

oberflächlich. Das Verfahren beschränkt sich auf die Feststellung der Straftat und die Verkündung des Urteils, die äußeren Umstände, Alter und Persönlichkeit des Angeklagten werden vollkommen vernachlässigt, es gibt keine Bewährungsfrist, keine Schutzmaßnahmen. Die Strafe wird in Gemeinschaft mit Erwachsenen verbüßt. Die weitgehende Beschäftigung von Jugendlichen bei der Post hat zur Folge, daß über 90% der wegen Übertretung der strengen Postgesetze Bestraften Knaben sind. Die schematische Anwendung von Gesetzen, ohne Rücksicht auf Alter und Umstände, führt zu Ungeheuerlichkeiten. So wurde z. B. ein Knabe, der $\frac{1}{4}$ l Milch gestohlen hatte, zu einem Jahr und einen Tag Gefängnis verurteilt. In einer besonders schwierigen Lage sind die Einwanderer. Sie leben vielfach in besonderen Gemeinschaften und halten an ihrer Sprache und ihren Gewohnheiten fest. Ihre Unkenntnis der amerikanischen Verhältnisse und ihre oft ungünstige soziale Lage bringt sie besonders häufig mit den Gesetzen in Konflikt. Die Gesetze und die Praxis der einzelnen Staaten sind allerdings besser als die der Federal Courts, aber örtlich sehr verschieden. Insbesondere besteht keine Klarheit darüber, inwieweit die Gesetze der Union oder die der einzelnen Staaten maßgebend sind.

Campbell (Dresden).^o

Verletzungen. Gewaltsamer Tod aus physikalischer Ursache.

Berner, Ole: Über kleine, aber tödlich verlaufende traumatische Gehirnblutungen, die sogenannten „Duretschen Läsionen“. Eine rechtsmedizinische Studie. (*Krankenh. Ullevaal, Oslo.*) Virchows Arch. 277, 386—419 (1930).

Duret hat bei Quetschungen der Großhirnhemisphären Blutungen am Boden des Aquaeductus und der 4. Hirnkammer beobachtet, die er als die Folge einer durch das Trauma dem Liquor mitgeteilten Wellenbewegung ansah. Er erblickte in diesen Blutungen, die er auch experimentell erzeugen konnte, auch die Grundlage der Hirnerschütterung. Verf. konnte die Beobachtungen Durets und seine Deutung durchaus bestätigen. Er sah nämlich derartige charakteristisch lokalisierte Hämorrhagien nicht nur bei mehreren Fällen von Schädeltrauma, wobei zu bemerken ist, daß dieses Trauma keineswegs besonders schwerer Art zu sein braucht, sondern auch in Fällen spontaner Hirnblutungen mit Durchbruch in den Seitenventrikel sowie auch bei extracerebralen Blutungen aus einem Aneurysma. Die in solchen Fällen — namentlich bei allmählich erfolgender Hämorrhagie — offenbar sehr geringe Gewalteinwirkung der fortgepflanzten Welle genügt also offensichtlich zur Läsion des Ependyms an diesen Stellen. Auch die traumatische Spätapoplexie, die gerade dieselbe Vorzugslokalisation aufweist, dürfte mit diesen Vorkommnissen in Zusammenhang stehen, indem die bei dem primären Trauma in diesem Gebiet gesetzten Veränderungen späterhin zu Blutungen Anlaß geben. Gefäßwandveränderungen konnte Verf. an diesen Stellen allerdings nicht nachweisen, wohl aber Capillarerweiterungen, die auf Innervationsstörungen im Sinne Rickers hinweisen. Spontane Blutungen in den Aquaeduct und den 4. Ventrikel ohne Zerstörung von Hirnsubstanz, die also nur den Plexusgefäßen oder ganz unmittelbar subependymär gelegenen Gefäßen ihre Entstehung verdanken könnten, sind extrem selten. Laut Umfrage des Verf. sind einwandfreie derartige Fälle von 6 deutschen Pathologen in einem Material von 190000 Sektionen nie beobachtet worden. Verf. hat sich deshalb für berechtigt gehalten, in einem derartigen Fall sein Gutachten auf traumatische Entstehung abzugeben.

