

verschiedenen Standpunkte in der Fürsorgeerziehung, wie sie Verf. vorschreibt, ist heute gewiß am Platz, nur müßte dies klarer und ausführlicher geschehen.

*Gregor (Flehing).*°°

**Rouvroy, Maurice: Le cinéma public et l'enfance. Etude psychocriminologique.** (Das öffentliche Kino und das Kind. Eine kriminalpsychologische Studie.) (*Inst. sup. de pédag., Bruxelles.*) Rev. internat. de l'enfant Bd. 5, Nr. 29, S. 267—285 u. 312. 1928.

Verf. untersuchte den Einfluß des Films auf das normale, das psychisch minderwertige und das psychopathische Kind. Alle Filme sind schlecht, außer wenn sie von Fachleuten direkt für Kinder hergestellt worden sind; ihr Einfluß ist wesentlich ungünstiger als der von Büchern oder Bildern. Auch die Filmzensur ändert nicht viel; auch die besten Filme enthalten grausame und verbrecherische Handlungen, die auf das Kind in hohem Grade suggestiv wirken. So kommt es zu Delikten verschiedener Art. Die übertriebenen Gesten fordern zur Nachahmung auf. Besonders auf psychisch nicht ganz normale Kinder übt der Film einen verhängnisvollen Einfluß aus.

*Erich Stern (Gießen).*°°

**Galant, Johann Susmann: Zur Psychologie der verwahrlosten Kinder.** Mschr. Kriminalpsychol. 20, 343—351 (1929).

Der Verf. bezeichnet mit Recht die Auffassung Adlers, daß die Verwahrlosung ihren Hauptgrund in der Geltungsbedürftigkeit und im Machtstreben des Kindes habe, welches beim Scheitern auf einer der Hauptlinien der menschlichen Tätigkeit auf die Nebenlinie der Verwahrlosung gerate, als zu eng und einseitig. Er geht dann auf die Innenwelt und Außenwelt in ihren ursächlichen Beziehungen zur Verwahrlosung, deren Gründe sehr vielseitige sind, ein und hebt besonders die Bedeutung der sozialen Lage hervor. Wenn Johan Susmann Galant den degenerativen Psychopathen mit seinen bekannten Charaktereigenschaften in Verbindung mit ungünstigen Lebensbedingungen als den Typus des verwahrlosten Kindes bezeichnet, so fällt auch er in den Fehler einer etwas einseitigen Beurteilung. Denn bei aller Anerkennung der Häufigkeit gerade dieses Typus unter den verwahrlosten sind doch auch andere Anlageschäden wie z. B. der angeborene Schwachsinn oft von besonderer Bedeutung für die Entstehung der Asozialität der Jugend.

*Többen (Münster i. W.).*

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

**Hesselink, W. F.: Photographische Verwertung von Schädelverletzungen.** Arch. Kriminol. 84, 207—208 (1929).

Verf. beschreibt einen bisher ungeklärten Fall von Mord. Aus der Form und Größe der Verletzung des knöchernen Schädels schließt er, daß nicht ein Beil mit einer Fläche von  $2 \times 4$  cm, sondern ein solches von  $2 \times 3$  cm Schlagfläche zur Tat verwandt worden sei. Ausgezeichnete Lichtbilder illustrieren das Gesagte. (Bei der Einpassung von Werkzeugen in Verletzungen ist bezüglich der kriminalistischen Schlüsse äußerste Vorsicht geboten; d. Ref.)

*Buhitz (Heidelberg).*

**Gianturco, Giulio: Ventuno casi di lesioni violente del cranio e dell'encefalo.** (21 Fälle von gewaltsamen Verletzungen des Schädels und des Gehirns.) (*Div. Chir., Policlin. „Remigia Gianturco“, Potenza.*) Arch. ital. Chir. 23, 349—383 (1929).

21 vom Verf. beobachtete Fälle von traumatischen Schädelverletzungen, darunter Frakturen mit und ohne Duraeröffnung, Frakturen des Stirnsinus, Brüche mit Beteiligung der Basis und mit posttraumatischen Hirnabscessen werden im einzelnen mit den erfolgten operativen Eingriffen beschrieben und kommentiert. *Liguori-Hohenauer.*

**Frohlich, E.: Zur Prognose traumatischer Gehirnschädigungen.** Ärztl. Sachverst.-Ztg 35, 74—75 (1929).

2 Fälle werden mitgeteilt. Fall I: 41jähriger Kaufmann. Kopfverletzung im Eisenbahnwagen. Schwindel, Übelkeit, Schwellung am Hinterkopf, Puls 56. Pulsverlangsamung hielt ca. 3 Wochen an. Ferner Brechreiz ohne Erbrechen, zeitweises Nebelsehen vor dem linken Auge. Dann trat rapide eine Erblindung auf dem linken, eine Herabsetzung des Sehvermögens

auf  $\frac{1}{50}$  auf dem rechten Auge auf, Gesichtsfeld rechts hochgradig konzentrisch eingeengt auf  $10^\circ$ . Die objektive Augenuntersuchung ergab normalen Befund, desgleichen Nervenuntersuchung. Diagnose: Spätblutung in die Sehsphäre oder Knochenschädigung an der inneren Schädelkapsel oder Sinusverletzung oder auch schon vorher vorhanden gewesener, symptomloser Tumor mit rapidem Wachstum im Anschluß an das Trauma oder hysterische Sehstörung? — Fall II: 51jähriger Drucker. Großer Schreck beim Herannahen eines Autos. Benommen, kam erst nach Stunden wieder richtig zu sich. Nach 4 Tagen klagte Patient über Zerstreutheit, Kopfschmerzen, Schwindel. Präsklerose. Exitus. Verf. glaubt an eine Gehirnblutung durch Schreckwirkung bei einem Disponierten. Kurt Mendel (Berlin).

**Weimann, Waldemar: Besondere Hirnbefunde bei cerebraler Fettembolie.** (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Berlin.*) Z. Neur. 120, 68—83 (1929).

Über den vorliegenden Fall hat Weimann bereits in Band 13, Heft 2, S. 95 der Dtsch. Z. gerichtl. Med. zusammenfassend berichtet, während in der jetzigen Darstellung die histologisch-morphologischen Veränderungen des Gehirns eine weitergehende Beschreibung erfahren:

Verlauf: 33jähriger Mann, von Auto angefahren, linksseitiger nicht komplizierter Oberschenkelbruch, schwerer Shockzustand, der sich zunächst besserte; am 2. Tag aber wurde Patient soporös, dann völlig bewußtlos, jetzt erst ausgesprochene Hautpurpura, keine Krämpfe; unter Bewußtlosigkeit, Herzschwäche, Cheyne-Stockesschem Atmen und Fieberanstieg auf  $41^\circ$ , Exitus am 4. Tag nach der Verletzung. Sektionsbefund: an der Frakturstelle reichlicher Austritt von Knochenmarksubstanz, Lungenblähung, Pleuraekchimose; offenes Foramen ovale (!). Histologisch: starke Fettembolie des großen und des Lungenkreislaufs (hämorrhagische Infarzierung, bronchopneumonische Herde), Fettembolie der Herzmuskeln mit Verfettung der zugehörigen Muskulatur, fettiger Zerfall (? Ref.) der Leberzellen in der Umgebung der fettembolischen Pfröpfe. Gehirnbefund: zahlreiche flohstichartige Blutungen im Großhirnmark und ganz besonders im Kleinhirn.

