

dem einschlägigen Gebiete sind kleine Beobachtungsabteilungen mit einem ausgesuchten, wissenschaftlich interessierten Stab von Ärzten und sozialpädagogisch vorbereiteten Helferinnen notwendig. Die Beobachtungsabteilung für jugendliche Psychopathen bei der Leipziger Universitätsnervenklinik kann 20 männliche Jugendliche aufnehmen. Eine Abteilung für Mädchen soll auch demnächst eröffnet werden. In der Zeit vom 15. VI. 1926 bis 15. VI. 1927, dem 1. Jahre des Bestehens, wurden mehr als 150 Kinder und Jugendliche untersucht. 30 waren krank und litten an Epilepsie, Hirngrippe, Chorea, Hirntumoren, organischen Nervenleiden, Geburtsverletzungen, jugendlichen Paralysen und akuten geistigen Erkrankungen; 30 gehörten der Gruppe der intellektuell Schwachen an. Die hochgradig Schwachsinnigen wurden den für sie geeigneten Anstalten überwiesen. Groß war die Zahl der Zugänge der Psychopathen, sie war etwa 100. Im Falle des Vorliegens der Verwahrlosung wurde besonders genau die ursächliche Bedeutung von Anlage und Milieu geprüft. Die Entscheidung war deshalb besonders schwierig, weil häufig die ungünstigen häuslichen Umweltverhältnisse die Folge von psychopathischen Wunderlichkeiten und charakterologischen Abartungen der Eltern war. Die Verff. fordern deshalb streng kritische Scheidung von Milieuschäden und Charakterabweichung. *Többen* (Münster i. W.).

Feld: Fürsorge für Rechtsverbrecher in der Schweiz. Dtsch. Zeitschr. f. Wohlfahrtspf. Jg. 4, Nr. 1, S. 12—19. 1928.

Versorgungsanstalten für jugendliche Rechtsbrecher wurden in der Schweiz erst relativ spät errichtet. Besonders bemerkbar ist das Fehlen einer eigenen Jugendgerichtbarkeit. Auf dem Gebiete des Strafvollzugs sind in der Schweiz verschiedene Erfolge zu verzeichnen, unter anderen auch durch Schaffung von landschaftlichen Kolonien an den Strafanstalten. Die Reformbestrebungen für den Strafvollzug werden durch private Vereine gefördert durch Übernahme der Schutzaufsicht, Entlassenenfürsorge und Unterstützung der Familienangehörigen der Sträflinge. Die Frage der Versorgung von Gewohnheitsverbrechern, Liederlichen usw. wird in den einzelnen Kantonen verschieden gelöst und weist teilweise Mängel auf, deren Ursache vielfach in der schweizerischen Eigenart zu suchen ist. *Schönberg* (Basel).

Ferreira da Fonseca, J. A.: La prophylaxie de la criminalité infantile. Bull. internat. de la protect. de l'enfance Jg. 1927, Nr. 64, S. 1183—1189. 1927.

Von Interesse ist die Tatsache, daß in Portugal am 27. V. 1911 das Gesetz zum Schutz jugendlicher Gefährdeter und die ersten Jugendgerichte zu Lissabon geschaffen wurden, welche den Namen „Tutelles“ erhielten. Die „Tutelles“ betreiben eine sehr maßvolle Rechtspflege, sie beschützen die moralisch gefährdeten Jugendlichen. Die jugendlichen Rechtsbrecher werden nach dem Grundsatz „Erziehung und Arbeit“ behandelt. Bei jedem Jugendgericht ist ein Heim zur Beaufsichtigung dieser Jugendlichen, welches „Refuge“ heißt. Hier wird auf ihre körperlichen Anlagen, die Grundzüge ihres Charakters und ihre Möglichkeiten zur Erziehung und Anpassung an das soziale Milieu eingegangen. Um dieses zu erreichen, besitzt dieses Heim außer dem Verwaltungspersonal noch Lehrer für den Elementarunterricht, Handfertigungs-, Turn- und Gesangunterricht. Die Erzieher leben mit den Jugendlichen wie in einer Familie, um so die Ordnung und Disziplin in den Klassen und Gruppen, in welche sie eingeteilt sind, aufrecht zu erhalten. *Többen* (Münster i. W.).

Verletzungen. Gewaltsamer Tod aus physikalischer Ursache.

Antonini, A., e A. Biancalani: Edema polmonare nei traumatizzati del cranio. (Das Lungenödem bei Schädelverletzungen.) (*3. Congr. d. assoc. ital. di med. leg., Firenze, 30. V.—1. VI. 1927.*) Arch. di antropol. crim., psichiatri. e med. leg. Bd. 47, H. 5, S. 747—754. 1927.

Nach einer kurzen Übersicht über die hauptsächlichsten Theorien über die Entstehungsursachen des Lungenödems schließen sich Verff. der Ansicht Teissiers an. Teissier war auf Grund von Versuchen zu dem Schlusse gekommen, daß weder mecha-

nische Kreislaufstörung noch nervöse Reize für sich allein imstande seien das Lungenödem hervorzurufen, aber daß die nervösen Einflüsse sich um so wirksamer zeigten nach vorangegangener manifester Giftwirkung. Das eigentlich wirksame also sei die Vergiftung. Verff. sahen nun die Obduktionsprotokolle von 200 Schädelverletzungen durch. In 41% war der Tod erfolgt durch Lungenödem und zwar ohne größeren Unterschied bei Männern und Frauen. Auffällig war jedoch, daß das Lungenödem um so häufiger auftrat, je älter der Verletzte war. Sie leiten aus diesem Umstande jedoch keine weiteren Schlüsse ab. Nach den drei Voraussetzungen Teissiers erachten Verff. das mechanisch begünstigende Moment gegeben in der Blutdrucksteigerung nach Kopfverletzungen, die von Cushing und Roger nachgewiesen wurde. Ebenso finden sie das nervöse Moment gegeben, entweder in der unmittelbar schädigenden Wirkung auf die vasoconstrictorischen Zentren oder im Sinne Durets infolge der Verlagerung der Cerebrospinalflüssigkeit. Der toxische Faktor wird erklärt durch Histaminwirkung. Das Histamin ruft bei Injektion einen Shock hervor, der mit dem traumatischen Shock verglichen wird. Im Muskel findet sich das Karnosin, ein Dipeptid aus Alanin und Histidin. Aus dem Histidin entstehe durch Hydrolyse Histamin oder ähnliche Basen. Die Wirkung zeige sich in Senkung des arteriellen Blutdruckes nach einer kurzen anfänglichen Steigerung und in einer Erhöhung des Druckes im kleinen Kreislauf.

A. Lorenz (Innsbruck).

Fuchs, Alfred: Zur Pathologie und Symptomatologie der Commotio cerebri. Wien. med. Wochenschr. Jg. 77, Nr. 37, S. 1229—1232 u. Nr. 38, S. 1288—1289. 1927.

Es wird ein Symptom der Commotio hervorgehoben, das bisher nicht genügend gewürdigt wurde, nämlich das des sekundären, postkommotionellen Schlafes. Dieser tritt in fast allen Fällen nicht komplizierter Commotio ohne Kunsthilfe regelmäßig ein, und zwar nach einem relativ kurzen, vollkommen oder unvollkommen wachen Intervall von ein oder mehreren Stunden. Es handelt sich hierbei um einen echten Schlafzustand im Sinne Economos, d. h. es besteht Erweckbarkeit. Das komatöse Stadium der Commotio und der postkommotionelle Schlafzustand sind auf eine funktionelle Schädigung der Schlafzentren zurückzuführen, sie sind demnach Basalsymptome im Gegensatz zu den postkommotionellen psychischen Störungen wie die retrograde Amnesie oder die Commotiopsychosen, die als Rindensymptome aufgefaßt werden müssen. Einen weiteren Hinweis auf die primäre Schädigung der Basis sieht Verf. in der bei zahlreichen Fällen von Commotio auftretenden flüchtigen peripheren Facialislähmung. Der unmittelbare postkommotionelle Zustand stellt häufig ein leicht manisch erregtes, nicht ganz lucides Intervall vor.

Erna Ball (Berlin).^{oo}

Ford, Frank R.: An experimental investigation into the effects of asphyxia in the brain, with especial reference to asphyxia neonatorum. (Eine Experimentaluntersuchung über die Folgen der Asphyxie auf das Gehirn, mit spezieller Berücksichtigung der Neugeborenen-Asphyxie.) Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. 42, Nr. 2, S. 70—76. 1928.