Fr. Wohlwill (Hamburg).^o

Dürk, Hermann: Über 13 Jahre lang ruhende Gasödeminfektion nach Schußverletzung des Gehirns. Beitr. path. Anat. 84, 667—678 (1930).

Der zur Zeit des Todes 31jährige Mann hatte 13 Jahre zuvor eine Schädelanschußverletzung erlitten, hatte Rente bezogen und war verschiedentlich kriminell geworden. Er war 11 Tage vor seinem Tod mit Unwohlsein erkrankt. 6 Tage später „Schlaganfall“. Klinische Diagnose: Apoplexie oder Hirnabsceß. Bei der Sektion fanden sich unter der alten Schädeldwunde in der ganzen vorderen Hälfte der rechten Konvexität Verwachsungen der Hirnhäute und darunter — gut abgeschlossen gegen die Umgebung, aber ohne jede Kapselbildung — ein Absceß, aus dem sich schmutzige braunrote, Gasblasen enthaltende Flüssigkeit entleerte; daselbst einige Knochensplitter. In der austretenden Flüssigkeit ausschließlich grampositive

Bacillen von der Morphologie der Fraenkelschen Gasbacillen, in der gashaltigen Herzbeutel-flüssigkeit werden diese auch kultiviert. Die inneren Organe zeigten mikroskopisch das typische Bild der durch Gasbacillen hervorgerufenen Schaumorgane; im Gehirn waren die Bacillen bedeutend spärlicher als in den anderen Organen; sie lagen hier nicht etwa zwischen den Leuko-cyten des eitrig eingeschmolzenen Gebietes, sondern in Nekrosegebieten an den innersten Lagen der Leukocytenansammlung. Trotzdem muß bei der ganzen Sachlage die Überschwem-mung des Körpers mit den Gasbacillen von dieser Stelle ihren Ausgang genommen haben. Es wird eingehend erörtert, inwieweit es sich hierbei um einen intravitales Vorgang handelt, was wenigstens für die ersten Stadien bejaht wird. Daß die Gasbacillen Erreger der Hirn-eiterung waren, kann, trotzdem andere — speziell pyogene — Keime nicht nachweisbar waren, nicht mit Sicherheit behauptet werden. Auf alle Fälle ist der Absceß, der noch keine Kapsel aufwies, nicht älter als der Dauer der letzten Erkrankung entspricht; es müssen daher seine Erreger, seien es die Fraenkelschen Bacillen allein oder pyogene Kokken, die dann die Schrittmacher der Gasbacillen gewesen wären, nebst letzteren selbst 13 Jahre latent in der Hirn-wunde existiert haben, da diese vollkommen geschlossen und irgendeine andere Eingangs-pforte nicht vorhanden war. Was dann zur Mobilisierung geführt hat, ist unbekannt. *Wohltwill.*°

Engelhardt, G.: Kleinhirnzeichen nach stumpfer Schädelverletzung mit Beteiligung des Gehörgans. Mschr. Ohrenheilk. 64, 547—557 (1930).

Mehrere Fälle werden mitgeteilt. Auch da, wo die Symptome gehäuft auftreten, muß es fast immer zweifelhaft bleiben, ob es sich um extracerebellar bedingte oder echte Kleinhirnsymptome handelt. Aus Art und Schwere des Traumas lassen sich nicht bestimmte Schlüsse auf das Vorliegen einer Verletzung des Kleinhirns ziehen, allerdings scheint breit angreifende Gewalt am Hinterkopf dazu zu disponieren. Doch können auch anders lokalisierte Gewalteinwirkungen ausgesprochene Cerebellarsymptome zur Folge haben. Meist handelt es sich um sehr schwere Traumen. Die Innenohrver-änderungen kommen durch Commotio labyrinthii oder durch Innenohrfraktur bzw. -fraktur zustande. Innenohrfraktur kommt nur da in Frage, wo Taubheit besteht. Prognose nicht schlecht.