W. weist auf die analoge Beobachtung von Neubürger hin, wo aber der Tod erst am 7. Tag nach der Verletzung eingetreten war und die fettembolischen Prozesse nicht so intensive waren wie in der Beobachtung hier; besonders befallen war hier die graue Substanz mit ihrem dichteren Capillarnetz (zumal Oliven und Nucl. dentatus, weniger Striatum, Ammonshorn [Sommerischer Sektor] und Großhirnrinde). Die oft ausgesprochen fleckförmige Verteilung in einzelnen Gebieten rührt sicher vom Zerschellen der in einen Gefäßast hier eingeschleuderten Fettmasse her. Auffallend sind neben der Massenhaftigkeit der Fettembolien die miliaren Nekrosen — wie im Falle Neubürgers; an den Herdrändern der koagulierenden Nekrosen finden sich die ischämischen Zellerkrankungen sowie Reaktionserscheinungen am Glia- und Gefäßapparat mit beginnender Fettspeicherung, während fortgeschrittene „unvollkommene Erweichungen“ — wie in dem 7 Tage alten Falle Neubürgers — noch nicht vorhanden waren! Sehr reichlich zeigen sich in den mittleren, unteren und oberen Rindenschichten der Großhirnrinde verstreut diese Nekroseherdchen, deutlich an die Verbreitung der Rindengefäße der Hirnoberfläche gebunden. Im Hirnhemisphärenmark sind die Nekroseherdchen nur zum Teil mit typischen Ringblutungen verbunden, zum Teil ist das Zentralgefäß des Nekroseherdchens durch einen Fettembolus verstopft, dabei unter Umständen mächtig gedehnt, zum Teil frei von Fett und durch einen hyalinen oder fibrinoiden Thrombus verschlossen. Neben den Ringblutungen machen perivaskuläre Lichtungsherde mit karyorrhektischem Zerfall der Gliazellen, Hyperämie der Markgefäße mit Proliferation ihrer Wandzellen und in deren Umgebung gliöse Wucherungen („Strauchwerkbezirke“) das histologische Bild sehr abwechslungsreich. Am intensivsten betroffen sind vom Großhirn histologisch die Stammganglien, wo die Nekrosen zum Teil infarktartige Bilder zeigen. Am schwersten befallen ist im vorliegenden Fall aber das Kleinhirngewebe im Gegensatz zum Neubürgerschen Fall durch Fettembolie und Ringblutungen — im Mark sogar die größeren Gefäße noch verstopft —, am meisten die Molekularschicht, dann die Körnerschicht, am wenigsten die Purkinjellschicht befallen. Massenhaft und ausgedehnt sind die Nekroseherdchen innerhalb der Kleinhirnrinde. Im Gebiet der Brücke und des verlängerten Markes sind die Oliven am schwersten verändert. Der ganze Fall ähnelt der Beobachtung von Neubürger, stellt aber ein früheres Stadium dar. Über das Zustandekommen der Nekrose-

herdchen spricht sich W. dahin aus, daß nicht der mechanische Verschuß der Gefäße durch das Fett ihre Ursache sein könnte, sondern „durch sie sekundär ausgelöste oder mit ihrem Erscheinen verbundene Gefäßfunktionsschädigungen (Spasmen?)“. (Vielleicht spielen dabei doch auch fermentativ-autolytische Prozesse beim Abbau des eingeschwemmten Knochenmarkfettes und der Markzellelemente eine Rolle, denen gegenüber die Gehirns substanz eine vielleicht individuell — Alter? — wechselnde Empfindlichkeit besitzt? Ref.)

H. Merkel (München).

**Naffziger, Howard C., and Ottiwell W. Jones jr.: Late traumatic apoplexy. Report of three cases with operative recovery.** (Traumatische Spätapoplexie. Bericht über 3 Fälle mit Heilung nach Operation.) (*Neurosurg. clin., univ. of California, San Francisco.*) California Med. 29, 361—364 (1928).

Unter Spätapoplexie versteht Verf. solche Fälle von Hirnblutungen im Großhirn oder Hirnstamm, bei denen zwischen dem primären Trauma und der Blutung ein Zeitintervall von einem Tag bis zu 8 Wochen eingeschaltet ist. Verf. beschreiben dann 3 Fälle dieser Art.

Fall I betraf einen 42-jährigen Mann, der nach Schädeltrauma vorübergehend bewußtlos war und späterhin über zunehmende Kopfschmerzen klagte. Er hatte eine Schädelfraktur im Bereich der A. cerebri media. Zunehmender Stupor in den nächsten 36 Stunden, Puls 48, und langsam auftretende Hemiplegie. Die Schädelöffnung führte zur Aufdeckung einer intracerebralen Blutung 2—3 cm unter der Oberfläche. Entfernung des geronnenen Blutes; Heilung mit Defekt. — Fall II betraf einen 62-jährigen Mann mit normalem Blutdruck vor dem Unfall (135/90). Schädeltrauma gefolgt von Bewußtseinsverlust für 10 Stunden und Erbrechen; Blutung aus Nase und Ohr; später Benommenheit. Nach 42 Stunden Hemiparese, zunehmende Kopfschmerzen; Somnolenz; Puls 48; Temperaturerhöhung, Nackensteifigkeit; Pupillen und Augenhintergrund normal auf der einen und leichtes Ödem auf der anderen Seite. Blutdruck 172/85. Schädelfraktur. Zunahme des Hirndrucks während der nächsten Woche. Nach 14 Tagen kompletter Stupor, Puls 100, Blutdruck 152/100; noch Blutung aus dem Ohr. Operation: Subdurale Blutung und subcorticale Blutung. Heilung mit Defekt; Blutdruck 120/80. — Fall III betraf 30-jährigen Mann: leichtes Schädeltrauma ohne direkte Folgen. Nach 24 Stunden Kopfschmerz, stetig zunehmend, das nach 5 Tagen von Schwindel und Erbrechen begleitet war; leichte Somnolenz, Unruhe, Puls 52, Pupillendifferenz, Hemiparese. Nach weiteren 4 Tagen deutliches Ödem der Papillen, Puls 56, Atmung 10, Stupor. 14 Tage nach Trauma zunehmender Stupor, Blutdruck 162/100, Puls 62; leichte Nackensteifigkeit; Hemianopsie. Keine Fraktur. Weitere Verschlimmerung. 18 Tage nach Trauma Operation: nicht pulsierende Dura; keine subdur. Blutung. Große Blutung in 3,5 cm Tiefe, die ausgewaschen wird. Heilung mit geringem Defekt.