Eine große Menge von Katzen und Kätzchen wurde auf verschiedenste Weise zur Erstickung gebracht und die Gehirne genauestens, auch mikroskopisch, durchforscht. Es gelang dabei nicht, Gehirnläsionen zu erzielen. Auch bei Anwendung von reinem Kohlenoxyd gelang es nicht, dagegen fanden sich die bekannten Gehirnveränderungen bei Anwendung von Leuchtgas. Daraus ist zu folgern, daß die Ursache dieses Geschehens bei der Leuchtgasvergiftung nicht im Kohlenoxyd liegen kann. Hannes (Breslau).^o

Aikman, John: Cerebral hemorrhage in infant, aged eight months: Recovery. (Hirnblutung bei einem achtmonatigen Kinde. Heilung.) (Genesee hosp., Rochester.) Arch. of pediatr. Bd. 45, Nr. 1, S. 56—58. 1928.

Das bewußtlos eingelieferte Kind zeigte eine anfangs schlaffe, später spastische Lähmung der linken Extremitäten mit klonischen Reflexen, dazu leichtes Fieber. Der Liquor stand unter erhöhtem Drucke und enthielt zahlreiche rote Blutkörperchen. In den folgenden Tagen wurden auch Netzhautblutungen festgestellt. Nach 3 Wochen Besserung, nach weiteren 4 Wochen Heilung bis auf eine geringe Schwäche im linken Arm. Die Diagnose Hirnblutung

wurde durch den Liquorbefund gesichert; ätiologisch wurden verschiedene Prozesse erörtert, bis sich herausstellte, daß das Kind vom eigenen Vater brutal geschlagen worden war.

H. Haenel (Dresden).

Reuter, F.: Über zentrale traumatische Hirnblutungen. (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. Graz.*) Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 207, H. 1/4, S. 92—101. 1927.

Unter dem Einfluß einer stumpfen Gewalt können außer den unter der Rinde liegenden Markblutungen im Gehirn auch noch zentrale Blutungen entstehen, wenn sie auch verhältnismäßig selten sind. Reuter teilt 7 einschlägige Beobachtungen mit, bei denen in jedem Fall größere oder kleinere zentrale Blutungsherde im Linsenkern, der Innenkapsel und der Wandung der 3. Kammer vorhanden waren. Sie lagen stets innerhalb der Stoßrichtung. Mit Ausnahme eines Falles betrafen die Verletzungen Personen im vorgeschrittenen Alter, was zu dem Schluß führt, daß eine primäre Schädigung der Gefäßwand durch die Altersabnutzung und Arteriosklerose im Verein mit einer Blutdrucksteigerung die Disposition zum Eintritt dieser Blutungen schafft. Ein wichtiges Trauma kann die Blutungen aber auch ohne diese Vorbedingungen hervorrufen. Die Beobachtungen sind von Bedeutung für die Beurteilung der Kausalität zwischen einer Kopfverletzung und einem einige Zeit nach dieser aufgetretenen apoplektischen Insult. In jedem Fall, bei dem nach einem Kopftrauma die klinischen Erscheinungen der schweren Gehirnerschütterung auftreten, muß man mit der Möglichkeit zentraler Quetschungs- und Blutungsherde rechnen, und zwar auch dann, wenn nach dem Abklingen der eigentlichen Commotionserscheinungen keine oder nur geringe nervöse Erscheinungen vorhanden sind.

E. König (Königsberg in Pr.).

Castagna, Pietrino: *Sindrome cefalgica post-traumatica*. (Cephalalgie-Syndrom nach Trauma.) *Policlinico, sez. prat. Jg. 35, Nr. 7, S. 282—286. 1928.*

Bei der von Verf. angenommenen posttraumatischen Cephalalgie ist der Kopfschmerz primäres, frühzeitiges und essentielles Symptom. Erst sekundär bringt der Schmerz — je nach der konstitutionellen Prädisposition des Individuums — Dysthymien oder Asthenien hervor. Seltenerer Komplikationen sind cholerische Agitation, Hypochondrie, Melancholie, Verfolgungsdelir u. a. Gegen die sog. traumatische Asthenie bestehen prinzipielle Unterschiede; bei letzterer ist die A. das Primäre und konstant, nicht episodisch und an die Schmerzparoxysmen gebunden. Die Prognose der traumatischen C. ist nach Verf. ungünstig; nur manchmal bringt Lumbalpunktion Besserung.

Liguori-Hohenauer (Konstanz).

Ishikawa, Fukumi: Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der traumatischen Mydriasis. (*Augenklin., Univ. Sendai.*) v. Graefes Arch. f. Ophth. Bd. 120, H. 1/2, S. 317—334. 1928.

Traumatische Mydriasis (tr. M.) entsteht am Kaninchenaug nur dann, wenn vorher die Pupille durch Miotica verengt wird. Durch Schlag gegen ein so vorbereitetes Kaninchenaug gelingt es, eine tr. M. hervorzurufen, deren klinisches Bild dem der tr. M. beim Menschen fast völlig gleicht (geringe oder aufgehobene Reaktion auf Licht, Mydriatica, Miotica). Die postmortale Miosis bleibt aus. Schon daraus kann man schließen, daß der tr. M. eine direkte Schädigung des Sphincter iridis zugrunde liegt. Diese Vermutung konnte durch anatomische Untersuchung der Augen bestätigt werden. Meist zeigte sich keine gröbere Gewebszerreißen oder Durchblutung der Iris, deutlich aber Lockerung der Sphinctermuskulatur, Zerreißen der Muskelfasern, später Umwandlung des Protoplasmas in körnige Substanz, Deformierung der Zellkerne, Chromatolyse, Pyknose. An den Oculomotoriusfasern konnten krankhafte Veränderungen nicht nachgewiesen werden.

F. Jendralski (Gleiwitz).

Horay, Gustav: Vier seltene Augenverletzungen. (*I. Augenklin., Univ. Budapest.*) *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 80, Febr.-H., S. 202—208. 1928.*

1. Perleyste in der vorderen Kammer, ausgehend von einer Cilie, die bei einer Nagelverletzung des Auges eingedrungen war. 2. Roßhaar, durch Peitschenschlag in das Auge gedrungen, wurde 37 Jahre reizlos getragen. 3. Tintenstiftverletzung der Augapfelbindehaut.

Obleich die Farbstoffteilchen sorgfältig entfernt, die Bindehaut reichlich abgespült wurde, entstand ein Hornhautgeschwür, das langsam heilte. 4. Ein Radfahrer war in einen Kraftwagen gefahren und hatte sich eine Wunde der Augenbrauengegend zugezogen. Folgen: Enophthalmus traumaticus, partielle Atrophie des Sehnerven mit entsprechendem Gesichtsfeldausfall als Folge einer Infraktion des Orbitaldaches bis in den Canalis opticus.

F. Jendralski (Gleiwitz).

Schanz, A.: Wirbelsäule und Trauma. (51. Tag. d. dtsh. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 20.—23. IV. 1927.) Arch. f. klin. Chir. Bd. 148, Kongreßber., S. 187 bis 191. 1927.

Die Verletzungen der Wirbelsäule zeigen ein recht wechselndes Bild. Einmal rufen schwere Traumen keinen Schaden hervor, ein andermal verursachen schon leichte Verletzungen einen Wirbelbruch. Wirbelbrüche können wie Extremitätenbrüche glatt abheilen, während leichte Fälle, bei denen man trotz eifrigen Absuchens der ganzen Wirbelsäule keine Verletzung findet, dauernd über starke Beschwerden klagen und noch nach Jahren Arbeitsunfähigkeit bedingen. Die Ursachen dieser Beschwerden liegen in posttraumatischen Wirbelveränderungen und dabei spielen vor allem eine Rolle die von Schmorl beschriebenen Knorpelknötchen oder Knorpelhernien, worunter man Vorwölbungen der elastischen Bandscheibe in den Markraum des Wirbelkörpers versteht. Durch das Trauma wird nämlich die Abschlußplatte des Wirbelkörpers eingedrückt und durch den so entstandenen Spalt quellen die elastischen Massen der Bandscheiben vor und bohren sich allmählich immer tiefer ein. Durch diesen Prozeß wird die statische Leistungsfähigkeit der Wirbelsäule verändert und damit findet die Insuffientia vertebrae traumatica ihre anatomische Grundlage.

