagnosen nur am Leichentisch gestellt worden. Hier werden 2 typische Fälle von äußeren weiblichen Scheinzwitterbildungen an einem Schwesterpaar mit penisartiger Klitoris mitgeteilt, an welchen die Nebennierenhyperplasie an den Lebenden festgestellt wurde, und zwar durch die Rosensteinsche Pneumoradiographie des Nierenlagers.

Haberda (Wien).

**Boldrini, M., und R. Olegna: A proposito di catechismo turco e omosessualità.** (Der türkische Katechismus und Homosexualität.) *Rass. di studi sess.* Jg. 3, Nr. 2, S. 115—118. 1923.

Olegna hat auf Grund einer ihm vorgelegten Übersetzung des türkischen Katechismus (s. diese Zeitschr. 2, 723) behauptet, daß der Koran die Päderastie für gewisse Lebenslagen nicht allein duldet, sondern gar gutheißt und den Mohammedanern empfiehlt. (Ref. hat schon gelegentlich seiner ersten Besprechung Zweifel geäußert, ob nicht O. einer apokryphen Mystifikation zum Opfer gefallen ist.) Boldrini, Professor der Universität Messina, unterzieht die Behauptungen O.s einer vernichtenden Kritik, auf die O. nicht minder scharf antwortet.

*Arnold Sack* (Heidelberg).

**Marcuse, Max: Ärztliches Gutachten betr. die Sittlichkeitsdelikte eines Studienrates (§ 174, 1 St.-G.-B.).** *Zeitschr. f. Sexualwiss.* Bd. 10, H. 2, S. 47—52. 1923.

Auf drei verschiedenen Wanderfahrten hat der Studienrat N. N. an 7 seiner Schüler im Alter von 12—15 Jahren Berührungen des Penis vorgenommen und an sich vornehmen lassen. Er ist ein Mann von 38 Jahren, verheiratet, mußte in der Deliktszeit vom ehelichen Verkehr wegen Entbindung seiner Frau abstinieren, ist Invertierter aus angeborener Anlage, von kleiner Figur mit großem Kopf und teils femininen, teils ausgeprägt männlichen Formen, treibt gewohnheitsmäßig Onanie. Die Delikte sind nach Marcuse als Äußerungen psychosexuellen Infantilismus aufzufassen, sind nicht mit Vorbedacht, sondern während des gemeinsamen Nachtlagers im Zustande erhöhter sexueller Erregbarkeit geschehen, wobei dem Täter geglaubt werden kann, daß er das Gefühl für das Verbotene seines Verhaltens in der jeweiligen Situation verloren hatte. In der verführerischen Situation, als er neben den Jungen lag, kann dem wenig willensstarken Mann eine Herabsetzung der freien Willensbestimmung, wenn auch nicht ein Ausschluß derselben zugebilligt werden, es ist verminderte Zurechnungsfähigkeit anzuerkennen.

*Haberda* (Wien).

#### *Kunstfehler. Ärzterecht.*

**Weidinger, Emil: Tödliche Lungenblutungen im Anschluß an Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne.** (*Wilhelminenspit., Wien.*) *Wien. med. Wochenschr.* Jg. 72, Nr. 43, S. 1745—1750. 1922.

Durch die Autopsie wurde erwiesen, daß die vorgefundenen jungen Efflorescenzen durch die sich wiederholenden Bestrahlungen in heftigste Herdreaktion versetzt worden waren, die weiters Anlaß zur Auslösung der profusen, nachweisbar parenchymatösen Blutung gegeben hatte. Schon früher hat Sorgo auf die Auslösung intensiver Herdreaktionen im Anschluß an natürliche und künstliche Belichtung hingewiesen. Die Herd- und Allgemeinreaktion ist immer verknüpft mit einer Hautreaktion. Durch das Hauterythem entstehen toxische, abnormale Eiweißabbauprodukte, welche reaktionsfähige tuberkulöse Herde in Entzündung zu versetzen vermögen. Es sind also bei der Lichtbehandlung die Fälle nach denselben Grundsätzen auszuwählen wie bei der Tuberkulinbehandlung. Ältere Prozesse zeigen wenig Neigung, in akut-entzündliche Reaktion zu geraten und vertragen daher alle Behandlungsmethoden, die zu Herdreaktionen Anlaß geben können, im allgemeinen gut. Bei jüngeren, reaktionsfähigen Efflorescenzen, insbesondere bei solchen Herden, die sich ohnedies schon im Zustande einer entzündlichen Reizung befinden (also bei allen exsudativen Formen) und die sich durch Fieber und andere Allgemeinerscheinungen konsumptiver Natur kenntlich machen, ist ein aktives Heilverfahren (Tuberkulin, Bestrahlung) am besten zu unterlassen. Bei den für Tuberkulin- und Lichtbehandlung geeigneten chronischen, afebrilen Prozessen mit deutlicher bindegewebiger Tendenz ist die Herdreaktion das therapeutische Agens. Der Grundsatz bei der Bestrahlungstechnik muß sein: „Ohne Herdreaktion kein therapeutischer Erfolg — ohne Hautreaktion keine Herdreaktion.“

*A. Baer* (Sanatorium Wienerwald).

**König, E.: Zum Kapitel der Röntgenshädigungen nach Halsbestrahlungen.** (*Städt. Krankenb., Harburg-Elbe.*) *Münch. med. Wochenschr.* Jg. 70, Nr. 18, S. 558—559. 1923.

Bei einem 56jährigen Mann war nach chirurgischer und medikamentöser (Jodkali-) Behandlung wegen Aktinomykose des Halses an verschiedenen Instituten eine Bestrahlung mit Röntgenstrahlen vorgenommen worden. Nach 1½ Jahren Larynxstenose durch nichtaktinomykotische Infiltration. Asphyxie durch Ödem der hinteren Pharynxwand und der Glottis. Tracheotomie. Anfangs Halsschwellung mit blauroter Hautverfärbung, dann stärkste Ulcera-

tion mit Bloßlegung des Larynx nach tiefster Gangrän. Erst allmählich Ausheilung und Vernarbung. Diese schwere Schädigung des Larynx und der perilaryngealen Weichteile nach abgelaufener Aktinomykose ist nur auf die Bestrahlungsserien zurückzuführen. Verf. warnt daher, bei gutartigen Erkrankungen der Halsorgane (tuberkulöse Symptome, Basedow und andere Kröpfe) schon in Anbetracht der erhöhten Radiosensibilität des Knorpelgewebes Bestrahlungen vorzunehmen. Auch seien die Indikationen zur Operation im bestrahlten Gebiet enger zu ziehen.

Nussbaum (Leipzig).<sup>o</sup>

**Haas, Ludwig: Über eine Röntgenschädigung.** (*Röntgeninst.*, „Apponyi“-Poliklin., Budapest.) Wien. klin. Wochenschr. Jg. 36, Nr. 7, S. 128—129. 1923.

Jüngling sah nach Tiefenbestrahlung chronisch induriertes, nicht schmerzhaftes Hautödem, Mühlmann schmerzhaft, entzündliche Veränderungen des Zellgewebes der Unterhaut. Verf. beobachtete nach mehreren Bestrahlungen mit 1—3 mm Aluminiumfilter zuerst Knochenschmerzen, dann Schwellungen an der bestrahlten Stelle in den tiefsten Weichteilen, die Haut selbst etwas pigmentiert, trocken, sonst nicht pathologisch verändert. Bei Aussetzen der Behandlung Verschwinden der Schmerzen, manchmal allerdings lange nicht. Eingehende Mitteilung von 4 Fällen. Bei Vulvabestrahlungen Schwellung und Parästhesien der Weichteile. Bei 1000 Bestrahlungen 8 Fälle von Schädigung. Zusammenfassung: Bei fortgesetzter Bestrahlung können Knochenschmerzen, Parästhesien, oder diffuse Schwellung auftreten. Nach etwa 5 Bestrahlungen soll nur bei strengster Indikation fortgesetzt werden. Bei Auftreten von Vorboten längere Unterbrechung, ausgenommen strenge Indikation (Carcinom). Längere Pausen einschalten.

Zipper (Graz).<sup>o</sup>

**Flaskamp: Röntgenschädigungen an Bestrahler und Bestrahlten und ihre zivil- und strafrechtlichen Folgen.** (*Hundertjahrfeier d. Ges. Dtsch. Naturforsch. u. Ärzte, Abt. 19b, Leipzig, Sitzg. v. 20.—24. IX. 1922.*) Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 30, Kongreßh. 3, S. 78—79 u. 88—94. 1923.

**Flaskamp, Wilhelm: Röntgenschädigungen, ihre zivil- und strafrechtlichen Folgen.** (*Univ.-Frauenklin., Erlangen.*) Klin. Wochenschr. Jg. 1, Nr. 38, S. 1954 bis 1956. 1922.

Bei den Röntgenschädigungen sind zu unterscheiden Schädigungen beim Bestrahler und Schädigungen beim Bestrahlten. Die Bestrahler, Ärzte und technisches Personal, sind überwiegend Angestellte; zwischen ihnen und dem Ansteller (Krankenhausverwaltung) besteht ein Dienstvertrag im Sinne des § 611 BGB. Nach § 618 BGB. hat der Dienstberechtigte (Ansteller) Räume, Gerätschaften so einzurichten und Dienstleistungen so zu regeln, daß der Angestellte gegen Gefahr für Leben und Gesundheit so weit geschützt ist, als die Natur der Dienstleistung es gestattet. Erfüllt der Dienstberechtigte die ihm obliegenden Verpflichtungen nicht, so finden auf seine Verpflichtung zum Schadenersatz die für unerlaubte Handlungen geltenden Vorschriften entsprechende Anwendung. Danach regeln sich die zivilrechtlichen Schadenersatzansprüche der Angestellten bei Röntgenschädigungen. Besondere Schwierigkeit macht die Auslegung der einschränkenden Bestimmung „soweit als die Natur der Dienstleistung es gestattet“. Neben der zivilrechtlichen Haftung können die §§ 222 und 230 Str.GB. über fahrlässige Körperverletzung und Tötung Anwendung finden. Die Haftung des Arztes gegenüber Röntgenschädigungen seiner Patienten beruht auf dem Vertragsverhältnis zwischen beiden nach § 276 BGB., wonach der Schuldner (Arzt) Vorsatz und Fahrlässigkeit zu vertreten hat. Festzustellen ist bei einer Schädigung, ob der Arzt die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht gelassen hat. Ist der Röntgenapparat im Besitz einer Klinik, so haftet diese zivilrechtlich für ihre Erfüllungsgehilfen (Angestellten) so, als ob eigenes Verschulden vorliegt. Im Gegensatz dazu kann strafrechtlich nicht die Klinik, sondern nur der Bestrahler selbst zur Rechenschaft gezogen werden. Zur Vermeidung von Röntgenprozessen sollten für die Bestrahlung möglichst umschriebene Betriebsvorschriften und Richtlinien aufgestellt werden. Fragen wie nach „Natur der Dienstleistung“ und „Sorgfalt im Verkehr“ sind ohne Hilfe von Sachverständigen nicht zu beantworten.