Hiller (Chicago).<sup>oo</sup>

**Rotter, Rudolf: Organischer Hirnprozeß als Spätfolge von Gehirnerschütterung. (Mit einem Gutachten.)** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Breslau.*) Z. Neur. 119, 97—108 (1929).

Verf. gibt einen lehrreichen Beitrag zu der immer noch strittigen Frage, ob organische Hirnveränderungen als Spätfolgen einer Commotio anzuerkennen sind.

In seinem Falle ist ein stumpfes Schädeltrauma von leichteren aber hartnäckig sich hinziehenden postkommotionellen Störungen gefolgt, bis starke seelische Erschütterungen eine anscheinend funktionelle Psychose auslösen. Im Zusammenhang damit entwickeln sich bald schwere cerebrale Allgemeinsymptome. Die Hirnuntersuchung läßt diffuse (wenig charakteristische) und herdförmige Veränderungen aufdecken (ischämische Herde in der Rinde, frische symmetrische Erweichung im Pallidum, Verödungsherde in der Kleinhirnrinde). Diese herdförmigen Veränderungen sind nach Art und Ausbreitung größtenteils als sicher gefäßabhängig zu erkennen. Beim Fehlen einer anatomisch nachweisbaren Erkrankung des Hirngefäßapparates kann es sich nur um vasomotorische Störungen gehandelt haben. Außer dem mechanischen Reiz der Hirnerschütterung sind Ursachen für eine Änderung der Reizbarkeit des Vasomotoriums nicht zu eruieren gewesen.

Die Erklärung Rotters deckt sich also wesentlich mit Rickers Theorie, der bekanntlich für die Spätwirkung der Commotio funktionelle Strombahnstörungen verantwortlich macht. Die Einwände, die gegen die vorgebrachte Deutung ins Feld geführt werden könnten, widerlegt R. in überzeugender Weise. Zur speziellen Erklärung der Pallidumnekrose zieht Verf. einen „Funktionsfaktor“ heran: er denkt daran, daß in diesem Gebiet eine gewisse Trägheit des Stoffwechsels herrscht und wahrscheinlich schon physiologisch die Blutströmung verlangsamt ist; somit würden Reize auf die

Strombahn ein besonderes Niveau für ihre Wirkung antreffen und vielleicht schwerere Stufen der Störung hervorrufen als anderwärts. *Neubürger* (Egling bei München).<sup>oo</sup>

**Lewis, Aubrey J.: Traumatic pneumocephalus.** (Traumatischer Pneumocephalus.) (*Nat. hosp., London.*) Brain Bd. 51, Nr. 2, S. 221—243. 1928.

An Hand von 50 Fällen aus der Literatur und 2 eigenen wird die Klinik und Pathologie des traumatischen Pneumocephalus erörtert. Bei diesem kann es nur zu leichten Kopfschmerzen kommen, aber auch zu schweren Erscheinungen mit gesteigertem Hirndruck, Krämpfen, Hemiplegie, psychischen Veränderungen (Korsakoff). Ein sehr wichtiges Zeichen ist die Liquorrhöe. Selten ist ein tympanitischer Schall bei der Perkussion des Schädels und ein Plätschergeräusch bei Erschütterung des Kopfes. Für die Diagnose ist eine Röntgenaufnahme unerlässlich. Bei jedem Pat., der nach einem Schädeltrauma Liquorausfluß aus der Nase hatte und über Kopfschmerzen klagt, muß man an einen traumatischen Pneumocephalus denken, auch wenn die frühere Röntgenaufnahme nicht dafür sprach. Die Luft befindet sich dabei entweder im subduralen Raum oder im subarachnoidealen, in der Gehirnsubstanz selbst oder in den Ventrikeln. Die epidurale Luftansammlung ist äußerst selten, so daß die Hauptvorbereitung eines traumatischen Pneumocephalus ein Riß in der Dura mater ist. Aus dem subarachnoidealen Raum gelangt die Luft in die Ventrikel entweder durch die Foramina Luschka und Magendii oder durch einen Riß in der Gehirnsubstanz. In vielen Fällen wurde die Luft in das Gehirn beim Niesen, Husten, Nasenputzen hineingetrieben. Am häufigsten kommt es zum Pneumocephalus nach Bruch der Innenwand des Sinus frontalis oder ethmoidalis. Es kann dabei zu einem Ventilverschluß kommen, der die Luft hinein- aber nicht herausläßt; doch der Liquor kann dabei entweichen. Eine solche Luftcyste kann sich mitten in der Hirnsubstanz selbst befinden. Die Resorption der Luft aus dem subduralen Raum kann monatelang dauern, während geringe Mengen Luft aus dem subarachnoidealen Raum in einigen Stunden resorbiert werden können. Aus den Ventrikeln verschwindet die Luft in etwa 14 Tagen. Die Gefahr des traumatischen Pneumocephalus liegt in der folgenden Meningitis, an der  $\frac{1}{4}$  der Pat. zugrunde geht. Fast alle Todesfälle erfolgten nach der Operation, deren Gefahr bei frischen Fällen größer ist als bei älteren. *Wartenberg* (Freiburg i. B.).<sup>oo</sup>

**Hammes, E. M.: Delayed traumatic intracranial hemorrhage.** (Traumatische, intrakranielle Späthämorrhagie.) (*Med. school, univ. of Minnesota, Saint Paul.*) Minnesota Med. 12, 86—90 (1929).

Verf. zeigt an Hand von 6 Beobachtungen, daß die intrakranielle traumatische Späthämorrhagie gar nicht so selten ist, wie im allgemeinen angenommen wird. Zwei Formen sind zu unterscheiden: 1. die gewöhnlich tödliche Blutung in die Hirnsubstanz in der Nähe der Ventrikel und Stammganglien und 2. die Blutung in die Hirnhäute. Letztere ist von großer klinischer Bedeutung, weil durch richtige Therapie alles zu gewinnen ist. Am charakteristischsten ist das Bild des extraduralen Hämatoms durch Ruptur der Art. mening. media oder eines Astes (1 Fall mit freiem Intervall von 3 Tagen 8 Stunden). Ebenso kann ein umschriebenes Ödem die Symptome auslösen (1 Fall). Das subdurale Hämatom entsteht durch venöse Blutungen aus der Pia. Es ist häufig bilateral, in der Größe sehr schwankend. Das Trauma ist fast immer nachzuweisen, kann aber leicht sein. Die Symptome sind sehr verschieden, unregelmäßig fortschreitend, mit starken Schwankungen. Nach dem Trauma entweder freies Intervall oder unklare Erscheinungen, Kopfschmerz, Erregung, Schlaflosigkeit, Schwindel, schließlich Reiz- und Lähmungszustände. Lumbalflüssigkeit gewöhnlich klar oder gelblich, Druck meist erhöht. Häufig ist das subdurale Hämatom bei chronischem Alkoholismus und führt dann zum Bild der Pachymeningitis haemorrhagica interna. In den zur Erläuterung angeführten Fällen beträgt das freie Intervall 2 Stunden bis 1 Monat. Häufige Lumbalpunktionen und sofortige Druckentlastung werden empfohlen.