Hans Kloiber (Baden-Baden).

Reinhardt, Gustav: Trauma. Fremdkörper. Hirngeschwulst. (Pfälz. Heil- u. Pflegeanst., Klingenmünster u. Prosektur, Dtsch. Forschungsanst. f. Psychiatrie, Eglfing b. München.) Münch. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 9, S. 399—401. 1928.

In einer sarkomatösen Meningealgeschwulst fand sich ein Drahtstück. Der betreffende Kranke hatte vor etwa 20 Jahren bei einer Kesselexplosion einen Unfall erlitten; hierbei ist ihm ein Messingstück an die Stirn geflogen, wodurch er eine stark blutende Wunde oberhalb des linken Auges erlitt. Die Wunde heilte, ohne daß der Verletzte arbeitsunfähig war. Seitdem klagte Patient aber oft über Kopfschmerzen. Verf. bejaht den Zusammenhang der Geschwulst mit dem Trauma. Wahrscheinlich ist der Fremdkörper direkt durch die Stirn — womöglich unter Benutzung der Fissura orbital. sup. — in das Schädelinnere gelangt. Er ruhte dann jahrelang an der Unterfläche des Gehirns, und wahrscheinlich bildete sich um ihn herum ein Granulom, dessen Zellen allmählich bei Fortdauer des Reizes blastomatös entarteteten. Zu dem Reiz kam das Alter und eine eigene Disposition zur Tumorbildung (Patient hatte auch noch ein Pyloruscarcinom).

Kurt Mendel (Berlin).

Carnelli, Riccardo: Sopra due tumori post-traumatici. Contributo all'oncogenesi da trauma. (Zwei posttraumatische Geschwülste. [Beitrag zur Geschwulstentstehung nach Trauma.]) (Osp., Modigliana.) Policlinico, sez. prat. Jg. 35, Nr. 17, S. 798—803. 1928.

1. Bei einer 20jährigen Frau entwickelte sich unmittelbar nach einem Fall mit dem Hinterkopf auf die Treppenstufen starker Kopfschmerz und Erbrechen, Schwindel und Gehstörungen. Nach 8 Tagen waren die Beschwerden behoben, bis nach weiteren 2 Monaten neuerdings heftige Kopfschmerzen das schwere Bild einer Kleinhirnläsion auftrat. Nach weiteren 5 Monaten kam es zum Tode. Die Autopsie ergab eine großen Sarkomknoten, der auf den Unfall in der Weise zurückgeführt wird, daß latente embryonale Keime durch den Unfall zum Wachstum gebracht wurden. — 2. 52jähriger Mann, seit früher Kindheit Erscheinungen von Nierensteinen, später Blutungen. Nach Entfernung der vergrößerten, zum Teil hydronephrotischen Niere, die mit der Umgebung stark verwachsen war und nur in einzelnen Stücken entfernt werden konnte, kam es zur Fistelbildung und weiterhin zu einer großen Geschwulst, die die ganze Nierengegend ausfüllte und histologisch eine bösartige Mischgeschwulst darstellte. Die Entwicklung der Geschwulst wird auf das durch die Operation bedingte Trauma zurückgeführt, wobei wiederum latente Geschwulstkeime als bereits vorhanden angenommen werden.

M. Strauss (Nürnberg).

Wild, Paul: Die chronischen, nicht spezifischen Veränderungen der Sehnenscheiden als Vorläufer von Sarkomen. Ein Beitrag zur Frage des traumatischen Sarkoms. (Inst. f. Unfall-med., Basel.) Rev. suisse des acc. du travail Jg. 21, Nr. 11/12, S. 254—265. 1927.

Entgegen früheren Ansichten gibt es wahre Tumoren der Sehnenscheiden, speziell

Sarkome; die Häufigkeit der Entstehung aus Traumen auch chronischer Art ist eine sehr beschränkte. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Trauma und chronischer Entzündung steht Verf. auf einem vermittelnden Standpunkt; diese Zustände sind in biologischer Hinsicht nahe verwandt; beide schaffen Zustände ungewohnter schädigender Art; auf diesem anormalen Boden kann sich ein Sarkom entwickeln; außerdem werden Traumen an den exponierten Sehenscheiden leicht kleine Risse, Blutungen machen, es bilden sich „Verkehrshindernisse“, die der Organismus durch Entzündung zu beseitigen sucht. Auf diesem Boden entsteht ein Sarkom manchmal langsam, manchmal auch schnell wachsend.

Verf.s eigener Fall betraf einen 47jährigen Kranführer, der dauernd den Hebel mit der rechten Hand bediente; während einer Tätigkeit auf holpriger Straße plötzlich Schmerzen in der rechten Hand. 2 Monate später Verdickung am Radiusende, Abduction des Daumens schmerzhaft. 2 Monate später Operation der Tendovaginitis der Daumenabductoren durch Excision der Sehenscheide, die sich als junges Spindelzellensarkom erwies. Verf. nimmt an, daß die jahrelange Beschäftigung mit dem Kranhebel zu einem Beschäftigungszustand am Ort der stärksten Reibung, am Processus styl. rad. führte (periostale Auflagerung!). Das hinzugetretene Trauma hat entweder maligne Entartung des schon veränderten Sehenscheidengewebes veranlaßt, oder den Patienten auf das schon wachsende Gewächs aufmerksam gemacht oder es ist dem Trauma die allein ursächliche Bedeutung zuzuerkennen. Wenn auch die Tendovaginitis stenosans extrem selten zu Sarkombildung Anlaß gibt, ist die Möglichkeit doch gegeben und in den 4 zitierten Fällen nach Verf.s Ansicht sogar bewiesen. *Scheuer.*^{oo}

Feuerbach, Albert: Les fractures en médecine légale. (Knochenbrüche und Fragen der gerichtlichen Medizin.) (*Laborat. de méd. lég., univ., Strasbourg.*) Strasbourg méd. Jg. 88, Nr. 8, S. 114—127. 1928.

An der Hand einiger typischer Fälle von Knochenbrüchen insbesondere von Biegungsbrüchen der langen Röhrenknochen mit Aussprengung eines V-förmigen Fragments, von Torsionsbrüchen und von Kniescheibenbrüchen wird erörtert, wie aus der Art des Bruches, der Mitbeteiligung der Weichteile insbesondere der Haut, der Beschmutzung der Kleidung u. dgl. Schlüsse auf die Mechanik der Entstehung des Bruches gezogen werden können. Neue Gesichtspunkte werden dabei nicht gebracht. *Besserer* (Münster i. W.).

Schneider, Philipp: Die isolierte Luxation der Bicepssehne am Oberarm. (II. Chir. Univ.-Klin., Wien.) Beitr. z. gerichtl. Med. Bd. 7, S. 164—168. 1928.

Die letzte ausführliche Mitteilung über Luxation der langen Sehne des Biceps stammt aus dem Jahre 1882 von Karl Maydl (Albertsche Klinik, Wien). Verf. bringt einen zufälligen Befund dieser Verletzung, welcher an einer Leiche (anatomisches Präparat) erhoben werden konnte. Instruktive Abbildung. Die Luxation muß der bestehenden Ansicht nach aus der letzten Periode des Fetallebens oder der ersten Lebenszeit herkommen (Auffassung Maydls, Bardenheuers und Adams). *V. Glass* (Hamburg).

Tittinger, Hermann: Unter besonderen Qualen erlittene Körperverletzungen. Wien. med. Wochenschr. Jg. 78, Nr. 11, S. 348—350. 1928.

Blaue Flecken sind nicht immer Blutunterlaufungen. Letztere schmerzen viel mehr als bloße Striemen. Auch Verbrennungen und Verletzungen sind sehr schmerzhaft. Ein Bauernbursche hatte sich mit einer Anilinfarbe blaue Flecken und Streifen auf die Beine gemalt, um Blutunterlaufungen vorzutäuschen. *Meizner* (Innsbruck).

Hartung: Über traumatisches Ödem. (*Knappschafts-Krankenh., Eisleben.*) Arch. f. klin. Chir. Bd. 150, H. 2, S. 288—300. 1928.