Kurt Mendel (Berlin).°°

Demme, Hans: Eiweißbefunde im Liquor von Schädeltraumatikern. Ein Beitrag zur Frage der Begutachtung von Kopfverletzten. (*Univ.-Nervenklin., Hamburg-Eppendorf.*) Med. Klin. 1930 I, 590—592.

Die Liquoruntersuchung erfolgte mit der Kafka-Samsonschen Methode, nach der Gesamteiweiß, Globulin- und Albuminmenge und der Eiweißquotient = Globulin zu Albumin (normalerweise = 0,1—0,4) bestimmt werden. Daneben wurden die übrigen Liquorprüfungen vorgenommen, doch mußte auf Encephalographie, Resorptionsprüfungen usw. verzichtet werden. Bei 100 Kopfverletzten mit schwereren Traumen, die zur Begutachtung in der Klinik waren, fand sich 59mal ein normaler, 41mal ein erhöhter Eiweißgehalt. Bei normalem Eiweißgehalt nur vereinzelt andere Liquorproben pathologisch. Eiweißvermehrung bis auf 2,3 Gesamteiweiß (normalerweise 0,8—1,2) findet sich auch bei Verletzten ohne Fraktur oder (neurologisch) nachweisbare sonstige Hirnschädigung. Oft ist nur der Albumingehalt, gelegentlich aber sind auch die Glo-buline vermehrt, so daß der Eiweißquotient verschieden ist. Anzunehmen ist, daß in diesen Fällen mit Eiweißvermehrung eine umschriebene Meningitis serosa besteht. Der Eiweißgehalt kann aber auch bei Fällen mit organischen Hirnschädigungen normal sein, auch bei fehlendem Nachweis einer Hirnschädigung darf das Fehlen der Eiweiß-vermehrung nicht Anlaß geben, die Beschwerden einfach für unbegründet zu halten.

(Jeder Versuch, die Beschwerden von Kopftraumatikern besser als bisher zu objektivieren, ist gewiß lebhaft zu begrüßen, obwohl wir auch klinisch nicht ganz ratlos ihnen gegenüberstehen. So freuen wir uns gewiß auch über die Feststellungen des Verf., welche die encephalo-graphischen Befunde usw. ergänzen; aber die Forderung, daß die Liquoruntersuchung zu jeder Begutachtung Kopfverletzter „unbedingt“ gehört, scheidet leider daran, daß z. B. von den Hunderten Kopfverletzter, die Ref. im Jahre begutachtet, kaum einer die Punktion sich auch nur gefallen lassen würde, ganz abgesehen von den sachlich sicher unbegründeten, aber auf die Dauer doch genügend lästigen Beschwerden derjenigen Verletzten, die man zur Punktion mit Mühe überredet hätte.)

F. Stern (Kassel).°°

Homma, Hans: Über die Mechanik der Atlasverletzung beim Sturz auf den Kopf. (*Chir. Abt., Kaiserin Elisabeth-Spit., Wien.*) Arch. klin. Chir. 160, 151—164 (1930).

Homma geht ausführlich auf die Mechanik der Kopfbewegungen ein. Das Kopf-

gelenk besteht aus 2 Gelenken, dem oberen Kopfelenk zwischen Hinterhauptsbein und Atlas und dem unteren Kopfelenk zwischen Atlas und Epistropheus. Die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen werden dem Verletzungsmechanismus nach in 4 Gruppen geteilt: solche, bei denen das Trauma im Sinne des Zuges wirkt, rotierend einwirkende Traumen, von rückwärts einwirkende und axial im Sinne des Druckes wirkende Traumen.