*Puhl* (Kiel).<sup>o</sup>

**Geldmacher, Max:** Über traumatische hypophysäre Fettsucht. (*Chir. Univ.-Klin., Köln-Lindenburg.*) Dtsch. Z. Chir. **215**, 30—38 (1929).

Bei einem 17jährigen Mädchen mit Schädelbasisringbruch und Abspaltung des Clivus entwickelte sich im Anschluß an das Trauma eine hochgradige Adipositas, besonders an den Brüsten, am Bauch und in der Beckengegend. Diese kam nach  $\frac{1}{2}$  Jahre zum Stillstand und wird im Sinne einer Dystrophia adiposo-genitalis ohne Entwicklung genitaler Störungen gedeutet. Als Nebebefund fand sich mehrere Wochen nach dem Unfall eine partielle Lähmung des N. accessorius. v. Redwitz (Bonn).

**Laqueur, B.:** Eine Kombinationsklassifikation der Schußverletzungen des Schädels. (*Kreiskrankenh., Termes.*) Bruns' Beitr. **145**, 457—462 (1929).

Krymoff-Kijew hatte 1925 eine Einteilung der Schädelchüsse vorgeschlagen, zu der Laqueur hier kritisch Stellung nimmt. Krymoff teilte folgendermaßen ein: I. Schußverletzungen des Schädeldaches: A. Schußverletzungen der Weichteile (monoregionäre, biregionäre, triregionäre) a) Durchschüsse, b) Tangentialschüsse, c) Steckschüsse:  $\alpha$ ) Gesamtgehirn- und Herderscheinungen,  $\beta$ ) Erscheinungen innerer Blutungen. B. Schußverletzungen der Knochen (mono-, bi-, triregionäre) a) Durchschüsse 1. mit glattem lochartigen Ein- und Ausschuß, 2. mit Knochensplitterungen hervorrufendem Ein- und Ausschuß, b) Rinnenschüsse, c) Steckschüsse:  $\alpha$ ) Gesamtgehirn- und Herderscheinungen,  $\beta$ ) Erscheinungen innerer Blutung. II. Schußverletzungen der Schädelbasis: 1. Durchschüsse, 2. Steckschüsse: a) Knochenverletzungen, b) Nerven- und Gehirnverletzungen, c) Gefäßverletzungen. Ist schon nach des Ref. Anschauung diese Einteilung, die teils anatomische, teils klinische Gesichtspunkte zur Einteilung benützt, weidlich umständlich, so gilt das noch in viel höherem Maße für die noch bedeutend mehr ins einzelne gehende und stark theoretisierende Einteilung von L. Sie ist zu kurzem Referat hier nicht geeignet, entspricht auch meines Erachtens wenig den Bedürfnissen des Gerichtlichen Mediziners.

Merkel (München).

**Crema, Carlo:** Un caso singolare di suicidio per fucile. (Ein ungewöhnlicher Fall von Selbstmord durch eine Flinte.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Modena.*) Arch. di Antrop. crimin. **48**, 1037—1043 (1928).

Verf. berichtet über einen etwas ungewöhnlichen Fall von Selbstmord durch einen Flintenschuß. Der Einschuß befand sich vorne am Halse in der Gegend des Ringknorpels und zeigte alle Zeichen des Nahschusses. Der Ausschuß war seitlich am Halse rechts und zeigte eine große zerrissene Wunde, in der einzelne Schrotkörner, der Kragenknopf sowie ein Hemdstück gefunden wurden. Am Daumen und Zeigefinger der rechten Hand fand sich eine Pulverschwärzung. Der Verf. erklärt sich den Schuß in der Weise, daß der betreffende Selbstmörder die Mündung der Flinte mit der rechten Hand an den Hals hielt — daher auch die Pulverschwärzung an den Fingern der rechten Hand — und mit der linken Hand losdrückte.

A. Lorenz (Innsbruck).

**Vivaldo, Juan Carlos:** Traumatische Epilepsie nach Schußverletzung. (*Chin. Psiquiatr., Fac. de Med., Córdoba.*) Prensa méd. argent. **15**, 1090—1096 (1929) [Spanisch].

Der 18 Jahre alte Kranke hatte sich im Alter von 13 Jahren, erregt über den Tadel der Eltern, einen Pistolenschuß in den Kopf in fronto-parietaler Richtung beigebracht. Es folgte eine Bewußtlosigkeit von mehreren Tagen. Das Projektile konnte operativ nicht entfernt werden. 3 Monate nach dem Selbstmordversuch stellten sich typische epileptische Anfälle ein. Die Anamnese ergab, daß der Kranke schon mit 10 Jahren an alle 3—4 Wochen auftretende Schwindelanfälle gelitten und in der Schule schlecht gelernt hatte. Verf. führt den Fall als Beweis dafür an, daß zur Entstehung der traumatischen Epilepsie eine Prädisposition erforderlich ist. Ganter (Wormditt).

**Neuffer, Hans:** Über Augenstörungen im Gefolge von Schädeltraumen. (*I. Chir. Univ.-Klin., Wien.*) Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir. **41**, 196—202 (1929).

Augenstörungen wurden bei Schädeltraumen in 9% der Fälle beobachtet. Schädigungen können durch Blutungen in die Sehnervenscheiden, zwischen die Nervenfasern und durch Knochensplitter, besonders im Canalis opticus bedingt sein. Abblassung der Papille zeigt sich nach etwa 1 bis 2 Wochen und tritt besonders rasch bei Verletzung des Sehnerven weit vorn und gleichzeitiger Schädigung der Zentralgefäße ein. Papillitis spricht für Infektion nach Verletzung der Dura, vornehmlich nach Eröffnung des Sinus frontalis und S. ethmoidalis. Bericht über 5 Fälle. In einem Fall wurde 8 Tage nach der Verletzung temporale Abblassung der Papille beiderseits beobachtet, mit konzentrischer Gesichtsfeldeinengung für Rot.

Möglicherweise ist durch das Trauma eine bis dahin latente multiple Sklerose in Erscheinung getreten. In 2 Fällen Oculomotoriusparese. Engel (München).