Das traumatische Ödem der Hand und des Fußes ist 1902 zum ersten Male beschrieben worden. Berücksichtigt man die große Häufigkeit der Verletzungen dieser Körperteile, so ist die Zahl der bisher beobachteten Fälle dieser Erkrankung äußerst gering. Sie tritt im Anschluß an meist unbedeutende, stumpfe Traumen, welche mit oberflächlichen Verletzungen einhergehen können, auf, und zwar meist erst mehrere Wochen nach Heilung. An der Hand setzt die Schwellung scharf am Handgelenk ab, sie überschreitet dieses nie nach dem Vorderarm zu; entzündliche Erscheinungen fehlen, hingegen wird die Gebrauchsfähigkeit der Hand und der Finger je nach der Stärke des Ödems, das hart werden kann, vermindert. *Simon* (Elberfeld).

Szulislawska, Jadwiga: Tod infolge von Beschneidung. Polska gazeta lekarska Jg. 7, Nr. 8, S. 145—146. 1928. (Polnisch.)

Verf. teilt einen Todesfall eines 13tägigen Säuglings mit, der am 5. Tag nach der rituellen

Beschneidung infolge Verblutung starb. Die gerichtliche Sektion stellte fest, daß nur die oberflächlichen Gefäße (Aa. dorsales penis perineales superficiales et Vv. dorsales penis subcutaneae) durch die Beschneidung verletzt waren; Corpora cavernosa und größere Gefäße unbeschädigt; innere Organe zeigten nur hochgradige Anämie, keine Anzeichen einer Infektion. Als Todesursache nimmt Verf. Hämophilie an. *Schlingmann* (Posen).

Rebizzi, Roberto: Dell'influenza del trauma toracico sull'insorgenza di processi bronco-polmonari e pleurici. (Über den Einfluß der Brusttraumen zur Entstehung von bronchopneumonischen und pleuritischen Prozessen.) (*Sped. Pacini, S. Marcello Pistoiese.*) Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 48, Nr. 47, S. 1108—1110. 1927.

Nach Mitteilung von 2 Fällen von Brusttraumen, nach welchen die Patienten an Lungen- oder Pleurakomplikationen zu leiden hatten, kommt Verf. zu folgenden Schlußfolgerungen: 1. Ein Brusttrauma kann eine Bronchopneumonie wie auch eine exsudative Pleuritis oder myeloide Leukämie zur Folge haben. 2. Die Wirkung eines Trauma kann sich sowohl lokal äußern, wie auch von der verletzten Gegend oder Organ entfernt. 3. Ein Trauma kann viscerale Läsionen verursachen, ohne daß dieselben durch Veränderungen der Weichteile oder äußere sichtbare Zeichen kundgemacht seien. 4. Ein schweres wie auch ein leichtes Brusttrauma bildet in den Lungen und in der Pleura einen Locus minoris resistentiae, welcher geeignet ist, je nach der Lokalisierung, die Entstehung von Komplikationen zu erleichtern. 5. Eine an der Basis getroffene Lunge kann die Folgen des Trauma auch an der entgegen gesetzten Stelle, an der Lungenspitze, erleiden. 6. Wirkt ein Trauma an der unteren Thoraxpartie, so wird die Lunge nach oben verschoben und hier durch die Enge des Brustkorbes noch schwerer an der Lungenspitze verletzt. *Carlo Bortolotti* (Triest).

Barthélemy, R.: Zona traumatique. (Traumatischer Herpes zoster.) Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Bd. 34, Nr. 9, S. 893—894. 1927.

Ein Fall von Herpes zoster nach Trauma wird auf die Postulate dieser Erkrankung eingehend geprüft, nämlich 1. ob es sich tatsächlich um einen Zoster handelt; 2. ob eine Verletzung der Eruption vorausgegangen ist; 3. ob die Verletzung direkt oder indirekt die Ganglien, in deren Wirkungsbereiche die Eruption lokalisiert ist, betroffen hat. *Menze* (Frankfurt/Oder).

Vance, B. M.: Subcutaneous injuries of the abdominal viscera. Anatomic and clinical characteristics. (Subcutane Verletzungen der Bauchorgane. Anatomische und klinische Zeichen.) (*I. surg. div., Bellevue hosp. a. surg. serv., Presbyterian hosp., New York.*) Arch. of surg. Bd. 16, Nr. 3, S. 631—679. 1928.

Von allen Bauchorganen zerreißt am meisten die Leber durch stumpfe Gewalt. Nach Geill tritt ihre Verletzung in 59,9% aller Verletzungen des Stammes auf. Das rührt von ihrer eigentümlichen, festen, nur wenig elastischen Konsistenz her. Nur starke Gewalt bringt sie in normalem Zustande zum Platzen; ihre Zerstörung durch Krebs oder ihre Veränderung durch ein Aneurysma gaben Veranlassung zur Berstung nach einem geringfügigen Unfall. Die echten Risse treten nach Sitz, Form, Lage und Entstehungsmechanismus sehr verschieden auf. Die meisten sitzen an der sagittalen Fläche auf der konvexen Oberfläche. Von ihnen sind einige ohne Zweifel entstanden durch übermäßige Beugung des Organs, indem beide Enden gegeneinander gebogen wurden durch seitliche Kompression der Rippen. Das Resultat ist ein Bruch der Leber rechtwinklig zu der Achse der Biegung. Sagittale Risse an der Oberfläche entstehen auch durch Sturz des Körpers auf den Kopf oder die Schultern, indem die Leber nach oben gepreßt, gebeugt und damit in der gleichen Weise rupturiert wird. Auch seitliche Risse können entstehen durch Einwirkung eines tangential einwirkenden Trauma. Eine völlige Durchreißung trat z. B. ein durch ein heftiges Treten gegen den Bauch in mörderischer Absicht; das Opfer lag, der Mörder trat gewissermaßen durch den Druck der Leber gegen die Wirbelkörper das Organ in zwei Hälften. Quer verlaufende und schiefe Risse der Leber sind beobachtet worden, jedoch viel seltener als die oben geschilderten. Verletzungen mit Erhaltung der Kapsel sind erheblich seltener. Man hat zwei Arten beschrieben, das subkapsuläre Hämatom und die Zentralruptur der Leber. Das erstere sitzt gewöhnlich an der oberen Fläche und geht nach Edler mit heftigen Schmerzen einher. Die Zentralrupturen führen zu geschlossenen Hohlräumen der Leber, die mit Blut oder mit zertrümmertem Gewebe gefüllt sind. Die frühere Vorstellung, als entstanden diese Bluträume analog den Hirnblutungen durch Platzen einer Arterie, muß fallen gelassen werden; die Zentralblutungen kommen