G. Strassmann.



**Leppmann, Friedrich: Die Gefängnisarzt-Frage.** Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 49, Nr. 20, S. 651—652. 1923.

Besprochen werden die vollbesoldeten Gefängnisarztstellen. Gegen das Verbot jeder ärztlichen Nebentätigkeit für diese Gefängnisärzte wird energisch protestiert und die Gründe dafür angeführt. Verf. ist der Ansicht, daß die gleichmäßigste und beste Versorgung der großen Gefangenenanstalten nicht durch einen voll besoldeten Gefängnisarzt, sondern durch je 2 oder mehr halb besoldete gewährleistet werde, die dann einander ergänzend vertreten können. In einer nachträglichen Fußnote wird noch mitgeteilt, daß für diese voll besoldeten Gefängnisarztstellen das Kreisarzt-examen jetzt verlangt wird und daß die Ausübung der ärztlichen Privatpraxis diesen mit Gruppe 10 angestellten Ärzten in derselben Weise wie einem voll besoldeten Kreisarzt untersagt werden soll. Mit Recht macht Verf. darauf aufmerksam, daß schon die gerichtsarztliche Tätigkeit, die aus der gefängnisärztlichen ohne weiteres hervorgeht, gegen das Verbot sämtlicher anderer ärztlicher Tätigkeit spreche, und weiterhin wird die Eingruppierung in höhere Gehaltsstufen gefordert. *Nippe* (Königsberg Pr.).

**Hermans, E. H.: Das Berufsgeheimnis und die Geschlechtskrankheiten.** Geneesk. tijdschr. v. Nederlandsch Ind. Bd. 63, H. 1, S. 135—152. 1923. (Holländisch.)

In früheren Zeiten wurde in verschiedenen Staaten vom Arzte die Ablegung eines Berufseides verlangt. Diese Vorschrift ist jetzt abgeschafft, aber auch ohne sie ist der Arzt gehalten, das Berufsgeheimnis zu wahren. Hat es der Arzt mit einer Erkrankung von Minderjährigen zu tun, so gilt auch hier die Schweigepflicht gegenüber den Eltern, es sei denn, daß der Patient ihn davon entbindet. Nur dann, wenn der Patient noch sehr jung ist und ihm die nötige Einsicht fehlt, darf der Arzt eine Ausnahme machen. Kommt ein Heiratskandidat, dessen Lues noch nicht weit zurückliegt, so wird der Arzt zunächst sein Verantwortungsgefühl zu wecken suchen und ihn darauf aufmerksam machen, daß bewußte Ansteckung strafbar ist. Ist seine Bemühung umsonst, so muß der Arzt schweigen. Mit der Erklärung von Heilung der Krankheit sei man vorsichtig, um sich nicht späteren Unannehmlichkeiten auszusetzen. Unvorsichtige Äußerungen bei Erkrankungen von Eheleuten haben dem Arzte schon öfters Schaden gebracht. Bei Erkrankungen des Dienstpersonals gilt gegenüber der Herrschaft gleichfalls das Schweigegebot. Um etwaige Gefahren, z. B. für die Kinder bei Erkrankung des Dienstmädchens, zu verhüten, ist zur Aufgabe des Dienstes oder zur Aufnahme ins Krankenhaus zu raten. Schwierigkeiten bietet die Geheimhaltung der Geschlechtskrankheiten beim Militär. So wurde der Arzt verklagt, bald weil er auf Befehl eine Liste der erkrankten Offiziere einzureichen sich geweigert hatte, bald von den Betroffenen, weil er sie eingereicht hatte. In beiden Fällen war übrigens Freisprechung erfolgt. Das Berufsgeheimnis hinsichtlich der Patienten gilt auch den Kollegen gegenüber, und auch bei wissenschaftlichen Veröffentlichungen ist Vorsicht geboten. Das Berufsgeheimnis hat auch vor dem Richter Geltung, macht der Arzt keinen Gebrauch davon, so kann er wegen Bruch des Geheimnisses nicht bestraft werden, da er gesetzlich gedeckt ist. In Sachen der Lebensversicherung soll der Arzt auf Anfragen über eine früher überstandene Geschlechtskrankheit nur mit Zustimmung des Untersuchten Auskunft geben. Zum Schlusse bespricht Verf. die Vor- und Nachteile der gesetzlichen Anzeigepflicht der Geschlechtskrankheiten, ohne zu einer bestimmten Stellungnahme zu kommen. *Ganter.*

**Raynier, Julien, et Henri Beaudouin: La responsabilité du médecin d'asile (principes généraux).** (Die Verantwortlichkeit des Irrenarztes.) Ann. méd.-psychol. Bd. 1, Nr. 3, S. 207—216. 1923.

An der Hand der französischen Gesetzesbestimmungen werden der Reihe nach kurz die bürgerliche Verantwortlichkeit im allgemeinen, die Verantwortlichkeit des Arztes und schließlich die des Irrenarztes im besonderen besprochen. Letztere ist dadurch gekennzeichnet, daß der Irrenarzt als eine im Staatsdienst befindliche Persönlichkeit besondere Verpflichtungen übernimmt. Im allgemeinen wird das Gesetz so gehandhabt, daß in Schadenersatzklagen persönliche Verantwortlichkeit für den Irrenarzt als Beamten dann eintritt, wenn er sich einer schweren Fahrlässigkeit schuldig gemacht hat, etwa des totalen Mangels der Überwachung

eines als gemeingefährlich bekannten Wachekranken; zuständig für diese Sachen sind die allgemeinen Gerichte (Zivilkammern). Die Verwaltung dagegen (das Departement für die Departementsanstalten) ist verantwortlich, wenn das Verschulden des Beamten nicht die normalen Irrtumsmöglichkeiten, die die Ausübung eines Berufs mit sich bringt, übersteigt. Derartige Streitverfahren gehören vor das Verwaltungsgericht. Der genauere Inhalt der einschlägigen Gesetzesparagrafen ist im Original nachzusehen. *F. Stern* (Göttingen).

**Ribadeau-Dumas, H.: Responsabilité médicale. Erreur de diagnostic. Grosseesse. Acquittement.** (Verantwortlichkeit des Arztes. Irrige Diagnose bei Schwangerschaft. Freispruch.) *Gaz. des hôp. civ. et milit.* Jg. 96, Nr. 32, S. 516—518. 1923.

Eine Witwe, die seit langer Zeit an Beschwerden im Bauch litt, konsultierte den Arzt, welcher ein Fibrom des Uterus annahm und zur Operation riet, zu welchem Zwecke die Frau nach einigen Tagen in seine Privatklinik eintrat. Als die Adnese der einen Seite schon entfernt waren, erkannte der Arzt seinen Irrtum, machte den Kaiserschnitt und entwickelte ein fast reifes Kind, nähte den Uterus und schloß die Bauchhöhle. Am Nachmittag trat Pulsbeschleunigung auf und die Kranke starb im Laufe der nächsten Stunden an einer Blutung, die durch Aufgehen der Catgutnähte am Uterusschnitt veranlaßt war.

In einem Prozeß wegen fahrlässiger Tötung, dem sich der Vater der Verstorbenen auch namens deren 3 minderjährigen Kinder anschloß, wurde vom Arzt die Zahlung einer größeren Geldsumme verlangt. Eine aus 2 Klinikern und einem Gerichtsarzte zusammengesetzte Kommission wies darauf hin, daß analoge Irrtümer schon mehrfach vorgekommen und entschuldbar sind. Der Arzt wies daraufhin, daß er zwar keinen Anlaß hatte, bei der Witwe, deren Familienruf ihm bekannt war, an eine Schwangerschaft zu denken, aber dennoch auch auf die Zeichen einer solchen geforscht habe, bei Anwendung der gebräuchlichen Untersuchungsmethoden eine solche jedoch nicht nachweisen konnte. Selbst der freigelegte Uterus habe bei der Operation zunächst nicht wie ein gravidar ausgesehen. Das Gericht ging unter Anerkennung der Schwierigkeiten, mit welchen der Arzt bei seinen Untersuchungen zu tun hat, mit einem Freispruch vor. *Haberda* (Wien).

**Schubert, Alfred: Inwieweit ist der behandelnde Arzt für die Entstehung einer ischämischen Contractur verantwortlich?** (*Chirurg. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.*) *Med. Klinik* Jg. 19, Nr. 12, S. 373—375. 1923.