**Mezzatesta, Francesco: Glaucoma acuto traumatico.** (Akutes traumatisches Glaukom.) (*Clin. Oculist., Univ., Roma.*) Boll. Ocul. 8, 265—269 (1929).

Verf. beschreibt ganz kurz ein inkompensiertes Glaukom, betreffend das linke Auge eines 76jährigen, welches 2 Tage nach erlittenen Stock- und Faustschlägen gegen den Schädel, Nasenwurzel und Augenhöhlengend plötzlich sich einstellte. Ausgang in absolutes Glaukom, Patient verweigerte jeden Eingriff. Das rechte Auge bietet keinerlei Glaukomzeichen. Verf. ist geneigt, einen direkten kausalen Zusammenhang zwischen dem erlittenen Trauma und dem Auftreten des Glaukoms anzunehmen. Koch (Triest).

**Accorinti, Vincenzo: Osservazioni e criteri medico-legali in rapporto alla sordità traumatica.** (Gerichtlich-medizinische Bemerkungen bezüglich der traumatischen Taubheit.) *Giorn. Med. mil.* 75, 221—226 (1927).

Kurze Übersicht über traumatische Taubheit, insbesondere vom Standpunkt der Gerichtlichen Medizin. Verf. besteht darauf, daß der beamtete Arzt den cochlearen und den vestibulären Apparat getrennt untersuchen muß. Nichts Neues für den Facharzt. V. Tanturri (Milano).

**Umar, M.: A case of medico-legal interest.** (Eine Fall von gerichtlich-medizinischem Interesse.) *Indian med. Gaz.* 64, 255—256 (1929).

Ein Mann erhielt einen Schlag mit einer Holzlatte; äußerlich waren nur geringe Abschürfungen hinter dem rechten Ohre und am linken Oberarm zu sehen. Aus dem rechten Ohr, Mund und Nase entleerte sich Blut. Wenn der Patient den Atem anhielt, wurde er ohnmächtig. Eine Untersuchung des rechten Ohres ergab einen Bluterguß im Mittelohr und eine völlige Taubheit auf der rechten Seite. Verf. ist geneigt, die Verletzung des Ohres als eine indirekte Wirkung des Schlags zu deuten. Er stellt weiter die Vermutungsdiagnose, daß es sich um eine Fissur der mittleren Schädelgrube handeln könnte. Schwarzacher (Heidelberg).

**Sofoterov, Sergie: Verletzungen des Herzens mit Steckenbleiben der Geschosse in demselben.** *Liječn. Vjesn.* 50, 1404—1424 u. dtsch. Zusammenfassung 1422—1423 (1928) [Russisch].

Im ganzen 110 Fälle von Herzverletzungen in verschiedenen Teilen desselben. In 35 Fällen wurden die Geschosse bei der Sektion, in 75 bei Lebzeiten mittels Röntgen oder auf andere Weise konstatiert. 5 Fälle betrafen Jagdflintenschrot, 10 Granatsplitter, 10 Schrapnellkugeln, 15 Revolver-, 70 Flintenkugeln. 65% heilten ohne Operation, 70 durch Operation. Therapeutische Ratschläge. Die durch Herzverletzungen eintretende Synkope ist nicht nur ein rationeller natürlicher Schutzfaktor, sondern ein Akt höchsten physiologischen Sinnes. Ihr wissenschaftliches Studium muß noch vertieft werden. Bei der Behandlung von Herzschnüssen darf ihr Ablauf keinesfalls gestört werden. Weimann (Berlin).

**Hunter, Warren C., Raymond R. Staub and W. B. Lunsford: Penetration of the heart by an aluminium pipestem.** (Durchbohrung des Herzens mit einem Aluminiumpfeifenrohr.) (*Dep. of path., univ. of Oregon med. school, Portland.*) *Arch. of Path.* 6, 807—811 (1928).

46jähriger, manisch-depressiver Mechaniker unternahm nacheinander mehrere Selbstmordversuche: Er versuchte eine Taschenmesser Klinge zu verschlucken, ohne Erfolg; sodann versuchte er sich mit Hilfe von 1 oder 2 Taschentüchern zu ersticken. Schließlich bohrte er sich das Rohr seiner Aluminiumpfeife in die Brust. Bei der ärztlichen Untersuchung war Patient in guter Verfassung; es fanden sich lediglich 3 kleine Hautwunden am 6. Zwischenrippenraum in der linken Brustwarzenlinie ohne äußere Blutung oder Zeichen innerer Blutung. 24 Stunden nach dem Selbstmordversuch arbeitete er bereits wieder im Freien. In den folgenden Tagen perikardiales Reiben, hohe, aber gleichbleibende Temperaturen, beschleunigter Puls, schnelle Atmung. Tod am 12. Tage. Bei der Obduktion steckte das Rohr im Herzen, das Ende war in die linke Lunge gedrungen. Das Rohr war von einer Schicht Fibrin umgeben, im Innern des Rohres fand sich geronnenes Blut. Nach seiner Lage muß es sich bei jeder Kontraktion des Herzens mitbewegt haben. Im Herzbeutel war nur wenig Blut vorhanden. Nirgends war eine Infektion des durchbohrten Gewebes nachweisbar. Buhtz.

**Löhr, W.: Über die sogenannte „traumatische“ Thrombose der Vena axillaris und subclavia.** (Thrombose der oberen Extremität nach Anstrengungen, Thrombose par effort.) (*Chir. Univ.-Klin., Kiel.*) *Dtsch. Z. Chir.* 214, 263—299. (1929).