Walter Lehmann (Frankfurt a. M.).

Bianchetti, Carlo Felice: Sul diabete insipido da trauma cranico. (Über Diabetes insipidus nach Schädeltrauma.) (*Sez. Chir., Osp. di S. Biagio, Domodossola.*) Arch. ital. Chir. **26**, 169—187 (1930).

Das Auftreten des Diabetes insipidus nach einem direkten Schädeltrauma muß in dem beschriebenen Fall einer Verletzung des neurohypophysären Apparates, und zwar wahrscheinlich des Infundibulums, zugeschrieben werden, entstanden auf dem Wege eines subduralen Hämatoms.

Liquori-Hohenauer (Illenau).

Naville: Y-a-t-il des tumeurs cérébrales traumatiques? (Gibt es traumatische Hirntumoren?) (*15. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 26.—28. V. 1930.*) Ann. Méd. lég. etc. **10**, 525—530 (1930).

Verf. gibt zunächst eine Übersicht über die sich stark widersprechenden Meinungen zur Frage der Bedeutung der Hirntraumata bei der Entstehung von Hirntumoren. Die große Seltenheit von Hirntumoren im Anschluß an die Kriegsverletzungen des Gehirns scheint zu beweisen, daß eine besondere Disposition des Gehirnes zur Entwicklung eines Tumors vor der Verletzung bestanden haben muß. In der Praxis kann ein Kausalitätsverhältnis zwischen Schädelverletzung und Hirntumoren nur beim Vorliegen eines autoptischen Befundes wie in Fällen von Neuburger, Reinhart, Voland angenommen werden. Bei Lebzeiten des Kranken muß ein Zusammenhang immer als unwahrscheinlich betrachtet werden.

Wartenberg (Freiburg i. Br.).

Becker: Posttraumatisches Sarkom. (*Chir. Abt., Knappschaftskranken., Beuthen.*) Mschr. Unfallheilk. **37**, 225—226 (1930).

Im Anschluß an eine Drahtstichverletzung am Unterschenkel entwickelte sich zunächst eine münzengroße Schwellung um den Stichkanal herum, die allmählich größer wurde und geschwürrig zerfiel und 8 Wochen später eine auf der Unterlage verschiebliche, pilzförmig erhabene, ulcerierte Schwellung repräsentierte. Excision weit im Gesunden unter Mitnahme der Fascie. Die Biopsie ergab ein Spindelzellensarkom.

Die traumatische Genese des Sarkoms wird auch von seiten des Anatomen (Henke-Breslau) als „scheinbar sehr sicher“ bezeichnet, da diesfalls die von Thiem und Lubarsch und auch von Sauerbruch geforderten Argumente für den zu erweisenden Zusammenhang von Trauma und Tumorentwicklung gegeben sind (Beweis der äußeren Gewalteinwirkung, anschließend das Auftreten des Blastoms am Orte jener innerhalb eines Zeitraumes von 3 Wochen bis 2 Jahren).

Rusch (Wien).

Böhler, Lorenz: Osteochondritis dissecans und Unfall. (*Unfallkrankenh., Wien.*) Münch. med. Wschr. **1930 II**, 1189—1190.

Böhler glaubt nicht, daß die Osteochondritis dissecans auf Unfälle und Verletzungen zurückzuführen ist, denn erfahrungsgemäß kommt es im Anschluß an intra-artikuläre Gelenkverletzungen und Knochenbrüche mit größeren und kleineren Absprengungen nur in den seltensten Fällen zur Entstehung freier Gelenkkörper. Vielmehr muß man diese Krankheit als eine eigene Erkrankung ansprechen, deren Vorkommen an bestimmte Gegenden gebunden ist.

Schenk (Charlottenburg).

Petersen, O. H.: Typische Verletzungen der Kraftradfahrer in der Kniegelenkgegend. (*Chir. Abt., Kreiskrankenh., Hameln.*) Dtsch. Z. Chir. **228**, 277—280 (1930).