Der Verband kann die Ursache der ischämischen Contractur sein, muß es aber nicht sein. Die ischämische Contractur ist nicht allein auf Ischämie zurückzuführen. Sie ist kein Vorstadium der Extremitätengangrän. Für die Ätiologie der Contractur nach suprakondylären Oberarmfrakturen ist von Bedeutung, daß nach neueren klinischen Statistiken die Unterbindung der Cubitalis fast niemals zu Kreislaufstörungen führt. Nervenverletzung ist wesentlich an dem Zustandekommen der Contractur beteiligt. Verf. konnte in einem Fall feststellen, daß die fragliche Nervenverletzung gleichzeitig mit einer Zerreißen der Arteria cubitalis und im Augenblick der Verletzung stattfand. So lassen sich Fälle von ischämischen Contracturen erklären, bei denen überhaupt kein zirkulärer Verband angelegt ist. Der zirkuläre Verband verstärkt gewöhnlich erst sekundär die primär vorhandene Kreislaufstörung. Wurde der Verband richtig angelegt, wurde er rechtzeitig nachgesehen und bei drohenden Anzeichen rechtzeitig entfernt, so kann der behandelnde Arzt für die Entstehung ischämischer Contractur nicht verantwortlich gemacht werden. Sehr häufig wird der Verband falsch angelegt, noch häufiger der Fehler gemacht, daß der sekundär schnürende Verband, auch wenn er anfänglich richtig angelegt war, nicht rechtzeitig entfernt wurde. *Vorkastner*.

#### **Leichenerscheinungen. Spurennachweis.**

**Haden, Russell L.: A method for the determination of hemoglobin.** (Eine Methode zur Bestimmung von Hämoglobin.) (*Dep. of int. med., univ. of Kansas, school of med., Kansas City.*) *Journ. of laborat. a. clin. med.* Bd. 8, Nr. 6, S. 411—414. 1923.

Verf. benutzt als Reagenzien zur Hämoglobinbestimmung  $\frac{1}{10}$  Normal-Salzsäure und eine Standardlösung von saurem Hämatin. Diese ist so hergestellt, daß 50 ccm Blut durch Venenpunktion entnommen und defibriniert werden. Das Blut wird mit  $\frac{1}{10}$  Normal-HCl verdünnt, bis eine 20 proz. Blutlösung entsteht, die 1,56 g Hämoglobin auf 100 ccm enthält. Diese wird nach 24 Stunden mit der gleichen Menge Glycerin versetzt und in einer Glasflasche kühl und

lichtgeschützt aufbewahrt und kann beliebig verdünnt werden. Ein Blutstropfen aus der Fingerbeere wird in einer Pipette zur Zählung roter Blutkörperchen bis zur Marke 1 aufgesogen und  $\frac{n}{10}$  HCl bis zur Marke 101 nachgesaugt, so daß eine 1proz. Blutlösung entsteht. Diese wird in das Colorimetergefäß gebracht und der Hämoglobingehalt durch Vergleich mit der Standardlösung bestimmt.  
G. Strassmann (Berlin).

**Cevdalli, Attilio, e Amadeo dalla Volta: Il metodo morfologico nella diagnosi medico legale di sangue con speciale riferimento alla determinazione individuale.** (Die morphologische Methode bei der gerichtlich-medizinischen Blutdiagnose mit besonderer Berücksichtigung der individuellen Blutbestimmung.) (*Istit. di med. leg., univ., Padova.*) Haematologica Bd. 4, H. 2, S. 217—265. 1923.

Die Methode der Verff. beruht darauf, eine elektive Färbung von Blutflecken, besonders der weißen Blutkörperchen für die individuelle Blutdiagnose heranzuziehen.

Bei Blutflecken auf Stoffen suchen sie die Flecken nach der histologischen Technik zu färben, ohne die Gewebefasern mitzufärben. Nach ihren Untersuchungen behalten die weißen Blutkörperchen in Blutflecken lange ihre charakteristische Form. Der Blutfleck wird fixiert in absolutem Alkohol, dann Passage durch die Alkoholreihe und Wasser, Färbung mit Hämatoxylin-Eosin, Entwässerung und Einbettung. Bei stärker gefärbten Stoffen zerzupfen sie die Fasern vorher. Besonders die Leukocyten werden dabei gut sichtbar. Bei Giemsa-Färbung werden die eosinophilen Granula deutlich. Bei Blutflecken auf nicht absorbierenden Gegenständen und Blutkrüstchen benutzen sie die Übertragung mit Eiweißglycerin oder Celloidin (Transkopie nach de Domenicis): Aufträufeln von Kollodium oder Celloidinlösung in Alkoholäther auf den Fleck und Abheben des Celloidinhäutchens nach 24stündigem Antrocknen des Celloidins; an dem Celloidinhäutchen haften eine Anzahl Blutelemente, die gefärbt werden können nach May - Grünwald, Giemsa, Pappenheim, wodurch sowohl die roten wie die weißen Blutkörperchen wie etwaige Parasiten des Blutes sichtbar werden.

Für alle Fälle, in denen der Blutfleck von einem blutkranken Menschen (Anämie, Leukämie, Eosinophilie, Trypanosomiasis) stammt, kann auf diese Weise durch die Färbung der Blutkörperchen diese Erkrankung auch an Blutflecken festgestellt werden. Insofern kann die Methode für die individuelle Blutdiagnose benutzt werden.

G. Strassmann.

**Lattes, Leone: Le diagnostic individuel des taches de sang.** (Die individuelle Diagnose der Blutflecken.) Ann. de méd. lég. Jg. 3, Nr. 5, S. 213—226. 1923.

Lattes ist wohl derjenige Forscher, der sich am meisten mit der individuellen Blutdiagnostik, mit der Anwendung der menschlichen Blutgruppenbildung für forensische Zwecke befaßt hat. Die zu vermeidenden Fehlerquellen sind 1. die Heteroagglutination, die Agglutination menschlicher roter Blutkörperchen durch Tierblutextrakt (Marx - Ehrnwoth). Daher ist zunächst notwendig die Feststellung, ob menschliches Blut vorliegt. 2. Die Autoagglutination (Zusammenballung roter Blutkörperchen durch das eigene Serum unter pathologischen Bedingungen). 3. Die Pseudoagglutination (besonders starke Geldrollenbildung, die mit Agglutination verwechselt werden kann). L. untersucht eine Spur des Blutflecks auf dem Objektträger nach Zusatz eines Tropfens einer frischen menschlichen Blutkörperchensuspension der Gruppen A und B und entfernt dann die Blutspur. Bestehenbleibende Zusammenballung der roten Blutkörperchen deutet auf wahre Agglutination. Zur Vermeidung der Pseudoagglutination versetzt L. die Blutkörperchen A und B mit Lecithin, wobei ihre agglutinablen Fähigkeiten nicht verlorengehen (0,3 Lecithin in 10 ccm Äther gelöst und 20 ccm ClNa-Lösung zugesetzt, den Äther durch Erwärmen zum Verdunsten gebracht, nach dem Erkalten wieder 20 ccm dest. H<sub>2</sub>O zugesetzt. Die überstehende Blutkörperchenaufschwemmung ist gebrauchsfertig). Die Untersuchung auf Agglutination kann auch mikroskopisch im hängenden Tropfen nach Mischung einer 5proz. Blutkörperchenaufschwemmung mit Serum oder Blutfleckextrakt im Verhältnis 1 : 1 oder 1 : 2 geschehen. Blutflecke, die durch Altern oder chemische Einflüsse ihre Agglutination, aber nicht die agglutinablen Eigenschaften verloren haben, prüft L., indem er den fein pulverisierten Blutfleck mit etwas Serum mischt, das die beiden Agglutinine  $\alpha\beta$  enthält, nach einigen Stunden zentrifugiert und frische Blutkörperchen A und B zusetzt. Enthielt der Fleck agglutinable Substanzen, so wird er dem Serum die Agglutinine

$\alpha$  oder  $\beta$  oder beide mehr oder weniger vollständig entzogen haben. Eine weitere individuelle Diagnose als die Feststellung, welcher Blutgruppe der Fleck angehört, ist natürlich nicht möglich. Die Methode erscheint vorläufig für forensische Zwecke doch noch etwas umständlich. (Ref.) *G. Strassmann* (Berlin).

**Krummacker, Otto:** Über Hämoglobinkristalle von Nagetieren, insbesondere vom Hamster. (*Physiol. Inst., Münster.*) Zeitschr. f. Biol. Bd. 77, H. 4/6, S. 175—180. 1923.

Die Hämoglobinkristalle des Meerschweinchens gehören dem rhombischen System an, wie Verf. unabhängig von v. Lang schon früher feststellte. Die Form der Hämoglobinkristalle des Hamsters ist neu bestimmt worden, sie gehören zu dem monoklinen System. Über die kristallographischen Einzelheiten s. das Original. *K. Felix.*

**Meißner, Gertrud:** Über die Häufigkeit des Vorkommens heterogenetischer Präcipitine. (*Hyg. Inst., Univ. Greifswald.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exp. Therapie, Orig., Bd. 36, H. 2/3, S. 272—287. 1923.

Bei 78 durch Vorbehandlung mit verschiedenen Eiweißarten gewonnenen präcipitierenden Antiseren wurde der Titer gegenüber 12 verschiedenen Antigenen geprüft. Es reagierten 55,8% absolut spezifisch bzw. griffen nur auf die nächstverwandten Eiweißarten über; 44,2% zeigten ein polyerges heterogenetisch übergreifendes Verhalten; von den letzteren reagierten 11,7% mit heterogenetischem Antigen etwa gleich stark wie mit dem Antigen der Vorbehandlung. Weder Ernährung der Tiere noch Geschlecht spielt beim Auftreten der heterogenetischen Sera eine Rolle. Im Winter ist die Zahl der unspezifischen Sera höher als im Sommer. Ältere Tiere bilden seltener übergreifende Sera als jüngere. Die heterogenetischen Präcipitine erreichen ihren Höhepunkt erst nach mehrmaliger Vorbehandlung. *Dold* (Marburg).

**Friedberger, E., und Gertrud Meißner:** Typus und Wesen der isogenetischen — Verwandtschafts- — und heterogenetischen Präcipitation mit monogenen Antiseris. (*Hyg. Inst., Univ. Greifswald.*) Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exp. Therapie, Orig., Bd. 36, H. 2/3, S. 233—271. 1923.