Die im Titel genannte Erkrankung ist sehr selten. Sie kommt vorwiegend am

rechten Arm zur Beobachtung. Sie befällt zumeist Individuen im mittleren Alter aus voller Gesundheit heraus. Ihr Ablauf läßt 2 Phasen erkennen. Im Anfang besteht ein leichtes Schmerzgefühl mit leichter Ermüdbarkeit und Kraftlosigkeit des Armes, der geschwollen und cyanotisch gefärbt ist. Hierauf folgt eine reparatorische Phase: nach einigen Tagen treten Venenerweiterungen hervor. Erst im Laufe längerer Zeit kommt es wieder zu einer regelrechten Blutabfuhr aus der erkrankten Gliedmaße. Über lange Zeit hinaus bestehen Müdigkeit, Schmerzen und Schwäche bei stärkerer Anstrengung fort. Als Ursache der Erkrankung ist die früher meist angenommene Thrombose als Folge einer traumatischen Intimazerreißung nicht erwiesen. Auch liegen nie die häufig zur Thrombose führenden Krankheiten des Blutes oder Infektionskrankheiten, Verbrennungen usw. zugrunde. Lühr stellt als wichtiges Moment für die Entstehung der Thrombose die Dauerüberanstrengung mit nachfolgender Überdehnung des Armevenengeflechtes in den Vordergrund. Durch die wenig nachgiebige Einscheidung der V. subclavia durch Fascienfasern und den Mangel größerer diese Vene überbrückender venöser Verbindungen vom Arm nach der V. cava superior werden bei starker dauernder Muskeltätigkeit leicht Stauungen hervorgerufen. Dazu können der Entstehung des Krankheitsbildes mechanische Abflußhindernisse in Form von anliegenden Drüsen, Callus, Strumen usw. förderlich sein. Sodann macht L. noch darauf aufmerksam, daß sich bei der besprochenen Erkrankung häufig eine Polyglobulie findet: unter 6 eigenen Fällen 2mal, dazu in einem 3. der Polyglobulie angenäherte Erythrocytenzahl. Von den Fällen mit Stauung und Überdehnung der venösen Gefäße sind die echten Thrombosen der V. axillaris und subclavia abzutrennen. Diese letzteren sind besonders selten und können aus den ersteren hervorgehen. Die klinische Unterscheidung beider Formen ist sehr schwierig. Von diesen Formen sind die Thrombosen, die von einem anderen verletzten oder infizierten Quellgebiet der Armvene ihren Ausgang nehmen und zentralwärts fortgeleitet sind, streng abzutrennen. *E. König (Hildesheim).*°

**Wainwright, Jonathan M.:** *Single trauma, carcinoma and workmen's compensation.* (Einzeltrauma, Krebs und Invalidenrente.) *Amer. J. Surg.* 5, 433—439 (1928).

Auf Grund von 3 Fällen von Hautcarcinom, die einen offenbaren Zusammenhang mit vorausgegangenem Einzeltrauma aufweisen, wird die Frage erörtert, ob überhaupt an ein einzelnes Trauma Entwicklung maligner Geschwülste sich anschließen kann. Die Frage wird zwar bejaht, aber gleichzeitig wird die außerordentliche Seltenheit des Zusammentreffens von Trauma und Entstehung maligner Tumoren hervorgehoben. Von großer Wichtigkeit ist die Schwere des Traumas, der Nachweis, daß vorher kein Tumor vorhanden war — eine Voraussetzung, die sehr selten zutreffen wird — und schließlich ein gewisser zeitlicher Zusammenhang. Verf. geht dann auf die häufigsten Lokalisationen sog. traumatischer Tumoren (Haut und Brustdrüse) ein. Interessant ist, daß er in bezug auf das Carcinom der männlichen Brustdrüse die Möglichkeit eines häufigen Zusammenhanges zugibt, während für die weibliche Brustdrüse in der Mehrzahl der Fälle ein solcher abgelehnt wird. Vom Standpunkt des Rentenverfahrens ist besonders die Frage wichtig, ob der Ablauf eines bereits bestehenden Carcinoms durch Trauma verschlimmert bzw. beschleunigt werden kann, und ob in solchen Fällen den Hinterbliebenen eine Rente zu gewähren ist. *Wainwright* stellt sich hier auf einen vermittelnden Standpunkt. *Hadda (Breslau).*°°

**Rallo, Andrea:** *Su la genesi traumatica del sarcoma delle ossa e su i risultati lontani della sua cura chirurgica.* (Die traumatische Genese des Knochensarkoms und die Fernresultate seiner chirurgischen Therapie.) (*Scuola di Sanità Milit. Marit.*, *Aless. Pasquale*, *Napoli.*) *Riforma med.* 1929 I, 558—564.

Verf. spricht bezüglich der Entstehung eines Knochensarkoms dem Trauma eine onkogenetische Bedeutung zu. Es wird ein Fall mitgeteilt, bei dem alle geforderten Bedingungen bezüglich Zeit, Intensität und Ort des Traumas usw. erfüllt sind. Insbesondere ist die Integrität des Knochens vor der Entstehung des Sarkoms sichergestellt durch Röntgenbilder, welche anlässlich eines anderen Unfalles drei Jahre zuvor und unmittelbar nach dem letzten Trauma angefertigt wurden. Auf Grund der laufenden Röntgenkontrolle konnte weiter festgestellt

werden, daß das Sarkom des Oberarmes zur Zeit der Exartikulation im Schultergelenk höchstens seit einem Monat bestand.  
*Lehrnbecher (Magdeburg).*◦

**Wette, Walter: Die Begutachtung der Lunatum-Malacie und verwandter Krankheitsbilder.** (*Chir. Abt., Krankenh. Bergmannsheil, Bochum.*) Mschr. Unfallheilk. **35**, 336—342 (1928).

Die Arbeit des Verf. bringt, ohne auf den eigentlichen Fall von Lunatum-Malacie näher einzugehen, eine kritische Würdigung dieser Erkrankung, die seiner Zeit von Kienböck näher erforscht und als Folgeerscheinung einer Kontusion oder Distorsion des Handgelenks, Spontanfraktur und Ernährungsstörungen des Os lunatum mit schließlich Nekrose bezeichnet wurde. Neuere Forscher bezweifeln diese traumatische Ätiologie. Das Trauma ist meistens sehr geringfügig, andererseits fehlen auch die Kriterien des chronischen Traumas; endlich fehlen vielfach in den einzelnen Krankengeschichten Angaben über Trauma, ja es wird Trauma sogar direkt in Abrede gestellt, so daß Axhausen die traumatische Entstehung als völlig bedeutungslos hinstellt. Experimente haben erwiesen, daß es wirklich schwerer Gewalteinwirkung bedarf, um Lunatum-Bandzerreißung mit sekundären Ernährungsstörungen hervorzurufen. Axhausen weist auf die Analogie ähnlicher Erkrankungen (Köhlersche, Perthesche Krankheit usw.) hin, die er als Epiphysennekrosen zusammenfaßt. Im vorliegenden Fall werden gleich 2 Unfälle, aber erst nach geraumer Zeit als Ursache des Leidens beschuldigt; für beide Unfälle fehlen Zeugen. Verf. schließt daher das Trauma als ätiologisches Moment aus und nimmt spontane Entstehung an. Trauma als Ursache des Leidens kann nur bei Feststellung eines wirklich schweren Unfalls angenommen werden.  
*Scheuer (Berlin).*◦

**Jacobovici und I. Mureşan: 12 Fälle von traumatischer Milzzerreißung.** (*Clin. Chir., Univ., Cluj.*) Rev. ştiinţ. med. **18**, 331—350 (1929) [Rumänisch].