zustande durch eine starke Gewalt, die die Leber gewissermaßen um ihre Längsachse dreht, „as one would wring a wash-rag“; die Gefäße zerreißen, eine starke Blutung ins Parenchym ist die Folge. Die erste Folge einer Leberruptur ist ein starker Shock, der auf sympathische Einflüsse zurückzuführen ist; auf ihnen beruht auch die Bewusstlosigkeit, die manchmal eintritt. Die zweite und wichtigste Komplikation ist die intraperitoneale Blutung. Zuerst ist das Blut flüssig und rot, manchmal mit Galle vermischt, nach einigen Stunden ist es braunrot und teilweise geronnen. Infektionen führen unweigerlich zur tödlichen Peritonitis. Am gefährlichsten sind die Sagittalrisse, die die Leber vollkommen durchtrennen. Unter 12 Fällen starben 9 innerhalb von 5 Stunden. Des weiteren bespricht Verf. die klinischen Folgen der Zentralruptur, dann die der Zerreißung der großen Lebergefäße, die fast immer tödlich verlaufen, die der Zerreißung der Gallengänge kleineren und größeren Kalibers, bis zu der des Ductus hepaticus, choledochus und cysticus. Ihre Erkennung ist durchaus nicht einfach, aber von größter Bedeutung, denn die rechtzeitige Unterbindung kann Rettung bringen. Eine Zusammenstellung von 21 Fällen von Leberruptur zeigte, daß 7 Verletzte bei dem Unfall starben, 8 den Unfall um eine halbe bis 6 Stunden überlebten, 2 von 12—24 Stunden, 2 lebten noch 4 und 5 Tage und weitere 2 noch 11 und 15 Tage. Die normale Milz kann nur durch ein relativ schweres Trauma verletzt werden. Der Entstehungsmechanismus ist nicht ganz klar. Am meisten entstehen quere Rupturen an der Oberfläche des Hilus. Spontanrupturen der Milz sind verhältnismäßig oft beobachtet worden, und zwar dann, wenn das Organ groß, geschwollen und mit Blut überfüllt ist, in welchem Zustande die Milz zerbrechlich und auch für ein leichteres Trauma zugänglich ist. Schon heftiges Lachen, Heben von Lasten und ähnliches vermag zur Ruptur zu führen. Die Zustände, bei denen es zur spontanen Ruptur kommen kann, sind Malaria, Leukämie, Typhus, Lebercirrhose, die letzten Monate der Schwangerschaft und anderes. Man unterscheidet zweierlei Formen von Milzruptur, einmal solche von Kapsel und Parenchym und zweitens solche von Parenchym allein, die man auch Kontusion nennt. Die ersteren sind die häufigeren. Sie gehen mit Blutungen einher, die tödlich verlaufen können. Das ergossene Blut verhält sich genau wie bei der Leberruptur, ist erst flüssig, geht bald aber Veränderungen ein. Die Zeichen einer Milzkontusion sind heftiger Schmerz im linken Hypochondrium, Milzvergrößerung und ein Fieber vom Typ der Quotidiana. Dieses Fieber ist nicht leicht erklärlich; man hat gemeint, daß es auf einen alten septischen Prozeß, der durch den Stoß gegen die Milz mobilisiert sei, zurückzuführen sei. Verf. führt dann 12 Fälle an, von denen 4 starben und 8 genasen, so daß es scheint, als ob die Leberrupturen wesentlich gefährlicher seien, als die der Milz. Die klinischen Erscheinungen der Milzruptur haben an sich außer örtlichem Schmerz und Spannung keine besonderen Kennzeichen; Blässe und zunehmende Atemnot deuten auf den Blutverlust hin. III. die Verletzungen der Nieren. Nach Auseinandersetzung über die Gründe, warum die Niere seltener verletzt wird als die anderen Organe der Umgebung, bespricht Verf. die Experimente von Küster, nach dem die blutgefüllten Nieren stärkere Verletzungen aufweisen als die blutleeren. Zustande kommt die Verletzung durch eine abnorm starke Biegung der Niere, bei der oft die XII. Rippe eine entscheidende Rolle spielt. Die Arten der Nierenruptur sind graduell verschieden, ihre Prognose ist im ganzen nicht schlecht. Nach Wagner sterben 18,6% der Verletzten, die Zahlen für die konservative Behandlung wie für die chirurgische sind ungefähr ebenfalls in dieser Höhe. IV. Verletzungen des Pankreas. Sie sind sehr selten, kommen zustande nur durch Hufschlag, Tritt vor die Bauchmitte und alle Verletzungen, die die Mitte des Leibes treffen. Die Rupturen können an den verschiedensten Stellen eintreten, aber meist bevorzugen sie drei Stellen, je nach der Richtung der Gewalt. Meist tritt durch Shock oder Blutung der Tod ein. Einige Fälle sind gerettet worden, so Fälle von Karewski, Thöle, Wildegans. Nach Karewski sterben von den operierten 72%. Häufig wird die Heilung durch Pankreasfistel kompliziert. Verf. bespricht die Fettnekrose, das Hämatom im hinteren

Peritonealsack, wenn das Foramen Winslowi geschlossen ist, und schließlich eingehender die traumatische Pankreascyste, von der er eine peripankreatische und eine endopankreatische unterscheidet. Die erstere ist zunächst ein Gemisch von Blut und Pankreassekret, später wird der Inhalt klarer; die Folgen sind alle die einer gestörten Pankreasfunktion. Die Ruptur des Magens ist selten, kommt an allen Stellen des Magens vor, besonders am Pylorus. Die des Duodenum sind schon häufiger, weil es fixierter aufliegt und seine Wand dünner ist. (Verf. erwähnt hier nicht die außerordentlich wichtige Selbstverdauung des Duodenum durch Austritt seiner Säfte in seine geschädigte Wand.) Der Dünndarm wird häufiger geschädigt als der gut geschützt liegende Dickdarm, von dem eigentlich nur die Stelle des Colon transversum getroffen werden kann, die in der Mittellinie liegt. Wenn der Dünndarm zerreißt, zieht sich zuerst die Wand zusammen, so daß nichts austritt, erst nach einigen Stunden öffnet sich die kontrahierte Stelle, Inhalt tritt aus, und ist der Tod noch nicht durch Blutung eingetreten, so tritt er durch Peritonitis ein. Verf. berichtet von 10 Fällen von Darmruptur, von denen 5 starben und 5 durchkamen. Die subcutanen Verletzungen des Mesenterium sind als Risse und als Kontusionen beobachtet worden. Am meisten ist das Mesenterium des Dünndarms verletzt worden, weniger oft das Mesosigmoideum, das Mesocolon transversum, das Omentum und die Mesoappendix. Gewöhnlich folgt eine intraabdominale Blutung. Selten ist eine solche Verletzung allein für sich, meist ist sie verbunden mit Rissen des Darmes. Es kann aber auch das Mesenterium am Darm abgerissen sein, so daß Ernährungsstörungen die Folge sind und Peritonitis unweigerlich eintritt. Ist der Riß nur sehr klein, so können nach Monaten stenosierte Stellen im Dünndarm auftreten, herrührend von der einst geschädigten Wandstelle. Die Rupturen der Harnblase teilt man ein in intraperitoneale und extraperitoneale. Die ersteren sind meistens verbunden mit Beckenfrakturen, jedoch kommen sie auch ohne solche vor. Der gewöhnliche Sitz ist an der Vorderwand, halb zwischen Fundus und Urethra. Häufiger sitzt der Riß auch an der Hinterseite, wenige Zentimeter über und hinter dem Ureterostium, entsprechend der Höhe der Articulatio sacro-iliaca. Sowohl die abgebrochenen Schambeine wie auch die scharfen Ecken des Sakralknochens können die Blase schwer verletzen. Je nach dem Sitz der Fraktur kann auch die Harnröhre in ihren verschiedenen Teilen verletzt werden. Die extraperitonealen Spontanrisse sind erheblich seltener. Verf. bespricht dann weiter die intraperitoneale Blasenruptur, die Mechanik ihrer Entstehung und — kurz — ihre klinische Erscheinung. Man hat in den ersten Stunden nach der Verletzung das Peritoneum trotz der reichlichen Füllung mit Urin ohne Reaktion gefunden. Nach Rost kann der Patient schließlich an Urämie sterben.

Vogeler (Berlin).^o

Delkeskamp, G.: Fremdkörper im Magen. (*Chir. Abt., städt. Krankenh., Landsberg a. W.*) Zentralbl. f. Chir. Jg. 54, Nr. 50, S. 3189—3190. 1927.

Kasuistische Mitteilung des Falles eines 30jährigen Strafgefangenen, der eine größere Zahl Fremdkörper verschluckt hatte und über unerträgliche Magenschmerzen klagte. Durch Gastrotomie wurden 30 Kleiderknöpfe, 1 Kleideröse, 4 größere Nägel, 1 Schraube und 2 hölzerne Kleiderhaken entfernt ($10 \times 2\frac{1}{2}$ cm). Glatter Heilungsverlauf. Es gingen noch 44 Knöpfe per anum ab. Trotzdem, wie die Kasutik lehrt, Fremdkörper von der Größe und Art des vorliegenden Falles meist auf normalem Wege abgehen können, entschloß man sich wegen der Magenschmerzen zur Operation. 2 Abbildungen.

Dumont (Bern).^o

Guerriecchio, Antonio: Diabete insipido di origine traumatica. (Traumatischer Diabetes insipidus.) Rif. med. Jg. 44, Nr. 13, S. 364—366. 1928.

Den 34 in der Literatur beschriebenen Fällen traumatischer Genese der genannten Erkrankung fügt Verf. einen weiteren hinzu. Es handelt sich um Sturz vom Pferde mit Aufschlagen der Stirngegend, die auch äußerlich verletzt wurde. 20 Tage danach Ausbruch typischer Symptome. Objektiv in der Frontal- und Parietalgegend links adhärenente Narbe. Urinmenge bis zu 8 Liter, D = 1,002—1,006, Radiographie der Sella turcica ergab nichts Besonderes. Vermutlich handelte es sich um eine hyperchlorämische Form, wie die Belastungsproben mit Kochsalz und die Reaktion auf Pituitrin zeigten.