Bei Behandlung eines Tieres der Spezies A mit einem Antigen der Spezies B tritt keineswegs regelmäßig ein Serum auf, das nur (isogenetisch) auf die Spezies B und verwandte Eiweißarten wirkt, sondern ein solches Serum kann auch scheinbar wahllos auf andere im phylogenetischen System fernstehende Eiweißarten übergreifen. Bei Anwendung der von Uhlenuth angegebenen Kontrollen wird die praktische Verwendbarkeit der Präcipitation dadurch nicht gestört. Verf. haben bei 47% der präcipitierenden Sera ein Übergreifen beobachtet, und zwar in 13,5% bis zur Titergrenze für das Antigen der Vorbehandlung. Die isogenetischen Präcipitate unterscheiden sich morphologisch von den heterogenetischen. Die ersteren erscheinen im Agglutinoskop grau, wabig, locker und grobflockig, die letzteren weißlich, dicht und feinflockig. Die Zwischenflüssigkeit sieht bei den lockeren Präcipitaten trübe, bei den dichten klar aus. Bei den Präcipitaten der Verwandtschaftsreaktion liegt eine Vermischung der beiden Typen vor. Die Komplementablenkungsreaktion mit heterogenetischen Seris ist unter den gewählten Bedingungen nur positiv mit dem isogenetischen Antigen. Bei auf Verwandtschaftseiweiß übergreifenden heterogenetischen Seren ist die Spezifität der Komplementablenkung weniger ausgesprochen. Isogenetisches Antigen (ungewaschene Blutkörperchen) entfernt sowohl das Iso- wie das Heteropräcipitin, das heterogenetische Antigen nur die Präcipitine für heterogenetische, und zwar für alle heterogenetischen Eiweißarten, so daß man auf diese Weise Sera für die Praxis spezifischer machen kann. Das Verwandtschaftsantigen verhält sich im großen und ganzen wie das isogenetische. Gekochtes Antigen (Serum) entzieht, einerlei, ob es isogenetisches oder heterogenetisches Eiweiß ist, nur die heterogenetischen Präcipitine. *Dold* (Marburg).

**Grimaldi, Antonino Busecemi:** L'anafilassi da estratti eritrociti e sua importanza nella pratica medico forense. Ricerche sperimentali. (Die Anaphylaxie durch Blutkörperchenextrakte und ihre Bedeutung für die gerichtsarztliche Praxis.) (*Istit. di med. leg., univ., Catania.*) Arch. di antropol. crim. psychiatr. e med. Bd. 42, H. 6, S. 523—547. 1923.

Verf. hat Meerschweinchen durch Einspritzung von Lösungen menschlicher Blutflecke oder tierischen Blutes sensibilisiert und bei Reinjektion homologer roter Blutkörperchen deutliche, aber nicht immer heftige anaphylaktische Erscheinungen erzeugt. Erkrankungen können auch durch Einspritzung heterologer Blutkörperchen-

extrakte erzeugt werden, wenn diese an sich schon toxisch wirken. Es ist das eine nicht immer zu vermeidende Fehlerquelle. Keine Anaphylaxie trat auf, wenn Tiere mit menschlichem Sperma, Speichel, Schleim, Milch, Ascitesflüssigkeit vorbehandelt waren und ihnen menschliche Erythrocytenaufschwemmungen reinjiziert wurden. Die Anaphylaxie sei also in diesem Sinne organspezifisch, jedoch habe sie für die Erkennung der Art eines Blutflecks nur orientierenden Wert. *G. Strassmann.*

**Dalla Volta, Alessandro: Produzione di emo-agglutinine specifiche nell'uomo per introduzione parenterale di sieri eterogenei e malattia da siero.** (Erzeugung von spezifischen Hämagglutininen beim Menschen durch parenterale Zufuhr von heterogenem Serum und Serumkrankheit.) (*Clin. med., Bologna.*) Arch. di patol. e clin. med. Bd. 2, H. 1, S. 21—32. 1923.

Intramuskuläre Einspritzung von Normal- oder Immunserum von Pferd erzeugt beim Menschen spezifische Hämagglutinine gegen rote Blutkörperchen des Pferdes, die 6 Tage nach der Einspritzung zuerst auftreten, am 12. Tage am stärksten sind und sich noch nach 4 Monaten in gleicher Stärke finden. Durch solche Injektion bilden sich auch Agglutinine in schwächerem Maß gegen Blutkörperchen anderer Tierarten (Gruppenreaktion). Der Ausbruch der Serumkrankheit, wie er sich nach Seruminjektionen zuweilen findet, soll mit dem ersten Auftreten der Agglutinine zusammenfallen. *G. Strassmann* (Berlin).

#### **Versicherungsrechtliche Medizin.**

**Michaelis, Paul: Beruf und Krankheit der Frau. Eine gewerbehygienische Studie.** Fortschr. d. Med. Jg. 41, Nr. 5, S. 73—75 u. Nr. 6, S. 95—96. 1923.

Die Frau steht heut bei weitem stärker im Erwerbsleben wie früher und ist daher mannigfachen Schädigungen ausgesetzt. Vorliegende Arbeit gilt der Besprechung dieser Schädigungen. Eine Wiedergabe im einzelnen würde zu weit führen, nur einzelnes sei kurz hervorgehoben. Die Morbidität und Mortalität der erwerbstätigen Frau erscheint größer als die des erwerbstätigen Mannes. Tuchstopferinnen werden oft myopisch. Bei den Nähmaschinenarbeiterinnen walten Erkrankungen der weiblichen Genitalien vor. (Das Beispiel von Pouillet für häufige sexuelle Erregungen dieser Arbeiterinnen erscheint jedoch keineswegs beweisend. Die Schilderung sieht eher nach epileptischen petit mal-Anfällen aus: momentane Regungslosigkeit, Starrwerden des Blickes, Unterbrechung der Arbeit, derartige Zustände häufig wiederholt. D. Ref.) Die größere Zartheit der Haut führt bei der Frau leicht zu beruflichen Ekzemen. Auf eine größere Durchlässigkeit der Haut wird vom Verf. z. T. die stärkere Empfänglichkeit für Gifte bezogen. Benzol- und Bleivergiftungen in entsprechenden Betrieben sind bei Frauen häufiger als bei Männern. Die Frau eignet sich aus diesen Gründen nur in beschränktem Maße für die chemische Industrie. Auf die bekannte Neigung zu Fehlgeburten bei mit Blei hantierenden Frauen wird hingewiesen und wegen dieser deletären Wirkung für die Fortpflanzungsfähigkeit der Ausschluß der Frauen von allen Tätigkeiten gefordert, welche sie mit Blei in Berührung bringen. Dagegen hat sich die Häufigkeit von Aborten bei Tabakarbeiterinnen nicht bestätigt. *Vorkastner.*

**Stier, Ewald: Zu den Betriebsunfällen der Telephonistinnen. Gutachten.** Med. Klinik Jg. 19, Nr. 17, S. 582—583. 1923.

Nach einem geringfügigen Unfall 1905 (anscheinend Weckgeräusche) neben nervös-hysterischen Erscheinungen Schwellung des linken Armes und Beines, die von dem begutachtenden Arzt ohne weiteres auf den Unfall zurückgeführt wurde. Pensionierung mit einer Erwerbsbeschränkung von 100% und einer Hilflosigkeit von 80%. Stärkungsmittel und 15 mal Badekur auf Kosten der Behörde, häufige Inanspruchnahme des Arztes und der Apotheke. Jetzt Symptome einer neuropathischen Konstitution, rechtsseitige Migräne, Schwellung im unteren Teil eines Unterschenkels. Der Betriebsunfall im Jahre 1906 bestand lediglich in einem Schrecken und einer hysterischen Reaktion. Die jetzt bestehenden Beschwerden (Knochenhautentzündung am Fuß, Migräne und neuropathische Konstitution) können nicht als Unfallfolge angesehen werden. Eine Hilflosigkeit besteht nicht. Infolge des Unfalls ist weder ärztliche noch arzneiliche Behandlung notwendig. *Vorkastner* (Greifswald).

**Reichardt, M.: Die Beurteilung von nervösen Unfallsfolgen.** (*Psychiatr. Univ.-Klin., Würzburg.*) *Klin. Wochenschr.* Jg. 2, Nr. 25, S. 1171—1174. 1923.

Die richtige Beurteilung von nervösen Unfallsfolgen ist von einer rechtzeitigen und zutreffenden Bewertung und Einstellung des im Anschluß an den Unfall sich entwickelnden Erscheinungskomplexes in nervöser Richtung abhängig. Um dieser ebenso wichtigen als schwierigen Aufgabe zu genügen, ist außer einem großen Maß allgemeiner medizinischer Kenntnisse insbesondere eine tiefgreifende Beherrschung der praktischen Psychologie und Psychopathologie seitens des Arztes erforderlich. Die Verantwortung des erstuntersuchenden und -begutachtenden Arztes ist eine ganz ungeheure: Er vermag durch richtige Stellung der Diagnose den psychogenen Charakter der Erscheinungen rechtzeitig zu erkennen und die drohende seelische Reaktion des Geschädigten durch geeignete Maßnahmen mit Erfolg zu bekämpfen. An der Hand einer überzeugenden, streng sachlichen und kritischen Darstellung der Unfallserscheinungen lehnt Reichardt mit Recht die irreführenden Bezeichnungen: Unfallsneurasthenie, traumatische Hysterie, Unfallhysterie, traumatische Neurose usw. ab. Auch der populär gewordene Ausdruck „Nervenschock“ ist als irreleitend zu vermeiden. Der Unfall ist nicht die Ursache der nervösen Erscheinungen. — In der weitaus größeren Zahl der Fälle sind die Unfallsfolgen eine seelische Reaktion im Zusammenhang mit dem Entschädigungsverfahren bei oft vorhandener psychopathischer und neuropathischer Veranlagung. Viel seltener sind die organisch bedingten Unfallsfolgen bei unmittelbarer anatomischer Schädigung des Nervensystems oder der Sinnesorgane. Die Arbeit Reichardts ist in ihren Folgerungen und Anwendungen höchst beachtenswert und verdient die volle Berücksichtigung in erster Linie zum Frommen aller „Unfallsverletzten“. *C. Ipsen.*

**Julliard: Ärztliche Erfahrungen im Gebiete der Versicherungsneurosen.** *Rev. suisse des acc. du travail* Jg. 17, Nr. 5/6, S. 97—102. 1923.