Unter den hauptsächlichsten Symptomen dieser Verletzung beschreiben die Autoren 1. sofortige oder tardive Syncope, 2. den Schmerz, 3. die Défence musculaire, 4. die vergrößerte Milzdämpfung und 5. den kleinen Puls. Die Behandlung durch Splenektomie ergibt sehr gute Resultate. Vom gerichtlich-medizinischen Standpunkte ist festzustellen, daß in Fällen von Milzruptur eine sofortige operative Behandlung angezeigt ist. Die Verletzung heilt in 10—20 Tagen. Als Spätkomplikation ist erwähnenswert die Anämie, welche noch nach 1—2 Jahren nach der Operation eintreten kann. Tödlich verlaufende Fälle sind Komplikationen zuzuschreiben.  
*Kernbach (Cluj).*

**Breuning, W.: Darmzerreißung ohne äußere Gewalteinwirkung.** (*Städt. Krankenh., Landau, Pfalz.*) Zbl. Chir. **1929**, 726—728.

Verf. berichtet über eine Darmzerreißung bei einem Dienstknecht L. K., der unter dem Verdacht einer Appendix-Peritonitis ins Krankenhaus eingeliefert worden war. Der Knecht hatte beim Niedersetzen einer schweren Futterkiste einen heftigen Schmerz in der rechten Unterbauchgegend verspürt. Die Operation ergab eine Perforation des Darmes genau dem Mesenterialansatz gegenüber. Übernähung des Darmes und Reinigung der Bauchhöhle. Ausgang letal. Das im pathologisch-anatomischen Institut Heidelberg untersuchte Material ergab keine Anhaltspunkte für Typhus oder Tuberkulose. Der Fall spricht dafür, daß Fälle von Darmzerreißung ohne äußere Gewalteinwirkung und vorausgegangene Erkrankung des Darmes als „Betriebsunfall“ anzusehen sind.  
*E. Glass (Hamburg).*◦

**Brandesky, Walter: Über zwei Messerstichverletzungen seltener Lokalisation.** (*Chir. Abt., Kaiserin Elisabeth-Spit., Wien.*) Wien. med. Wschr. **1929 I**, 641—642.

Ein in die linke Flanke eingedrungener Messerstich führte zu Harnverhaltung. Nur unmittelbar nach der Verletzung war Harn entleert worden. 13 Stunden nach der Verletzung wurden mittels Katheter nur mehr wenige Kubikzentimeter gewonnen. Die Verfolgung des Stichganges ergab, daß der absteigende Dickdarm außerhalb der Bauchfellhöhle eröffnet war. Die Harnverhaltung wird auf die von der Darmwunde ausgehende Zellgewebeentzündung bezogen. Naht des Dickdarmes, die überdies durch Deckung mit einem Bauchfellstreifen gesichert wurde, brachte ungestörte Heilung. — Im 2. Fall führte ein schmaler Messerstich an der linken Halsseite zu einer Eiterung hinter dem Schlundkopf. Zweifellos war der Rachen, obwohl sich bei fachärztlicher wiederholter Untersuchung keine Schleimhautverletzung feststellen ließ, mit kleinster Lücke eröffnet gewesen. 3 Tage nach der Verletzung wurde die Eiterhöhle von beiden Halsseiten her freigelegt. Heilung.  
*Meizner (Innsbruck).*

**Beöthy, Konrád: Die Wasserleiche und die daran haftenden Gegenstände.** Gyógyászati 1929 I, 103—104 [Ungarisch].

Kasuistische Mitteilung. Aus dem Wiener Donaukanal wurde ein schon in Leichenwachs verwandelter Rumpf geborgen. Kopf, Unterarme und Beine fehlten. An der Bauchseite des Rumpfes wurden mehrere haselnuß- bis gänseeigroße Kieselsteine, außerdem Baumäste, darunter einige von 40 cm Länge, in die Leichenhaut tief eingebettet vorgefunden, welche Gegenstände aber bei der Hantierung mit der Leiche herausfielen. Zum Teil ist die Oberfläche noch mit graugrünllicher Moorerde bedeckt. An der Brust konnte noch ziemlich dichtes, dunkelbraunes, fest haftendes Haar festgestellt werden. Die inneren Teile sind ebenfalls in Wachs verwandelt. Die Ursache des Todes konnte nicht festgestellt werden. Das Geschlecht wurde aus dem Vorhandensein der Samenblasen ermittelt. Die Beine und Unterarme wurden höchstwahrscheinlich von der Strömung, nach dem Tode, abgelöst, da an dem Becken und den Schultern keine Spur von einer gewaltsamen Einwirkung wahrgenommen werden konnte.

Verf. betont die Wichtigkeit einer genauen Untersuchung der Umgebung der eingedungenen Gegenstände auf die vitale Reaktion, da solche zufällig auch in während des Lebens entstandene Stich-, Schuß- usw. Wunden eindringen und diese mißdeuten könnten.

Wietrich (Budapest).

**Weimann, Waldemar: Mord an der Ehefrau und Vortäuschung eines Selbstmordes durch nachträgliches Erhängen.** (Inst f. Gerichtl. Med., Univ. Berlin.) Arch. Kriminol. 84, 135—144 (1929).

Verf. teilt einen kriminalistisch sehr wichtigen Fall mit, in dem ein Ehemann seine Frau anlässlich eines häuslichen Streites erwürgt und sie nachträglich zwecks Vortäuschung eines Selbstmordes aufgehängt hat. Als Hinweise darauf, daß die Leiche nachträglich aufgehängt ist, werden die bei der sehr gründlichen Tatbestandsaufnahme durch die Mordkommission rekonstruierte merkwürdige Stellung der bei Eintreffen bereits abgeschnittenen Leiche (hockende Stellung, Strick an Türklinke befestigt, Hals nur 41 cm vom Erdboden entfernt), Einklemmung der Haare in die Schlinge, sowie Schleifspuren an den Oberschenkeln und am Bauch erwähnt. Nicht ganz einverstanden sein kann man mit der Angabe des Verf., daß das Fehlen von Blutungen unterhalb der Strangmarke im Sinne der Annahme eines postmortalen Aufhängens verwendet werden könne, denn wir finden in den allermeisten Fällen unter den Strangmarken von lebend Erhängten keine Zeichen einer vitalen Reaktion. (Siehe Lehrbuch von Haberda.) Für ein Erwürgen sprechen nach Angabe des Verf. außer einer während des Lebens entstandenen Hautabschürfung am Kinn ein bei der Sektion gefundener Bruch der Schildknorpelhörner mit Blutungen in die Umgebung. Diese Verletzung kann nach den Ausführungen des Verf. unter den gegebenen Umständen deshalb nicht als Folge des Erhängens angesehen werden, weil, nach der Stellung der Leiche zu urteilen, ein sehr brüskes Zusammenziehen der Schlinge bei der Suspension nicht in Frage kam.

B. Müller (Frankfurt a. M.).

**Mouzon, J.: Quelques principes de pratique concernant le traitement des électrocutés.** (Einige Grundsätze bei Behandlung von Verletzungen durch elektrischen Strom.) Presse méd. Jg. 36, Nr. 53, S. 834—836. 1928.