Jastrowitz (Halle).^o

Brüning, Fritz: Gibt es eine traumatische Appendicitis? (Bemerkungen zu dem gleichnamigen Aufsatz von Steinthal in Nr. 39, 1927 dieser Wochenschrift.) Münch. med. Wochenschr. Jg. 74, Nr. 51, S. 2180. 1927.

Polemik gegen die Auffassung Steinthals (vgl. dies Ztschr. 11, 190), welcher die Unmöglichkeit der traumatischen Appendicitis vertritt. Brüning führt für seine Ansicht einen Fall ins Feld, den vor kurzem Silberstein (Medizin. Welt 1927, Nr. 38) mitteilte und der folgendermaßen lag: Nach einem Sturz auf die r. Bauchseite verspürt ein bisher gesunder Junge plötzlich heftige Schmerzen und wird am nächsten Tag unter den Zeichen einer Appendicitis operiert. Befund: Wurmfortsatz auf Daumenumfang verdickt mit großem subserösen Hämatom. Mikroskopisch sind die noch vorhandenen Wandschichten stark mit Blut und Leukocyten durchsetzt und zeigen Veränderungen einer typischen phlegmonösen Appendicitis.

Die Frage der traumatischen Appendicitis ist besonders für die gerichtliche Begutachtung von Wichtigkeit.

Rieß (Hagen).^{oo}

Troján, Emil: Fremdkörper im Mastdarm (vom gerichtsarztlichen Standpunkt). (Chir. Klin., Univ. Szeged.) Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 53, Nr. 42, S. 1781. 1927. Vgl. dies. Ztschr. 11, 159.

Mačušenko: Beitrag zu der Kasuistik der gerichtlichen Darmverletzungen. Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. 29, Nr. 10, S. 781—783. 1927. (Serbo-kroatisch.)

Kurze Beschreibung einer Dünndarmverletzung nach einem Bauchstich. Verf. weist auf die Verschiedenheit des strafrechtlichen und medizinischen Standpunktes in der Beurteilung der Schwere der Verletzung hin. Während nach dem ersten (serbischen Strafgesetz) eine Verletzung nur dann als eine schwere qualifiziert wird, wenn sie eine einmonatige vollkommene Arbeitsunfähigkeit nach sich zieht, ist nach der medizinischen Auffassung jede Bauchwunde mit der Verletzung des Darmes nicht nur als eine schwere, sondern sogar als eine lebensgefährliche Verletzung zu betrachten.

Pliverić (Zagreb).

Dretzka, Leo, and Benjamin F. Freeman: Acute traumatic injuries of the abdomen. (Akute traumatische Bauchverletzungen.) Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. 26, Nr. 12, S. 703—711. 1927.

Shocksymptome und Facies abdominalis zeigen nicht immer sicher eine intraperitoneale Verletzung an, ebenso wie ihr Fehlen sie nicht ausschließen läßt. Puls, Atmung und Gesamtbild müssen berücksichtigt werden. Lokale Bauchdeckenspannung weist auf Verletzung des darunterliegenden Organs hin, diffuse brettharte Spannung spricht für Perforation. Bei Schußverletzung ist eine umschriebene tiefe Druckempfindlichkeit von viel größerer Wichtigkeit als die oberflächliche an der Einschußstelle. Blut im Abdomen macht nur mäßige Bauchdeckenspannung und eine bei Lagewechsel nicht verschiebliche Dämpfung. Perforierende Schußverletzungen der soliden Organe verursachen meist starke Schmerzen, solche der Hohlorgane können ohne Schmerz verlaufen. Verletzungen der Flexura sigmoidea und des Rectums sind weniger ernst als die des übrigen Dickdarms. Die Temperaturen sind oft subnormal. Zwerchfellverletzungen sind schwer zu diagnostizieren. Vale beschreibt als Zeichen für intrathorakale Verletzungen ein momentanes Erschlaffen der gespannten Bauchmuskeln am Ende einer Expiration und eine verlängerte Pause vor dem Ende der In- und dem Anfang der Expiration. Ob eine traumatische Appendicitis vorkommt, ist sehr zweifelhaft. Um zu entscheiden, ob das unter der Hautwunde liegende Bauchorgan verletzt ist, ist bei Stichwunden der Operationsschnitt in der Nähe der äußeren Wunde anzulegen. Bei Schußverletzungen ist er dagegen an der Stelle der stärksten Bauchdeckenspannung zu machen.

Joseph (Köln).

Machii, H.: Ein Fall von pneumatischer Sigmoidruptur. (Chir. Klin., Dairen-Hosp., Dairen.) Journ. of orient. med. Bd. 7, Nr. 5, S. 113. 1927.

Aus Scherz führt ein junger Mann das Luftrohr einer pneumatischen Leitung, die unter einem Druck von 90 Pfund stand, an den Anus eines anderen. Derselbe brach plötzlich unter großem Schmerz zusammen. Der Bauch war sofort danach aufgetrieben, ohne daß Erbrechen und Ohnmacht eintrat. 4 Stunden später wurde die Laparotomie ausgeführt, Luft entwich bei der Eröffnung des Peritoneums. Am Sigmoidium fand man eine Perforation von ca. 1 cm und darunter einen 12 cm längslaufenden Riß in der Serosa. Die Stellen wurden vernäht, es trat ohne weiteres Heilung ein.

Foerster (Münster).

Witas et Parres: Ascite post-traumatique. (Posttraumatischer Ascites.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 16. IV. 1928.*) Ann. de méd. lég. Jg. 8, Nr. 5, S. 239 bis 242. 1928.

Nach mehreren Huftritten in die Bauchgegend entwickelte sich bei einem 58jährigen Manne nachträglich ein Ascites, bei dem durch 5 Punktionen 60 l Flüssigkeit abgelassen wurde. Der Tod trat 96 Tage nach dem Unfall ein. Die Sektion ergab außer einer Adhäsion im Bereich der rechten Kolonflexur keinerlei Veränderungen als erkennbares ätiologisches Moment für den Ascites. Ein Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Ascites wurde als wahrscheinlich angenommen: 1. wegen der nachgewiesenen schweren Bauchkontusion, 2. wegen Fehlens von Zeichen einer Blutung oder Darmruptur nach dem Unfall, 3. wegen Ausschluß von Tuberkulose, Lues und Urämie und 4. wegen des Sektionsbefundes. Schönberg (Basel).

Romanese, Ruggero: Un nuovo criterio diagnostico desunto dalla presenza della incisura di uscita nelle ferite per arma da punta e taglio. (Ein neues diagnostisches Kriterium, berührend vom Ausgangseinschnitt in den Stich- und Schnittwunden.) (*Istit. di med. leg., univ., Parma.*) Arch. di antropol. crim., psichiatr. e med. leg. Bd. 47, H. 6, S. 944—947. 1927.

Romanese, R.: Sul meccanismo di formazione e sul significato della incisura di uscita nelle ferite per arma da punta e taglio. (Über den Entstehungsmechanismus und über die Bedeutung des Ausgangseinschnittes in den Stich- und Schnittwunden.) (*Istit. di med. leg., univ., Parma.*) Arch. per le scienze med. Bd. 50, S. 151—154. 1927.

Der bekannte Ausgangseinschnitt, der oft bei dem einen oder dem anderen Rande der Messerwunden auftritt und der von der Rotationsbewegung der Waffe um die Längsachse herum abhängt, wird nicht von zufälligen Bewegungen des Verwunders oder des Verwundeten verursacht, sondern von einer unwillkürlichen instinktiven Schließbewegung der Hand, welche die Waffe festhält, um den Griff derselben, im Augenblicke des Herausziehens aus der Wunde, und deshalb, durch muskulären Synergismus, von einer leichten Flexionsbewegung der Hand im Handgelenk. Daraus folgt, daß nach dem Sitze des Ausgangseinschnittes beim einen oder anderen Rande der Wunde es möglich ist zu schließen, ob die Waffe von der rechten oder linken Hand umgriffen war; da die Rotationsbewegung der Waffe um die Längsachse herum rechtswärts sein wird, wenn die angreifende Hand die linke ist, und umgekehrt linkwärts wenn die rechte.

Autoreferat.

Journée et Piédelièvre: Pénétration des plombs de chasse et des chevrotines dans le corps humain. (Durchschlagsfähigkeit von Jagdmunition [Bleigeschosse und Schrot] für den menschlichen Körper.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 16. IV. 1928.*) Ann. de méd. lég. Jg. 8, Nr. 5, S. 225—231. 1928.