Rentenneurotikern gegenüber gibt es zwei Verfahren: Entschädigung durch Kapitalabfindung bzw. Rente oder kategorische Verweigerung der Ansprüche, in zwei Worten: nachgeben oder widerstehen. Heute braucht der Versicherungsneurotiker nur beharrlich zu sein, um mehr oder weniger mit seinen Wünschen durchzudringen. Die Ausschaltung des Wunschobjekts hat aber den gleichen Erfolg wie die Erfüllung des Wunsches. Durch die bloße Liquidierung des Falles ohne jede weitere Geldentschädigung kann ein Versicherter von seiner Neurose (Begehrungsneurose, Rentenkampfneurose) geheilt werden. Dazu gehört, daß der Richter, welcher in letzter Instanz die Streitfrage zu entscheiden hat, sich auf diesen Standpunkt des Arztes einstellt. Es wäre wünschenswert, daß die Rechtsprechung sich ein für allemal darauf festlegte, daß jede Entschädigungsforderung für Renten neurosen prinzipiell abzulehnen ist.

*Klieneberger* (Königsberg Pr.).

**Harman, N. Bishop: The consequences of myopia as an industrial disease of the eyes.** (Die Folgen der Kurzsichtigkeit als einer gewerblichen Augenkrankheit.) *Journ. of industr. hyg.* Bd. 4, Nr. 9, S. 371—374. 1923.

Naharbeiter werden häufig arbeitsunfähig oder erheblich arbeitsbeschränkt durch starke Kurzsichtigkeit. Dabei sind zum Teil erhebliche wirtschaftliche Verluste zu beobachten, sowohl für den Arbeiter selbst wie auch für den Betrieb und für die Allgemeinheit. Hochgradige Kurzsichtigkeit leitet oft zur Erblindung über. Unter 925 Erblindeten fand Verf. in 13,9% eine hochgradige Kurzsichtigkeit als Ursache der Erblindung. Unter 7000 Patienten von 20—60 Jahren wurden 480 Kurzsichtige (über 3 Dioptrien) festgestellt; über  $\frac{1}{3}$  der letzteren waren Naharbeiter. Außer den schweren Graden von Kurzsichtigkeit fanden sich dabei noch andere schwere Augenschädigungen, wie Netzhautablösung, Glaskörperblutungen u. dgl. Trotzdem war von diesen Leuten eine Anzahl in ungläublichen Berufen noch tätig, so als Dentist, als Miniaturmaler, als Korrektor in einer Druckerei u. dgl. Manche andere mußten den Beruf wechseln. Jedenfalls bedingt die ständige Naharbeit eine erhebliche Ge-

fährdung für das Auge. Bei der Berufswahl der Jugendlichen ist besonders darauf zu achten. — 2 Tab.

*Koelsch (München).*

**Löwy, Hugo: Aufdeckung von Simulation einseitiger Taubheit.** (*Österreich. otol. Ges., Sitzg. v. 28. II. 1923.*) Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. Jg. 57, H. 4, S. 338. 1923.

Methode: Erst wird eine weittönende „C“-Stimmgabel vor gesundem Ohr geprüft, dann vor dem angeblich tauben eine Stimmgabel, die bestimmt nicht in der Kopfbreitedistanz hinübergehört wird. Angabe „gut gehört“ bezeichne ansehnliches Gehör auf dem „tauben“ Ohr. (Viel zuverlässiger, weil nicht von Anschlagstärke abhängig, erscheint Bef. das Prüfen des „tauben“ Ohres bei offenem, gesundem. Schon die Flüstersprache muß dann hinübergehört werden, und die Angabe „ich höre nicht“ entlarvt den Simulanten.) *Klestadt (Breslau).*

**Heim F., E. Agasse-Lafont et A. Feil: Manifestations morbides chez les ouvriers maniant le celluloid et ses solvants.** (Krankheitserscheinungen bei mit Celluloid und seinen Lösungsmitteln beschäftigten Arbeitern.) *Paris méd. Jg. 12, Nr. 22, S. 477—479. 1922.*

Das Celluloid, das Campher enthält, hat einen dementsprechend starken, im Anfang belästigenden, Kopfschmerzen erzeugenden Geruch, das einzige klinische Symptom der damit Beschäftigten. Dagegen fanden Verff. bei 5 von 8 untersuchten Celluloidarbeiterinnen, wie früher bei Filmarbeitern, eine ausgesprochene Eosinophilie von über 4%, die sie auf die Wirkung der flüchtigen Lösungsmittel des Celluloids, Amylacetat und Aceton beziehen.

*v. Gonzenbach (Zürich).*

**Heim, F., E. Agasse-Lafont et A. Feil: Rôles respectifs du plomb et de l'essence de térébenthine dans la pathologie professionnelle des peintres.** (Die wechselseitigen Beziehungen von Blei und Terpentin bei den Berufskrankheiten der Maler.) *Cpt. rend. hebdom. des séances de l'acad. des sciences Bd. 176, Nr. 4, S. 270—271. 1923.*

Verff. berichten über ihre umfangreichen Erfahrungen bezüglich der Blutdrucksteigerungen und Nierenerkrankungen bei Malern infolge von Bleiintoxikation und lehnen eine ursächliche Mitbeteiligung des Terpentins an diesen Affektionen ab.

*Bruno Heymann (Berlin).*

**Ichok, G.: Les maladies professionnelles et la prophylaxie antituberculeuse.** (Berufskrankheiten und Tuberkuloseverhütung.) *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég. Bd. 38, Nr. 2, S. 65—73. 1922.*

Verf. tritt für die Einreihung der Phthise unter die im Gesetz über Arbeitsschädigungen aufgeführten Berufskrankheiten ein, wofern es sich um Betriebe mit starker Staubentwicklung handelt.

*Bruno Heymann (Berlin).*

**Collis, Edgar L.: The influence of industrialism upon the age incidence of phthisis.** (Der Einfluß der Industrie auf das Alter beim Auftreten der Phthise.) *Tubercle Bd. 4, Nr. 6, S. 241—255. 1923.*

Ausführliche statistische Arbeit, die sich zu kurzem Referat nicht eignet. Der Verf. stellt Tabellen auf über die Todesfälle an Tuberkulose in verschiedenen Ländern nach Geschlecht und Altersperioden, um den Einfluß der Industrie auf die tuberkulöse Erkrankung und Mortalität zu zeigen. Die Statistik umfaßt zum Teil weit zurückliegende Zeitabschnitte. Es werden Vergleiche gezogen zwischen der Land- und Industriebevölkerung, auch die Berufsarten finden Berücksichtigung. Zusammenfassend wird nachgewiesen, daß in nicht industriellen europäischen Gemeinwesen, in denen die Tuberkulose endemisch ist, das Maximum des Beginns der Phthise im späteren Alter liegt. Wenn die Bewohner und die Gewohnheiten in einem solchen Gemeinwesen durch industrielle Einrichtungen beeinflußt werden, so verschiebt sich das Maximum des Eintritts der Erkrankung in das frühe Entwicklungsalter. Tritt aber eine Gewöhnung an die neuen Bedingungen ein, so stellen sich die früheren Zahlenverhältnisse wieder her. Eine Rolle spielen dabei verschiedene Momente des häuslichen Lebens, Alkohol, soziale Bedingungen usw. Die Landarbeiter haben im allgemeinen eine geringere Mortalität als die Fabrikarbeiter, die Schneider eine hohe, die Geistlichen die niedrigste Sterblichkeit an Tuberkulose von allen. Die Widerstandskraft gegen die

Phthise im frühen Alter scheint von dem Grade abhängig zu sein, in dem die Bevölkerung ihrer Umgebung angepaßt ist, während die Höhe der Mortalität mehr von der Anhäufung der Bevölkerung abhängt und der dadurch wahrscheinlich bedingten größeren Ansteckungshäufigkeit.

*Warnecke* (Görbersdorf i. Schl.).  
**Gye, W. E., and E. H. Kettle: Silicosis and miners' phthisis.** (Silicose und Bergmannsphthise.) (*Nat. inst. for med. research a. inst. of pathol., St. Mary's hosp., London.*) Brit. Journ. of exp. pathol. Bd. 3, Nr. 5, S. 241—251. 1922.

Es gilt heutzutage als erwiesen, daß kolloidale Kieselsäure ein Zellgift ist, daß diese lösliche Form der Kieselsäure sich in der Natur sehr leicht bildet, und daß das lebende Gewebe sie aus den gewöhnlichen staubförmigen Silicaten umformt. Auf Grund dieser Tatsache wollen die Verff. zeigen, wie der so gewöhnliche kieselsäurehaltige Staub in den Lungen ausgesprochene Fibrose erzeugen kann, und wieweit eine solche Fibrose die Entwicklung von Tuberkulose begünstigt. Die Versuche wurden an Mäusen angestellt, weil diese Tiere einen hohen Grad von natürlicher Tuberkuloseimmunität haben; sie vertragen sogar massige Dosen, und geringe Dosen werden leicht unschädlich gemacht (Phagocytose durch Leukocyten und Polyblasten, in denen sie fast symbiotisch sich erhalten, ohne Schaden anzurichten). Bringt man nun solchen Mäusen kolloidale Kieselsäure bei (subcutan), so ändert sich das Bild, es kommt zu ausgesprochener Gewebsnekrose und zu fortschreitender Tuberkulose. Gibt man Mäusen bloß Kieselsäure, so entwickelt sich fibröses Narbengewebe. Ob dieses nun mehr empfänglich oder weniger widerstandsfähig gegen den Tuberkelpilz ist, oder ob die Blutumlaufstörungen in dem Narbengewebe die Entwicklung der Infektion begünstigen, konnte nicht völlig klar entschieden werden. Wesentlich andere Eigenschaften als der Kieselstaub hat der Kohlenstaub: Dieser ist kein Zellgift, und deshalb ist der Bergmann in Kohlengruben für Tuberkulose nicht empfänglicher als andere Klassen der Bevölkerung. Es sind aber noch genauere Untersuchungen nötig, um hier klarer zu sehen, Untersuchungen, die die Verff. anstellen wollen. *Meissen* (Essen).<sup>oo</sup>

**Engel, Hermann: Unfall und Hirnabsceß.** Med. Klinik Jg. 19, Nr. 26, S. 908. 1923.

Ein 61 jähriger Mann bekam während der Arbeit plötzlich einen Ohnmachtsanfall, fiel hintenüber mit dem Kopf auf eine Holzkiste und wurde in bewußtlosem Zustand ins Krankenhaus gebracht. Nach 4 Stunden kam er wieder zum Bewußtsein und gab an, seit längerer Zeit an Krämpfen in den Extremitäten zu leiden. Es fanden sich kleinschlägige Zuckungen am linken Arm und Bein, Babinski beiderseits positiv. Nach 9 Tagen Exitus. Die Sektion ergab einen apfelgroßen Absceß im linken Stirnhirn. —

Verf. drückt in seinem Gutachten aus, daß der Absceß schon lange vor dem Unfall bestanden haben muß (Beweis: die früheren Krämpfe). Er muß auch schon fast dieselbe Größe gehabt haben, um auf Arm- und Beinzentrum drücken zu können. Es ist also nicht anzunehmen, daß das Aufschlagen des Kopfes das früher vorhandene Leiden erst verschlimmert und den tödlichen Ausgang herbeigeführt hat. *K. Wohlgemuth* (Berlin).