Die elektrischen Unfälle sind mit der Zunahme der Verwendung des elektrischen Stromes häufiger geworden, in Frankreich etwa 300 Fälle pro Jahr, ebensoviel in Deutschland. In Amerika stieg die Anzahl der Todesfälle infolge Elektrizität von 0,8% auf 100 000 im Jahre 1921, auf 0,9 im Jahre 1922 und 1% in den Jahren 1923 und 1924. Das Wichtigste ist die Verwendung der künstlichen Atmung, die über mehrere Stunden fortgesetzt werden muß, so lange bis sichere Zeichen des Todes sich feststellen lassen. Der Tod durch elektrischen Strom ist eine Folge des Stillstandes der Atmung. Autopsien haben die pathologischen Zustände aufgeklärt: Allgemeine Cyanose, Lungenödem mit capillären Hämorrhagien, subpleurales Emphysem, subepikardiale Ecchymosen, Blutung in Leber und Nieren, Hyperämie der Meningen. Vielfach ist nachgewiesen, daß die Ströme auf die nervösen Zentren, vorzugsweise des Bulbus einwirken; im Tierexperiment zeigte es sich, daß fibrilläre Zuckungen der Ventrikel konstatiert werden können. Einzelne Autopsien ohne nachweisbare asphyktische Läsionen ließen ver-

muten, daß der Tod mehr kardialen als bulbären Ursprungs ist, und daß die künstliche Atmung ohne Effekt ist. Der Herztod ist nach Ansicht verschiedener Autoren, vor allem Jellineks, die Ausnahme. Die Tetanisierung der respiratorischen Muskeln ist die Ursache des Todes; deshalb ist die künstliche Atmung die allein wirksame Behandlungsart. Die Voltmenge des Stromes, der den elektrisch Betroffenen durchströmte, ist nicht immer das Maßgebende, vielmehr die Stromstärke und der Weg, den der Strom im Körper geht. Neben der künstlichen Atmung kommen Reibung, Schlagen des Körpers, Einatmen von Ammoniak oder Essig, Senfteig zur Anwendung, Campher- oder Lobelineinspritzung, intrakardiale Verwendung von Adrenalin. Nach Beseitigung der Lebensgefahr bietet der Verletzte oft das Bild schwerer Verbrennung; aber diese elektrischen Verbrennungen haben einen ganz anderen Verlauf; es fehlen entzündliche Prozesse jeglicher Art, sie zeigen trockene Nekrose ohne Rötung, ohne Schmerz und ohne Eiterung. Die späteren Narben sind weich und reizlos. Der Chirurg soll nicht eingreifen; die Wunde wird nur mit sterilem Verband bedeckt und abgewartet. Die Heilung erfolgt spontan oder mit der trockenen Mumifikation der distalen Teile jenseits der elektrischen Narbe. Chirurgische Eingriffe haben oft Nachblutungen verursacht und lassen oft die Grenzen der Demarkierung nicht erkennen. Eine wichtige Frage ist die der Indikationen für Lumbalpunktion bei elektrischen Unfällen; Jellinek empfiehlt sie, nachdem er bei frisch durch Strom Getöteten bereits 1 Stunde nach dem Unfall starke Hypertension des Liquors konstatiert hatte und lebensrettende Erfolge dieser Behandlung berichtet werden. Scheuer (Berlin).

**Vasilii, Th.: Tod durch elektrischen Strom bei einem Thymico-Lymphatiker. (Strom niedriger Spannung.)** (*Inst. Med.-Leg., Univ., Bucureşti.*) Spital. 49, 132—136 u. franz. Zusammenfassung 139 (1929) [Rumänisch].

15—16jähriger Knabe, der mit einer elektrischen Handlampe in einen Keller trat, in welchem sich auch Holz befand. Er wurde bewußtlos aufgefunden und verschied trotz angewandter künstlicher Atmung. Es wurden äußerlich nur einige Brandwunden über dem Brustbeine, am Daumen und der Innenfläche der rechten Hand konstatiert. Bei der Sektion konnte die Diagnose „Tod durch Elektrizität“ nicht bekräftigt werden. Es fanden sich Petechien der serösen Häute und gleichzeitig ein Status thymico-lymphaticus (Thymus von 31 g Gewicht). Die technische Überprüfung der Lampe ergab einen Isolationsfehler. Eine histologische Untersuchung der verbrannten Hautstellen sowie eine genaue Inspektion — ob der Verunglückte auf dem Erdboden oder auf Holz liegend aufgefunden wurde — ist nicht angestellt worden. Verf. ist der Meinung, daß dem Arbeitgeber ein Verschulden treffe wegen Fahrlässigkeit bezüglich des Installationsdefektes. Kernbach (Cluj).

### Vergiftungen.

**Starnotti, Cassio: Dati statistici clinico-tossicologici raccolti in Firenze nel triennio 1926—27—28.** (Statistische klinisch-toxikologische Daten, gesammelt in Florenz 1926/27/28.) (*Istit. Farmacol. e Serv. Clin. Tossicol., Arcispedale di Santa Maria Nuova, Firenze.*) Riv. Clin. med. 30, 19—28 (1929).

Nach der Übersicht des Verf. haben die Sublimatvergiftungen wesentlich abgenommen im Vergleich zu den früheren Jahren. Dafür aber sind die Vergiftungen durch Jodtinktur etwas angestiegen. 1917 waren 35% aller Vergiftungen durch Sublimat, 1928 8%. Die Jodtinkturvergiftungen stiegen 1926 bis auf 37% an und hielten sich dann auf etwa 23%. Die Schlafmittelvergiftungen zeigten eine ständige Zunahme von 2% im Jahre 1917 bis auf 21% im Jahre 1928. Die Zahl der beobachteten Vergiftungen überhaupt betrug 1926 119 Fälle, 1927 99, 1928 84 Fälle. Auf die einzelnen Monate aufgeteilt, fällt 1928 das Maximum auf die Monate Februar, März, Juni. Tödlich endigten in den 3 Jahren von den Sublimatvergiftungen 70%, von den Vergiftungen mit Salzsäure 41%, mit Schlafmitteln 14%, mit Kaliumpermanganat und Chinin je 5%, mit Kohlenoxyd 4%. A. Lorenz (Innsbruck).

**Voithenberg, v.: Bluttransfusion bei Gasvergiftung.** (*Med. Univ.-Klin., Heidelberg.*) Dtsch. med. Wschr. 1929 I, 830.

Durch Kohlenoxydgase, die sich aus Kokslöfen entwickelt hatten, wurden 3 Arbeiter betäubt. 2 von ihnen erholten sich bald nach Aufnahme in der Klinik. Der 3. verfiel allen