Durch Vergleichsschüsse auf Leichen und Holzbretter kamen Verff. zu dem Ergebnis, daß Bleikugeln auch auf größere Entfernung viel größere Wunden erzeugen, als man gewöhnlich annimmt. Im allgemeinen ist die Durchschlagskraft von Bleigeschossen in der Leiche, falls nicht dickere Knochen getroffen werden, 3—7mal größer als in Tannen- oder Pappelholz. Schrotschüsse aus 150 m Entfernung können 13—14 cm, aus 250 m Entfernung noch 7 cm tief in die Muskulatur eindringen. Bei kurzer Entfernung, aber auch bei größerer (Konzentrationsgewehre), können große Weichteilszertrümmerungen und auch Knochenbrüche entstehen. Bei Nahschüssen mit Schrot kommen ungeheure Verletzungen und Knochenbrüche, z. B. des Oberschenkelknochens, zustande. Ricochettierende Geschosse haben etwa nur $\frac{1}{4}$ (bis $\frac{1}{7}$) der Durchschlagskraft direkter Treffer, woran man sie, falls keine Kleider getroffen sind, leicht unterscheiden kann. Durch Vergleichsschüsse kann annäherungsweise die Entfernung eines Schusses aus seiner Durchschlagskraft bestimmt werden, aber nur, wenn die gleiche Waffe mit gleicher Munition benutzt wird. Weimann (Berlin).

Simonin, C.: Traces laissées dans les vêtements par les coups de feu tirés de près; tatouage en coarde. (Kleiderspuren bei Nahschuß. Kokardenartige Berußung.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 14. V. 1928.*) Ann. de méd. lég. Jg. 8, Nr. 6, S. 261—267. 1928.

Bei Schießversuchen durch mehrere auf Haut gelegte Stoff- und Papierlagen

ergab sich bei einer Entfernung des Schusses von 5—6 cm nur eine Berührung der äußersten Stofflage an der Außenfläche. Die Einschußöffnung war hier durch Verbrennung der Ränder größer. Bei Durchschuß einer dicken Papierlage erweiterte sich der Durchmesser des Schußkanals etwas von außen nach innen. Die Haut selbst zeigte die üblichen Veränderungen. Bei Nahschuß mit aufgelegter Watte fand sich zunächst eine Berührung der Außenfläche der ersten Stofflage, ferner eine kokardenförmige Berührung je zwischen 1. und 2. resp. 2. und 3. Lage sowie zwischen Haut und letzter Stofflage.

Schönberg (Basel).

Duerdoth: Aortenaneurysma durch Bruststeckschuß. Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 34, Nr. 11, S. 168—169. 1928.

1916 Verwundung durch Schrapnellkugel im Liegen. Einschuß oberhalb des linken Schulterblattes, Hämothorax links, systolisches Herzgeräusch. Oktober 1921 Husten, Bruststiche, Auswurf. März 1927 erhöhte Beschwerden, auffallend blasses Aussehen, Zurückbleiben der linken Brusthälfte, mit dem Puls synchrones, schwirrendes Geräusch an der vorderen Brustwand. Im Röntgenbild eine die Herzbewegungen mitmachende Schrapnellkugel an der Hinterwand des Herzens in Höhe des 7. Brustwirbels und im oberen Mittelfellraum links von der Aorta eine halbeiförmige Geschwulst, die ebenfalls die Pulsationen des Aortenbogens mitmachte und sich bei der Systole vergrößerte. Diagnose: Aortenaneurysma. Der rekonstruierte Schußkanal sprach ebenfalls für eine Aortenverletzung. Erwerbsunfähigkeit wegen Gefahr des Platzens und Druckwirkung auf lebenswichtige Organe. *Weimann* (Berlin).

Bogdan, Georges: Deux cas de strangulation criminelle. Survie. Guérison. (Zwei Fälle von krimineller Strangulation. Heilung.) Ann. de méd. lég. Jg. 8, Nr. 3, S. 132—133. 1928.

1. Notzuchtsversuch bei einer 24jährigen Frau. Würgen. Nach 24 Stunden fast völlige Aphonie, Schluckbeschwerden, Rötung und Chemosis der Conjunctiven, Würge Spuren am Halse, Rötung der Larynx, Stimmbandparese. Nach 8 Tagen Heilung. — 2. Drosselung eines 15jährigen Jungen mittels eines 2mal um den Hals gelegten Riemens und Hineinstoßen eines kleinen Baumzweigs in den Rachen. Nach 24 Stunden doppelte Strangmarke, Chemosis der Conjunctiven, Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Verletzung im Rachen. Heilung nach 8 Tagen.

Schönberg (Basel).

Wachholz, L., und J. Olbrycht: Gewaltamer Tod durch verbrecherische Kastrierung oder natürlicher Tod durch Aortaruptur. Beitr. z. gerichtl. Med. Bd. 7, S. 94 bis 97. 1928.

Mitteilung eines Falles, bei welchem die Frage zu entscheiden war, ob eine spontane Aortaruptur oder eine Verblutung aus einer Kastrationswunde zum Tode geführt hat. Tatgeschichte: Man fand die Leiche des Schlossermeisters D. vor seinem Bette sitzend, der Unterbauch entkleidet, das Glied sowie ein Hoden waren abgetrennt und entfernt, die Wunde zeigte eine geringe Blutunterlaufung. Leichenbefund: Spontanruptur der Aorta mit Tamponade des Herzbeutels. Die Erhebungen ergaben, daß D. mit einer Dienstmagd in letzter Zeit in geschlechtlichem Verkehr gestanden war, diese machte folgende Angaben: In der kritischen Nacht habe sie sich dem D. mehrmals hingegeben, nach dem letzten Beischlafe bemerkte sie, wie der D. plötzlich zitterte und fast ohnmächtig aus dem Bette sank. D. forderte sie noch auf, sich ihm nochmals hinzugeben, in diesem Momente überfiel sie eine solche Wut, daß sie mit einem zufällig vorhandenen Taschenmesser die Geschlechtsteile des D. abtrennte und zum Fenster hinauswarf. Die Untersuchung der Täterin ergab das Vorhandensein eines hysterischen Symptomenkomplexes, nicht aber das Vorliegen irgendeiner straffausschließenden Psychose.

Im Gutachten wurde ausgeführt, daß die Gemütsbewegung, die zu dieser Tat geführt hat, möglicherweise durch eine sexuelle Überreizung ausgelöst worden war. Verf. erinnert noch an den Fall von Hildebrand, der eine weitgehende Ähnlichkeit mit dem vorbeschriebenen Falle hat. (Hildebrand, vgl. dies. Ztschr. 6, 49.)

Schwarzacher (Heidelberg).

Serebriankov P., und D. Golajev: Die Anwendung der Phytoplanktonmethode zur Differentialdiagnose zwischen Ertrunkenen und ins Wasser geratenen Kadavern. Odesskij med. Ž. 3, 425—430 (1928) [Russisch].

Verff. kommen zum Schluß, daß es bei Anwendung der Phytoplanktonmethode meistens möglich ist, Leichen von Ertrunkenen von ins Wasser nach dem Tode gebrachten zu differenzieren. Hauptzeichen ist die Verteilung der Diatomeen im Lungengewebe. Im ersten Falle sind die Lungen gleichmäßig mit Diatomeen durch-

setzt, im zweiten sind die Randpartien der Lungen von den Diatomeen ganz frei, während im übrigen Lungengewebe dieselben kein regelmäßiges Bild darstellen. Bei sehr verfaulten Leichen kann diese Methode im Stich lassen. In solchen Fällen muß man sich mit anderen Methoden behelfen und auf die Anwesenheit von Muskelfasern achten, was auf Tod durch Ertrinken hinweist. *Autoreferat.*

Die Selbstmorde in Preußen im Jahre 1925. Med.-statist. Nachr. Jg. 15, H. 3/4, S. 121—126. 1928.

Wiederum Zunahme der Zahl der Selbstmorde, 9164 (6598 m., 2566 w.) gegenüber 8590 (6251 m., 2339 w.) im Vorjahre und 7863 (5300 m., 2563 w.) 1923. Also Zunahme um 6,7% gegenüber 1924, um 16,5% gegenüber 1923. Verhältnismäßig etwas stärkere Zunahme des weiblichen Teiles.