**Engel, Hermann: Tod an eitrigem Meningitis nicht Folge einer Kopfverletzung.** Med. Klinik Jg. 19, Nr. 16, S. 541—542. 1923.

Geringfügiges Kopftrauma am 24. VIII. 1915. Keine Bewußtlosigkeit. Bei der polizeilichen Vernehmung am 19. X. 1915 keine Klagen über Folgen. Im Gegensatz dazu einem Arzt gegenüber im September 1915 Angabe von Bewußtlosigkeit und Kopfschmerz seit dem Unfall. Diagnose dieses Arztes: Blutung in die Hirnsubstanz. Fissur der Schädelbasis. Vom 12. XII. bis nach dem März 1916 Behandlung wegen chronischer Mittelohreiterung links. Am 27. VII. 1916 schwere Erkrankung. Anfang August im Krankenhaus Diagnose: Hirnhautentzündung (trübe Lumbarflüssigkeit). Bestätigung durch Sektion. An den Felsenbeinen keine Veränderungen.

Die Annahme, daß eine akute Mittelohreiterung durch den Schlag auf den Kopf entstanden, wird abgelehnt, ebenso, daß eine schon vorher vorhanden gewesene Mittelohreiterung verschlimmert ist, schließlich auch die Annahme, daß durch den Unfall ein Übergreifen des als vorhanden anzunehmenden eitrigen Prozesses aus der Trommelhöhle in die innere Schädelhöhle veranlaßt wurde. Die als Voraussetzung anzunehmende schwere Schädelverletzung hat nicht vorgelegen; auch ist die Zeit zwischen Ausbruch der Hirnhautentzündung und dem Unfall eine zu lange. *Vorkastner* (Greifswald).



**Engel, Hermann: Progressive Paralyse nicht Unfallsfolge.** Med. Klinik Jg. 19, Nr. 27, S. 946—947. 1923.

Der Tapezierer K. erlitt im Mai 1911 einen geringfügigen Unfall (Fall von einer Treppe). Nach späterer ärztlicher Angabe schon seit 1907 in Behandlung. Schon damals wurden konstatiert: Schwache Patellarreflexe, Fehlen der Achillesreflexe, träge Pupillenreaktion, Impotenz, erschwertes Urinlassen. Am 28. VIII. 1912 wegen Ohnmachtsanfalles und Zeichen von Geistesstörung mit dem Verdacht auf progressive Paralyse Aufnahme in ein Krankenhaus. Im weiteren Bestätigung der Diagnose. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Krankheit 1911 wird abgelehnt. Die Verletzung war keine erhebliche, das Trauma hat den Kopf nicht betroffen. Von dem derzeitig behandelnden Arzt wurden Verletzungsfolgen nach dem Unfall nicht erwähnt. K. hat die Arbeit erst 10 $\frac{1}{2}$  Monate nach dem Unfall eingestellt. Anzeichen der Krankheit wurden bereits 1907 festgestellt. Auch Verschlimmerung der Krankheit durch den Unfall ist nicht anzunehmen, da eine unmittelbare sprunghafte Verschlechterung des Zustandes nach dem Unfall nicht bemerkbar geworden ist. *Vorkastner* (Greifswald).

**Heimann-Hatry, Walter: Zum Krankheitsbild der traumatischen Hämatomyelie. Kasuistischer Beitrag.** (*Israelit. Asyl, Köln.*) Med. Klinik Jg. 19, Nr. 25, S. 870 bis 871. 1923.

Ein 61 jähriger Arbeiter bemerkte beim Schleppen und Tragen von 1 Zentner schweren Säcken (einer für ihn nicht ungewöhnlichen Anstrengung) plötzlich ein Gefühl von Ameisenlaufen im rechten Arm, arbeitete aber noch 2 Stunden weiter; später trat Zucken im rechten Arm und rechten Bein auf und Steifigkeit im Nacken. Am nächsten Morgen konnte er den rechten Arm nicht mehr bewegen, das rechte Bein nur mit Mühe. Befund: Rechte Pupille kleiner als die linke, Ptosis des rechten Oberlides, Enophthalmus rechts. Bauchdeckenreflex rechts schwächer als links; Patellar- und Achillessehnenreflex rechts gesteigert, links normal; Patellar- und Fußklonus rechts; Babinski und Oppenheim rechts positiv. Schlaffe Lähmung des rechten Armes und spastische Lähmung des rechten Beins. Sensibilität: Komplette Thermoanästhesie der linken Körperhälfte, Aufhebung der Schmerzempfindlichkeit vorn von der 2. Rippe, hinten von der Spina scapulae abwärts. Diagnose: Traumatische Hämatomyelie; die Blutung wird in den unteren Teil der Intumescentia cervicalis lokalisiert. Nach anfänglicher Bettruhe später Massage, medikomechanische Behandlung und Elektrisieren; wesentliche Besserung. — Der Zusammenhang zwischen Arbeit und Unfall ist erwiesen.

*K. Wohlgemuth* (Berlin).

**Dvorak, Rosa: Traumatisches Aneurysma der Arteria circumflexa femoris medialis.** (*Chirurg. Abt., Spital d. Barmherzigen Brüder, Prag.*) Med. Klinik Jg. 19, Nr. 25, S. 871—872. 1923.

28 jähriger Mann; 1915 Infanteriedurchschuß am rechten Oberschenkel. Bis 1922 ohne wesentliche Beschwerden, war noch lange an der Front, später eifriger Sportsmann. Im Dezember 1922 plötzlich heftige Schmerzen an der Verletzungsstelle. Befund: An der Innenseite des Oberschenkels kindskopfgroßer, prall-elastischer Tumor, unendlich fluktuierend, keine Pulsation, keine Geräusche. Diagnose: Neoplasma? Aneurysma? Die Operation zeigt, daß es sich um ein Aneurysma der Art. circumflexa femoris medialis handelt; an der Ursprungsstelle findet sich ein Knochensplitter, der mit einer Spitze in die Arterie hineinragt; infolge dieses ventilartigen Verschlusses war keine Pulsation in dem Aneurysma zu fühlen. Nach Exstirpation und Unterbindung der Circumflexa femor. Heilung. *K. Wohlgemuth.*

**Engel, Hermann: Tod an Lungenentzündung nicht Unfallsfolge.** Med. Klinik Jg. 19, Nr. 15, S. 504. 1923.

Ein schon an Husten und Auswurf leidender Mann war mit dem Karren von Eisentrommeln beschäftigt. Am nächsten Tage Krankmeldung wegen Schmerzen in der Brust ohne Angabe eines Unfalls. Diagnose: Tuberkulose. Exitus einige Tage später. Obduktionsbefund: Zahlreiche Kaverner in den Lungen, tuberkulöse Geschwüre des Kehlkopfes, croupöse Pneumonie des rechten Unterlappens. Ein Gutachter nahm Entstehung der Lungenentzündung durch Zerreißen des Lungengewebes an. Engel lehnt diesen Zusammenhang ab. Von einer schweren plötzlichen Anstrengung war nichts bekannt. Da sich der Verstorbene bereits zur Zeit der Tätigkeit sehr schwach fühlte, ist anzunehmen, daß die Lungenentzündung bereits in der Entwicklung war. *Vorkastner* (Greifswald).

**Griep, Karl: Hilusdrüsentuberkulose und Kriegsdienstbeschädigung.** (*Versorgungs-Krankenh., Gera-R.*) Zeitschr. f. ärztl.-soz. Versorgungswesen Jg. 2, H. 10, S. 396 bis 397. 1923.

Verf. stimmt den Ausführungen von Bussenius bei, daß die Zunahme der Tuberkulosemorbidity im Kriege am auffälligsten die akuten Tuberkuloseformen und die Drüsentuberkulose betrifft, wobei es sich in der Mehrzahl um Erstinfektionen praktisch

Tuberkulosefreier handelt; auch Hart fand bei einem Zehntel seines Kriegssektionsmaterials frisch verkäste Bronchialdrüsen. Er mahnt dazu, den Hilusdrüsen tuberkulöser Kriegsbeschädigter besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden; eine als D. B. anerkannte Hilusdrüsentuberkulose sichert dann auch Ersatzansprüche für später auftretende Lungentuberkulose, da die Reinfektion der Lunge ja meist von den Hilusdrüsen aus erfolgt. *Sturm* (Stuttgart).

**Schellenberg, Georg: Kriegstraumen und Lungentuberkulose.** Zentralbl. f. d. ges. Tuberkuloseforsch. Bd. 20, H. 1/2, S. 1—8. 1923.