Bei Unfällen der Kraftradfahrer kommt es gelegentlich zu Verletzungen, die man deshalb als typische zu bezeichnen berechtigt ist, weil die Bedingungen zu ihrer Entstehung fast nur beim Kraftradfahrer vorhanden sind: Brüche der Kniescheibe in Verbindung mit Brüchen des unteren Endes des Oberschenkelknochens oder des oberen Endes des Schienbeines oder beider zusammen. Die Brüche sind meist kompliziert.

Sie haben ihre Ursache in dem Auftreffen einer großen Gewalt auf das ungeschützte, in rechtwinkliger Stellung festgehaltene Kniegelenk. *Autoreferat.*

Frankenthal, L.: Seltene Verletzung durch Menschenbiß. (*Chir. Abt., Israel. Krankenh., Leipzig.*) Dtsch. med. Wschr. 1930 I, 1045—1046.

Menschenbißverletzung des rechten Ringfingers mit nachfolgender schwerer osteomyelitischer und arthritischer Phlegmone des Fingers, welche dessen Exartikulation erforderte. *R. Gutzeit (Neidenburg).*

Dietrich, A.: Die Bewertung der Fettembolie. (*Path. Inst., Univ. Tübingen.*) Chirurg 2, 593—596 (1930).

Die Fettembolie im Anschluß an Knochenbrüche wird immer noch sehr verschieden bewertet, obwohl diese Frage für die Beurteilung für die Unfallbegutachtung außerordentlich wichtig ist. Bei einem gesunden Menschen führt eine Fettembolie zum Tode, wenn wenigstens $\frac{2}{3}$ der Lunge ausgeschaltet ist, ebenso wie eine gleiche Absperrung der Luftwege. Anders liegen die Verhältnisse, wenn gleichzeitig Hämothorax, Lungentuberkulose, auch schon Emphysem oder chronische Bronchitis vorliegt. In der Gutachtertätigkeit wird viel zu wenig gewürdigt, ob die Fettembolie schlechthin als die Todesursache angesehen werden kann oder ob andere Befunde als gleich- oder untergeordnete Faktoren zu betrachten sind. Dieses ist auch manchmal nicht leicht, und die Klinik gibt hier manchmal bessere Anhaltspunkte als die Obduktion allein. Spezielle Fälle werden dann gegeneinander abgewogen, welche für die Praxis des Begutachters außerordentlich wichtig sind. Vor allem ist hier die Lungenentzündung im Anschluß an Fettembolie zu erwähnen. Auch Fettembolie des Gehirns kommt im Anschluß an Knochenbrüche auch ohne offenes Foramen ovale vor. Hierbei treten Blutungen auf, welche zur Sprengelung der weißen Substanz führen. Klinisch besteht Stupor oder Koma. Wenn gleichzeitig Gehirnschädigungen in Frage kommen, ist der Fettembolie Beachtung zu schenken. *Braun (Ohligs).*

Oehme, Curt: Über traumatische Venenthrombose an der oberen Extremität. (*Med. Poliklin., Heidelberg.*) Med. Klin. 1930 I, 472—474.

Zur Frage der traumatischen Venenthrombose teilt Verf. 3 Beobachtungen mit. In allen 3 Fällen handelte es sich um eine Thrombose der Vena axillaris, die zeitlich nach einer starken Kraftanstrengung entstand und wohl, da andere ursächliche Momente nicht aufgefunden wurden, auch ursächlich mit dieser in Zusammenhang zu bringen ist. Unter Berücksichtigung der übrigen im Schrifttum niedergelegten Beobachtungen kommt man zu dem Ergebnis, daß Quetschungen, Zerrungen und Überdehnungen vielleicht, wie es Heineke meint, durch Abriß von kleinen Gefäßen Verletzungen der Venen herbeiführen können, die von Thrombose gefolgt sind. Der Symptomenkomplex, Schwellung des Arms verbunden mit Ausbildung eines Kollateralkreislaufs, der immer an einen raumbeengenden Prozeß im Mediastinum, an der Lungenwurzel oder an den großen Gefäßen denken läßt, wird also bei vorliegendem Trauma häufig eine weniger schwerwiegende Deutung erfahren dürfen. *W. Mandel (Alt-Schalkowitz).*