Tabelle 1:

Jahr	Auf 100000 Lebende			Jahr	Auf 100000 Lebende		
	m	w	zus.		m	w	zus.
1913	33	11	22	1920	28	14	21
1915	22	10	16	1921	27	12	19
1916	21	12	16	1922	30	13	21
1917	19	11	15	1923	28	13	20
1918	18	11	14	1924	34	12	23
1919	22	13	17	1925	36	13	24

Wegen der zahlenmäßigen Abnahme der Gruppen der Kinder bis zu 10 Jahren und der 10—15jährigen muß bei Vergleichen der Vor- und Nachkriegszeit die Altersklassenauszählung der Gesamtbevölkerung für 1925 abgewartet werden, um vergleichbare Zahlen zu bekommen. Tabelle 2 illustriert die zahlenmäßige Beteiligung der einzelnen Altersklassen (unter Berücksichtigung des Geschlechts) an der Selbstmördermasse. Am stärksten ist die Zunahme der männlichen Altersklasse der 30—40jährigen. Die Ursache dafür liegt wohl wesentlich in gesteigerter Arbeitslosigkeit. Die 3. Tabelle bringt die absoluten und die auf 100000 Lebende berechneten Zahlen der Selbstmorde in den einzelnen preußischen Provinzen. An erster Stelle steht, wie im Vorjahre, Berlin. Die Spannung zwischen den Selbstmordziffern der Geschlechter hat zumeist etwas nachgegeben. In Berlin kommt schon auf 2 männliche 1 weiblicher Selbstmord, in Oberschlesien erst auf 5. Tabelle 4 illustriert die Art und Weise der Ausführung:

Tabelle 4:

1925	1924	1925	1924
männliche		weibliche	

	1925		1924	
	männliche	weibliche	männliche	weibliche
	Personen			
Erhängen	2988	2877	713	706
Erdrosseln	3	3	2	5
Ertränken	745	722	629	558
Erschießen	1528	1503	138	121
Erstechen	9	13	—	2
Schnitt in den Hals	67	35	28	7
Öffnen der Adern	26	58	17	23
Aufschneiden des Bauches	2	—	1	1
Einnehmen von Gift	276	225	269	250
Einatmen giftiger Gase	577	470	550	462
Überfahrenlassen	262	234	80	56
Sturz aus der Höhe	95	84	129	134
Verbrennen	15	6	8	7
Andere oder nicht genannte Mittel	5	21	2	7
Überhaupt	6598		2566	2339

Vor allem haben zugenommen die Giftselbstmorde, einschließlich der giftigen Gase (zweifellos in erster Linie Leuchtgas! Ref.) Der starke Rückgang der Pulsaderöffnungen zugunsten des „Schnitt in den Hals“ ist durch Zurechnen aller Schnitte in den Hals mit oder ohne Tod durch Verblutung aus den geöffneten Halsadern zu erklären (im Interesse einer mit dem Sprachgebrauch übereinstimmenden Namengebung zu billigen!

Ref.). Hinsichtlich der Beweggründe werden wieder nur Trunksucht und wirtschaftliche Not hervorgehoben, 1919 war die Zahl der fast ausschließlich männlichen trunksüchtigen Selbstmörder auf 40 zurückgegangen, während es 1925 wieder 343 absolut, damit 14% mehr als 1924 sind. Es besteht begründete Aussicht, daß die Zahlen der Vorkriegszeit bald wieder erreicht werden. Auch die wirtschaftlichen Beweggründe haben an Bedeutung weiterhin zugenommen (710 Fälle, 15% Zunahme gegenüber 1924, Zunahme nur beim männlichen Geschlecht). Bei fast $\frac{1}{6}$ aller Fälle konnten Ursachen und Beweggründe nicht festgestellt werden. Über die Verschleierung der Beweggründe vgl. Jg. XIV, S. 145. Auf 100000 Lebende gleichen Bekenntnisses kommen 28 Fälle bei den evangelischen, 13—14 bei den katholischen Christen, 53 bei den Juden. Die Selbstmordbereitschaft der evangelischen Frauen steht zwischen den Jüdinnen (am größten) und den katholischen (am kleinsten).

Walcher (München).

Leger, Marcel: Considérations sur le coup de chaleur. (Betrachtungen über den Hitzschlag.) Rev. prat. des maladies des pays chauds Bd. 8, Nr. 1, S. 7—17. 1928.

Verf. gibt eine Übersicht über die verschiedenartigen Theorien, die sich mit dem Symptomenkomplex des Hitzschlages befassen, und berichtet über eigene Untersuchungen an 3 infolge Hitzschlages zugrunde gegangenen Schimpansen und Meerschweinchen, die bei Temperaturen von 40—45° und wechselndem Feuchtigkeitsgehalt der Sonne ausgesetzt wurden. Das Blutbild zeigte keine Veränderungen der roten Blutkörperchen, die eosinophilen Leukocyten waren vermindert, die neutrophilen stark vermehrt, das Hämogramm ergab eine Rechtsverschiebung nach Arneth und degenerative Veränderungen am Kern und Protoplasma der weißen Blutkörperchen. Die Vielheit der angeführten Erklärungsversuche beweist, daß eine ausreichende Deutung der Pathogenese des Hitzschlages noch fehlt. Ernst Illert (Goddelau).

Vergiftungen.

● **Kommentar zum Deutschen Arzneibuch. 6. Ausgabe 1926. Auf Grundlage der Hager-Fischer-Hartwichschen Kommentare der früheren Arzneibücher.** Hrsg. v. O. Anselmino u. Ernst Gilg. Bd. 2. Berlin: Julius Springer 1928. 917 S. geb. RM. 60.—.

Der zweite Band des Kommentars zum Deutschen Arzneibuch entspricht in bezug auf Inhalt und Ausstattung durchaus den Erwartungen, die das Erscheinen des ersten Bandes hat hervorrufen müssen. Die alphabetisch geordnete Reihe der Heilmittel (Lactyl-p-phenetidin bis Zincum sulfuricum) ist abgesehen vom ausführlichen Text auf 770 Seiten, wiederum mit zahlreichen Abbildungen ausgestattet. Der Anhang bringt außer einem Nachtrag, einem Verzeichnis der Abkürzungen und einem Inhaltsverzeichnis zahlreiche tabellarische Zusammenstellungen über Atomgewichte der Elemente, Reagenzien zur Arzneimittelpfprüfung sowie für ärztliche Untersuchungen, über Laboratoriumsgeräte, Dichten- und Siedepunktveränderungen, Maximaldosen, Gifte, Synonyma usw. Das ganze Werk dürfte ein für den Gerichtsarzt sehr wertvolles Nachschlagebuch darstellen.

K. Reuter (Hamburg).

Strathairn, G. C.: A case of phosphorus poisoning reported as a possible case of yellow fever. (Phosphorvergiftung als mögliche Ursache eines Falles von gelbem Fieber.) Transact. of the Roy. Soc. of Trop. Med. a. Hyg. Bd. 21, Nr. 6, S. 491 bis 493. 1928.

Eine junge Frau zeigte ganz ähnliche Erscheinungen wie beim gelben Fieber. Sie wurde schließlich wie eine Typhuskranke mit ungewöhnlichen Symptomen behandelt, starb aber nach 5 Tagen. Die Haut und die Conjunctiva waren gelb. Das Perikardium enthielt eine zähe gelbe Flüssigkeit, das Herz war vergrößert, die Muskeln bleich, die Herzwände dünn, die Klappen normal, die Herzkammern geweitet und enthielten Klümpchen. Die Lungen waren an der Basis mit Blut gefüllt und an der Oberfläche mit ungleichmäßig verteilten Blutungen versehen. Der Pleuraraum enthielt eine gelbe zähe Flüssigkeit, der Peritonealraum frische Anhänge von gallig gefleckter Flüssigkeit. Im Verhältnis zur Blutmenge waren die Gefäße oder Organe nicht stark beschädigt. Die Leber war vergrößert und zeigte einförmig fettige Degeneration. Die Gallenblase war voller dunkler Klümpchen und wies keine mechanische Verstopfung auf. Im Magen befand sich eine dunkel gefärbte Flüssigkeit. Injektion der Gefäße besonders am Kardiaeende war vorhanden. Das Duodenum enthielt eine ähnliche Flüssigkeit wie der Magen. Im Dünn- und Dickdarm fielen Räume von Blutungen auf, die Oberhaut war mit Hämorrhagien durchsetzt. Der Inhalt war ähnlich dem des Magens. Die Nieren