Die Literatur und Beobachtungen an 30 Fällen von Lungenschüssen bei Soldaten (keine Obduktionen) führen zu der Ansicht, daß die Beziehungen zwischen Trauma und späterer Lungentuberkulose noch weiter zu klären sind, daß aber direkte Infektion so gut wie nie vorkommt, daß nur selten ältere Herde durch die Verwundung manifest werden und daß schließlich, wenn auch selten, ein Lungentrauma ein prädisponierendes Moment für die Entstehung einer Lungentuberkulose darstellen kann. *P. Fraenckel* (Berlin).

**Liniger: Unfall und Tuberkulose.** Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 29, Nr. 7, S. 76—78. 1923.

Tuberkulose ist sehr selten eine Unfallfolge. In jedem Einzelfall ist deshalb der einwandfreie Nachweis des ursächlichen Zusammenhangs zu fordern. *M. Schumacher*.

**Engel, Hermann: Ausgedehnte Tuberkulose verschiedener Organe nicht Folge eines behaupteten Unfalles.** Med. Klinik Jg. 19, Nr. 13, S. 432—433. 1923.

Der Zusammenhang zwischen einem (nicht erwiesenen) Unfall — Fall mit der rechten Brust gegen Kistenecke — und der ausgedehnten Tuberkulose des Bauchfells und des rechtsseitigen Rippenfells wird abgelehnt, weil der Fall nicht so erheblich gewesen war, daß er tief gelegene, primäre tuberkulöse Herde, Mesenterial- und Bronchialdrüsen sowie alte Darmgeschwüre, hätte in Mitleidenschaft ziehen können, und weil die Spanne von 14 Tagen zwischen Unfall und erstem Auftreten eines kalten Abscesses über der rechten 10. Rippe zu kurz war. *Giese* (Jena).

**Feilchenfeld, Leopold: Trauma und Spondylitis.** Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 29, Nr. 10, S. 226—227. 1922.

Eine 61 jähr. Frau, die vor 30 Jahren einmal eine Pleuritis exsudativa durchgemacht hat und in den jüngstvergangenen Jahren einen zunehmenden Kräfteverfall erlitt, stürzte auf den Fußboden, wobei sie sich Oberschenkel und Glutäalgegend quetschte. Im Anschluß daran Rückenschmerzen, die jeder Behandlung trotzen, ohne auf Spondylitis hinweisenden objektiven Befund. Erst später werden die Schmerzen in der oberen Brustwirbelsäule lokalisiert, ca.  $\frac{3}{4}$  Jahr nach dem Trauma entwickelt sich deutliche Kyphose, paravertebrale Dämpfung, Atemnot, Fieber.

Verf. glaubt, daß in diesem Fall der Zusammenhang zwischen Unfall und Spondylitis wegen der Kontinuität der Beschwerden erwiesen ist. *Erich Schempp*.

**Hobbs, F. Bedo: A case of Pott's disease associated with injury.** (Ein Fall von tub. Spondylitis nach Unfall.) Lancet Bd. 203, Nr. 27, S. 1383. 1922.

Verf. berichtet über einen Fall von posttraumatischer tuberkulöser Wirbelcaries: 19 jähriger, bisher gesunder Mann erleidet einen den Rücken treffenden Unfall; 3 Wochen später klagt er über Steifigkeit des Rückens, wurde nach 2 Monaten bettlägerig. Im weiteren Verlaufe entwickelte sich eine Spondylitis der mittleren Brustwirbelsäule und des Epistropheus; an beiden Herden traten kalte Abscesse auf, nach wenig mehr als 1 Jahre Exitus infolge Marasmus durch Fisteleiterung. Sektion bestätigt Tuberkulose; sonst in Körper außer einigen frischen miliaren Herden der Lunge nichts von Tuberkulose nachweisbar.

Die Frage der Art des zweifellosen Zusammenhanges zwischen Unfall und Spondylitis muß hier offengelassen werden (Manifestwerden schon vorhandener Herde? Ansiedlung der Tuberkulose am Ort des Traumas?). *Erich Schempp* (Tübingen).

**Engel, Hermann: Angeblich schwere Wirbelsäulenverletzung nach Unfall.** Med. Klinik Jg. 19, Nr. 14, S. 467—468. 1923.

Rentenansprüche nach einem weit zurückliegenden Unfall. Negativer Befund. Aggravation. Der nicht sehr klar geschilderte Fall bietet dem Gutachter in Unfallsachen nichts Neues. Die äußerst langatmige Krankengeschichte hätte sehr gut auf das Wesentliche zusammengestrichen werden können. Ein an sich etwas schwerflüssiger Stoff gewinnt durch Breite nicht an Reiz. *Vorkastner* (Greifswald).

**Haubensak, Oscar: Über Rippenfrakturen und ihre Folgezustände. (Bearbeitet an Hand von 1156 Fällen der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt aus dem Jahre 1920.)** Arch. f. orthop. u. Unfall-Chirurg. Bd. 21, H. 4, S. 551—594. 1923.

Der Arbeit liegen 1156 Fälle der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt mit 21 Todesfällen zugrunde. Nach Besprechung des Mechanismus der direkten und indirekten Brüche und ihrer Diagnose geht Verf. ausführlich auf die Komplikationen ein, von denen er traumatische Brustfellentzündung, Hämatothorax, Pneumothorax, Intercostalneuralgie, Lungentuberkulose (nur in 4 Fällen), Herzverletzung, Herzbeutelentzündung und Zwerchfellrisse nennt. Bemerkungen über Prognose und Therapie schließen die Arbeit.

*Giese (Jena).*

**Colcord, A. W.: Septic infection in industry. (Wundinfektion in der Industrie.)** Americ. med. Bd. 28, Nr. 9, S. 493—499. 1922.

Von den 80 000 offenen Verletzungen, die im Jahre 1921 dem Versicherungsamt aus der pennsylvanischen Industrie gemeldet wurden, waren 6000 infiziert, also jede 14., davon starben 29. Als Ursachen kommen für die Infektionen in Betracht: 1. Schmutzige, ungenügend ausgerüstete Unfallstationen; 2. zu wenig erfahrene, nicht gewissenhafte, schlecht bezahlte Fabrikärzte; 3. das System der Überweisung an die Versicherungsgesellschaften; 4. mangelnde Mitwirkung der Arbeitgeber durch ungenügende Mittel für den Unfalldienst und durch zu späte Zuweisung der Verunfallten zur Behandlung (von den 20 000 offenen Verletzungen der Carnegie-Stahlwerke im Jahr 1920 war nur jede 40., also 2,5%, infiziert, weil dort jede Verletzung sofort zur Behandlung kommt); 5. mangelhafte Mitwirkung von seiten der Arbeiter, die durch Aufklärung und Samariterkurse erzogen werden sollen; 6. fehlerhaftes Eingreifen der Samariter, die nur für Blutstillung, Schockbehandlung, künstliche Atmung und schleunigen Transport zu sorgen haben, die Wunde aber in Ruhe lassen sollen (Jodieren ist nur erlaubt, wenn längere Zeit bis zur sachgemäßen ärztlichen Hilfe verstreicht; das noch viel zu häufig geübte Jodieren gibt falsche Sicherheit, so daß manche Fälle zu spät, mit bereits ausgebrochener Infektion, zum Arzte kommen; Jod empfiehlt sich nur bei erd- und straßenstaubbeschnitzten Wunden, die Verletzungen durch Maschinen sind viel weniger infektionsgefährdet); endlich 7. das Abreißen und Wechseln des Verbandes durch die Arbeiter selber. Wenn alle diese Fehler vermieden werden, kann nach Verf. die Rate der Infektionen auf 1‰ reduziert werden. Zum Schluß gibt Verf. noch die Grundlagen des chirurgischen Handelns bei der Wundversorgung und Behandlung; deren Grundzüge sind größte Reinlichkeit zuerst und erst sekundär und kritisch angewendet Antisepsis.

*v. Gonzenbach (Zürich).*

**Rosenburg, Gustav: Osteomyelitis und Unfall. (Chirurg. Univ.-Klin., Frankfurt u. M.)** Arch. f. orthop. u. Unfall-Chirurg. Bd. 21, H. 4, S. 595—630. 1923.

Rosenburg stützt seine Arbeit auf das Material der Frankfurter Klinik und auf 51 ihm von Liniger zur Verfügung gestellte Gutachten. Die ganze Arbeit zeugt von einer gesunden Kritik, mit der die ganze Frage behandelt wird, die auch nicht vor den seit jeher in den Handbüchern als „Schulbeispiele“ angeführten Fällen haltmacht. Aus den Gutachten geht hervor, wie weit unter den Ärzten noch die Ansicht verbreitet ist, daß die Osteomyelitis häufig durch Unfälle veranlaßt würde, während das Gegenteil richtig ist. Das Ergebnis seiner Untersuchung faßt R. in folgenden Sätzen zusammen: 1. Für die Entwicklung der durch pyogene Keime entstandenen Osteomyelitis ist in den meisten Fällen keine andere Ursache anzunehmen als das Mißverhältnis zwischen der Virulenz und Menge der Bakterien und den bactericiden Kräften des Organismus. 2. In einer gewissen Zahl der Fälle erscheint ein Zusammenhang zwischen Osteomyelitis und einer Schädigung des Knochens durch Unfall mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gegeben, und zwar ist anzunehmen, daß dadurch die Ansiedlung und das Wachstum der Bakterien begünstigt wird. 3. Die experimentelle Medizin hat den Beweis erbracht, daß durch eine vorhergehende Läsion des Knochens die Entwicklung einer Osteomyelitis begünstigt wird, es kann jedoch

auch ohne diese vorhergehende Schädigung künstlich eine Osteomyelitis erzeugt werden. 4. Für die Ansicht Thiems, daß die exponierte Lage der Tibia und die dadurch bedingten häufigen Traumen die Ursache für die sich hier lokalisierende Osteomyelitis seien, bestehen keine Anhaltspunkte. 5. Die eigenartigen Gefäßverbindungen an den Wachstumszonen der langen Röhrenknochen begünstigen die Lokalisation der Osteomyelitis. Da die Wachstumsenergie an den Tibiametaphysen sehr groß ist, wird schon dadurch das häufige Auftreten der Osteomyelitis am Schienbein erklärt. Schließlich werden die auch sonst zu berücksichtigenden Gesichtspunkte für fraglichen traumatischen Zusammenhang, wie Erheblichkeit des Unfalls, zeitlicher und örtlicher Zusammenhang usw. genannt.