Deutsch, Felix: Sekundenherztod im Boxkampf durch Commotio cordis. (Ein Beitrag zur Frage des Sportherzens.) (*Sportberatungsstelle, „Ver. Herzstat.“, Wien.*) Wien. Arch. inn. Med. 20, 279—286 (1930).

Ein 26jähriger Berufsboxer, der zur Übung auch sportliche Dauerleistungen eifrig betrieben hatte, stürzte auf einen Boxschlag gegen die Brust zusammen und gab keine Lebenszeichen mehr. Die Leichenöffnung ergab eine außerordentlich kräftige Muskulatur und eine mäßige, aber über die Zunahme der Körpermuskeln hinausgehende Vergrößerung des Herzens in beiden Hälften ohne Erweiterung. Die großen Bauchdrüsen waren leicht gestaut. Die linke Brusthöhle enthielt Luft (anscheinend nicht viel), das vordere Mittelfell zeigte hie und da hanfkorngroße dunkelrote, in Gruppen vereinigte sehr zarte Blutungen, die auf den Schlag bezogen wurden.

Verf., der nicht Anatom ist, leitet aus dem Befund des zusammengezogenen totenstarrten Herzens Rückschlüsse über seinen Zustand vor dem Tode ab, die unzulässig sind. Man kann auch nicht zustimmen, wenn er den Verunglückten schlechtweg als herzgesund bezeichnet. (Ref. hat in seinem Referat über die Handlungsfähigkeit Schwerverletzter in Königsberg 1930 eine ähnliche eigene Beobachtung erwähnt. Ein junger Bursche brach nach einem Faustschlag in die Herzgegend zusammen und war tot. Umschriebene Durchblutung des Lungengewebes am Vorderrand des linken

Oberlappens durch den Schlag. Der wiederauflebende Ausdruck Sekundenherztod täuscht, in solchen Fällen angewendet, ein Wissen über Vorgänge vor, die uns unbekannt sind.)

Meizner (Wien).

Wegelin, C.: Zur pathologischen Anatomie der Röntgenanämie. Beitr. path. Anat. 84, 299—316 (1930).

Nach einer ausführlichen Zusammenstellung der in der Literatur beschriebenen Beobachtungen von tödlicher Röntgen- und Radiumanämie beschreibt Verf. eine eigene Beobachtung.

43jähriger Röntgenologe, der seit 10 Jahren mit Röntgentherapie sich beschäftigt, ohne genügende Schutzmaßnahmen. Mitte August 1924 Müdigkeit, hochgradige Blässe. R. 3160000, Hgl. 54%, L. 2000, davon 65% Lymphocyten, Aniso- und Poikilocytose, keine Megaloblasten. In der Folgezeit Zunahme der Anämie. Blutbefund 5. IX.: Hgl. 12%, R. 800000, L. 900. Anisocytose, vorwiegend Mikrocyten, Poikilocytose. Wenig Polychromasie. Viel kernhaltige R. (etwa 1000 pro 1 cmm), vorwiegend Megaloblasten. Lymphocyten, wenig Blutplättchen. 8. IX. Exitus. Autopsie: Leber und Milz klein, beide geben Fe-Reaktion. Allgemeine Anämie. Im Knochenmark der Rippen und der Wirbelsäule viel Megalo- und Myeloblasten. Im Femur fast reines Fettmark. Reduktion des lymphatischen Gewebes, die Lymphdrüsen sind sehr klein, die Milzfollikel und Peyerschen Plaques kaum sichtbar. Reticulumzellen in Milz und Knochenmark zeigen starke Hämosiderosis, ebenso die Sternzellen der Leber. Pathogenetisch handelt es sich um eine primäre Erschöpfung des Knochenmarkes. *Roth* (Winterthur).

Hane, Kiichi: Über eine Perforationsstichwunde des Oesophagus, verursacht durch den Hörnerstoß eines Oehsen. Otologia (Fukuoka) 3, 778—780 (1930) [Japanisch].

Es handelt sich um eine Stichwunde in den Hals auf der rechten Seite bei einem 22jährigen Bauern, durch die auch der Oesophagus perforiert worden war. Carotisgefäße frei. Die Quetschwunde der Weichteile lief 4 cm hinter dem submentalen Kieferwinkel schräg linear nach vorn unten bis zum sternoclavicularen Gelenk, 9 cm in der ganzen Länge. Die Muskelschicht der entsprechenden klappte. Heiserkeit durch Läsion des N. laryngeus inferior dex. Im oberen Teile der Stichwunde des Oesophagus wurde ein kleiner Schnitt ausgeführt und von hier aus eine Gummiröhre als Nähr- und Schutzschlauch in den Oesophagus eingeführt, die 3 Wochen später wieder entfernt werden konnte. Nahrungsaufnahme per os ohne weiteres möglich. Ein halbes Jahr später konnte oesophagoskopisch keine Stenose des Oesophagus mehr festgestellt werden.

Daito (Fukuoka).

● **Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie.** Hrsg. v. Erwin Payr u. Hermann Küttner. Bd. 23. Redig. v. E. Payr. Berlin: Julius Springer 1930. 780 S. u. 191 Abb. R.M. 69.—

Küttner, Hermann: Die Spätschädigungen des Darmes nach stumpfer Bauchverletzung. S. 205—316 u. 3 Abb.

In der vorliegenden monographischen kritischen Zusammenstellung werden nacheinander abgehandelt: I. Die Spätperforationen nach stumpfer Bauchverletzung (des Duodenums, des Dünndarms, der Ileocoecalregion, des Dickdarms), die sämtlich durch interessante kasuistische Beiträge erläutert werden. Im II. Kapitel werden die sekundären Verengerungen und Verschlüsse des Darms nach stumpfer Bauchverletzung behandelt, und zwar von Darmstrikturen (Zwölffingerdarm und sonstiger Dünndarm), 21 Fälle nach stumpfer Bauchverletzung, ferner die seltene Entstehung von Divertikelbildung (Fall Kähler, 22 Monate altes Kind, Überfahren durch ein Fuhrwerk). Als Beispiele für Fälle von Invagination nach stumpfer Bauchverletzung werden 8 Beobachtungen zusammengestellt. Seltene Strikturfälle, bedingt durch schwere körperliche Arbeit, sind besonders bemerkenswert. Des weiteren wird auf traumatisch entstandene Mesenterialschrumpfung hingewiesen, die unter Umständen durch Annäherung der Fußpunkte einer Schlinge zum Volvulus derselben führen kann! Dies kommt sowohl am Blinddarm als auch im Bereich der Flexura sigmoidea zur Beobachtung. Ferner wird auf Bauchfellverwachsungen und ihre Folgezustände hingewiesen, weiter auf ungewöhnliche, den Darm beteiligende Peritonitisformen, wobei auch der tuberkulösen Peritonitis und ihres Zusammenhangs mit stumpfen Bauchverletzungen gedacht wird. Endlich werden besprochen traumatisch entstandene Lücken im Bereich des Bauches (Bauchwand, Mesenterium des Dünn- und Dickdarms und des Netzes usw.), ferner Darmvorfall