*Giese (Jena).*

**Engel, Hermann: Achsendrehung des Dickdarms mit tödlichem Ausgange nicht Folge eines 14 Monate vorher erlittenen Stoßes gegen die Brust.** Med. Klinik Jg. 19, Nr. 18, S. 616. 1923.

1 Jahr und 1½ Monate nach einem Unfall (Quetschung der Brust und des Leibes) Achsendrehung des S-förmigen Abschnittes des Dickdarmes. Operation. Exitus. Zusammenhang mit dem Unfall wird abgelehnt.

*Vorkastner (Greifswald).*

**Diez, Salvatore: Le malattie del testicolo e dei suoi annessi negli infortuni sul lavoro. Patologia. — Medicina legale. — Osservazioni cliniche.** (Die Krankheiten des Hodens und seiner Adnexe als Unfallfolgen. Pathologie. Gerichtliche Medizin. Klinische Beobachtungen.) Rass. d. previd. soc. Jg. 9, Nr. 10, S. 19—74, Nr. 11, S. 19—78 u. Nr. 12, S. 32—70. 1922.

Die zu kurzem Referat nicht geeignete Arbeit trägt alles zusammen, was in Beziehung „zu Hoden und Trauma“ steht; es ist — mit seinem 110 Arbeiten umfassenden Schriftnachweis — ein Nachschlagewerk, in dem man über Entzündungen, Tumoren und alle anderen Verletzungsfolgen auf die Erwerbsfähigkeit Auskunft findet. *Posner.*

**Engel, Hermann: Weitere Gewöhnung an Unfallfolgen (Unterschenkelbruch) abgelehnt, wegen Auftretens weiterer vom Unfall unabhängiger Krankheiten (Tabes und Aneurysma A. femoralis).** Med. Klinik Jg. 19, Nr. 25, S. 875. 1923.

Alles Wesentliche in der Überschrift.

*K. Wohlgemuth (Berlin).*

### *Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie.*

● **Planck, Max: Kausalgesetz und Willensfreiheit.** Berlin: Julius Springer 1923. 52 S. G.Z. 1,5.

Das vielumstrittene Problem der Willensfreiheit, um dessen Lösung sich von jeher Theologen wie Philosophen, Mediziner wie Juristen heiß bemüht haben, wird hier von einem exakten Naturwissenschaftler, dem Vertreter der theoretischen Physik an der Berliner Universität, in Angriff genommen. Und es ist von ungemeinem Reiz, in dem geistvollen Vortrag zu lesen, daß er zwar die Strenge der Kausalgesetze für das psychische Geschehen so gut wie für das materielle gelten läßt, aber doch die Einschränkung macht: Soweit wir selbst als erkennendes Subjekt auftreten, müßten wir auf eine rein kausale Beurteilung unseres (gegenwärtigen und künftigen) Ichs verzichten und hier der Willensfreiheit ihren Platz lassen.

*Birnbaum (Herzberge).*

● **Birnbaum, Karl: Der Aufbau der Psychose. Grundzüge der psychiatrischen Strukturanalyse.** Berlin: Julius Springer 1923. IV, 108 S. G.Z. 3,6.

Nach der Lektüre des Buches von *Birnbaum* „Der Aufbau der Psychose“ muß man es bedauern, daß der Verf. sein Vorhaben, wie er dies im Vorwort hervorhebt, eine umfassende geschlossene Gesamtdarstellung in Form einer voll ausgearbeiteten klinischen Strukturlehre zu schreiben, nicht ausgeführt hat. Es wird uns in diesem Büchlein eine Reihe von Aufsätzen aus dem struktur-analytischen Forschungskreis dargeboten. Die Aufsätze zeigen jedoch einen innerlichen Zusammenhang, so daß sie sich als Einheit präsentieren. Wir finden viele Gedanken, die wir von *Birnbaum* schon aus seinen früheren Arbeiten kennen; jedoch in neuer Fassung und klarer klinischer Formulierung. Die hervorragende Begabung *Birnbaums* für klinisch-analytische Betrachtungsweise, die ja als Ergänzung der klinisch-deskriptiven Forschungs-

weise unentbehrlich ist, macht sich gerade in dieser Arbeit außergewöhnlich vorteilhaft geltend; insbesondere in dem zweiten Aufsatz „Der Aufbau der Psychose“. Gerade hier stellt er klar, wie notwendig die Strukturanalyse zur Erfassung der Psychosen ist. Der wissenschaftliche Wert der strukturanalytischen Betrachtungsweise ist längst anerkannt, und man würde es nur begrüßen, wenn B. sich doch entschließen könnte, bei der Neuauflage dieses Buches eine umfassende und geschlossene Gesamtdarstellung in Form einer voll ausgearbeiteten klinischen Strukturlehre uns zu geben. *Müller-Hess.*

● **Jaspers, Karl: Allgemeine Psychopathologie. Für Studierende, Ärzte und Psychologen. 3. verm. u. verb. Aufl.** Berlin: Julius Springer 1923. XV, 458 S. G.Z. geb. 14.

Von Jaspers allgemein anerkanntem Werk liegt nunmehr die 3. Auflage vor, die wiederum mancherlei Ergänzungen und Verbesserungen enthält, aber den Grundcharakter unverändert gelassen hat. Es genügt daher hier kurz zur Kennzeichnung nur darauf hinzuweisen: Das Buch gibt weder die übliche allgemeine Psychiatrie mit den klinisch von selbst sich ergebenden Abschnitten: Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Verlauf usw., noch eine allgemeine Betrachtung psychopathologischer Erscheinungen von irgendeiner Theorie aus, sondern sucht ohne vorwegnehmende Theorien das abnorme Seelenleben in seiner eigenen Wirklichkeit, in seinen Äußerungsformen und seinen Zusammenhängen allseitig darzulegen. Es geschieht dies streng methodisch und systematisch mit scharfen Begriffsbildungen und anschaulichen Belegstücken unter ständigem Hinweis auf die sich ergebenden Probleme und Fragestellungen. So gewinnt der Leser, sofern er nur über einen gewissen psychiatrischen Erfahrungsbesitz verfügt, die Möglichkeit zur Gewinnung eines vollen systematisch geordneten Überblicks über das so vielseitige und umfassende psychopathologische Gesamtgebiet.

*Birnbaum (Herzberge).*

**Riggall, Robert M.: Dual personality.** *Lancet* Bd. 204, Nr. 23, S. 1155—1157. 1923.

Interessante kasuistische Mitteilung. Es handelt sich um einen erblich belasteten Kranken, welcher wiederholt von einer Art Wandertrieb erfaßt wurde, zum erstenmal kurz vor seiner Verheiratung im Anschluß an die Nachricht vom Tode seines Bruders. Für die Zeit seiner Wanderungen hatte er völlige Amnesie. In Hypnose gelang es leicht, die Erinnerung wieder zu wecken. Aus seinen Träumen und aus Gesprächen während der Hypnose wurde festgestellt, daß der Kranke an ausgesprochenem Infantilismus leidet, einen Mutterkomplex zeigt, homosexuell an seinen (verstorbenen) Bruder gebunden ist und jedesmal, wenn er gegen diese Bindung handelt (Verlobung bzw. Verheiratung, besonders glückliches Zusammensein mit seiner Frau), in eine Art Dämmerzustand gerät, in welchem er wandert und dabei stets die Persönlichkeit seines Bruders darstellt, mit welchem er sich dann so sehr identifiziert, daß er sogar den Namen des Bruders annimmt, sich als den Bruder bezeichnet. Besserung des Kranken wurde erzielt; ob diese von Dauer ist, bezweifelt R., da er sich nur aus äußeren Gründen zur Hypnose entschlossen hat, als einzige Radikalkur aber die lange und eingehende Analyse anspricht.

*Klieneberger (Königsberg i. Pr.).*

**Claude, Henri, et A. Borel: Evolution délirante d'un symbolisme préalablement adapté chez une schizoïde constitutionnelle.** (Delirante Entwicklung eines vorher angewandten Symbolismus bei einer konstitutionell Schizoïden.) *Ann. méd.-psychol.* Jg. 81, Nr. 5, S. 409—421. 1923.

Eine 48jährige Schneiderin hatte mehrere Jahre die Miete nicht bezahlt, sich aber weigert, die Wohnung zu verlassen, weil man von ihr, „einer großen Künstlerin“, keine Miete erheben dürfe. Aus erblich belasteter Familie stammend, hatte sie früh die Familie verlassen und war Schneiderin geworden, sie wechselte ständig ihre Stellung, hatte nur Interesse für Kleiderentwürfe, tat schließlich nichts weiter als Kleider zu zeichnen und zu entwerfen, die irgendwelche Symbole darstellen sollten, ohne sie zu verkaufen, behielt sie vielmehr für sich. Sie lebte schließlich nur noch für ihre Zeichnungen, die sie für sehr bedeutend hielt, hungerte dabei, machte immer wieder Entwürfe, ohne dabei etwas zu verdienen; ihre Gedanken waren der Wirklichkeit ganz entrückt. Sie begriff nicht, daß man sie nicht verstand und ihrer Bedeutung nach einschätzte. Neben den vielfach unverständlichen Zeichnungen machte sie auch sinnlose Verse. Auf Veranlassung des Hauswirts wurde sie in eine Anstalt eingeliefert; zeigte sich dort ganz geordnet, ihre Urteilskraft war nur, soweit sie mit den Ideen über ihr Künstlertum und ihre Kleidersymbole zusammenhing, geschwächt. In diesen Vorstellungen war sie allerdings unbelehrbar. Die Symbole beherrschten schließlich ihr ganzes Denken. Der Fall wird als eine Schizophrenie auf konstitutioneller Grundlage angesehen. *G. Strassmann.*