und Darmeinklemmung in ihnen. Traumatische Zwerchfellrupturen und die daraus hervorgehenden sog. Zwerchfellhernien werden nicht weiter einbezogen. Dieser II. Abschnitt schließt mit einer Besprechung der atonischen und spastischen Zustände des Darmes nach stumpfer Bauchverletzung. (Auch kleine retroperitoneale oder zwischen den Mesenterialblättern gelegene Hämatome können vermutlich ohne mechanische Massenwirkung einen dynamischen Ileus durch Beeinflussung der Nervengeflechte bedingen, wobei das relativ rasche Auftreten des Meteorismus eigentümlich ist.) Es ist also weniger die rein mechanische Schädigung, sondern vielleicht mehr die toxische Schädigung durch die Eiweißzerfallsprodukte des Hämatoms die Ursache. Reimer hat behauptet, daß dabei vegetativ stigmatisierte Menschen besonders geeignet seien zu solchen Folgezuständen, auch bei leichten Kontusionen — vielleicht schlägt diese Erklärung eine Brücke zu den bemerkenswerten Fällen von sog. hysterischem Ileus nach Trauma. Im III. Abschnitt werden vom Verf. Spätschädigungen von seiten der Blut- und Chylusgefäße bearbeitet. So entstehen nach Bauchkontusionen Spätblutungen infolge von Durchbruch traumatisch entstandener Wandhämatome in das Lumen hinein, ferner Spätschädigungen des Darmes durch Hämatome (Schrumpfung und Retraktion des Hämatoms), ferner nach Verletzungen der peritonealen Chylusgefäße. Vielleicht können auch gelegentlich Chyluscysten im Mesenterium traumatisch entstehen. Als letztes wird über die Spätschädigungen durch Thrombosen berichtet, wobei auffallend sei, daß doch gewiß recht häufig Thrombosen nach stumpfen Bauchverletzungen vorkommen, aber selten besondere Krankheitsbilder hervorrufen. Es wird auf Thrombosen in der Pfortader und in der Vena cava inferior hingewiesen.

H. Merkel (München).

Szász, Béla: Der Begriff der Erstickung in der gerichtlichen Medizin. Orvosképzés 19, 632—638 (1929) [Ungarisch].

In der gerichtlichen Medizin versteht man unter Erstickung einen engeren und einen weiteren Begriff. Der weitere entspricht dem in der Pathologie gebräuchlichen, der engere wird zur Bezeichnung jener gewaltsamen Todesfälle gebraucht, bei welchen der Tod durch äußere mechanische Behinderung der Aspiration der atmosphärischen Luft veranlaßt wird, wobei auf die letzte Todesursache eine große Reihe anderer Vorgänge einwirken können (z. B. beim Erhängen Funktionsstörung des Gehirns und wahrscheinlich Vaguslähmung). Zu dieser Gruppe zählen vom gerichtsarztlichen Standpunkte aus auch — nach dem allgemeinen Sprachgebrauche gerechnet — jene Fälle, bei denen die spezifischen äußeren mechanischen Vorgänge zwar die gleichen sind, aber der Tod nicht ausschließlich durch Verschuß der Respirationswege, sondern öfters durch Shockwirkung eintrat (Erwürgen, Steckenbleiben großer Bissen im Schlund). Verf. betont, daß zum Begriffe der Erstickung im engeren Sinne nicht unbedingt nötig ist, daß der Tod wirklich durch Behinderung der Aspiration der atmosphärischen Luft herbeigeführt werden muß; es genügt, daß die Anzeichen und Spuren solcher mechanischen Vorgänge denen gleichen, welche für die verschiedenen gewaltsamen Erstickungsformen Eigentümlichkeiten besitzen.

Wietrich (Budapest).

Böhmig, R.: Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Erstickungsblutungen. (25. Tag. d. Dtsch. Path. Ges., Berlin, Sitzg. v. 3.—5. IV. 1930.) Zbl. Path. 48, Erg.-H., 133—137 (1930).

30 Versuchstiere, verschiedene Todesarten. Umschriebene Lungenblutungen und Pleura-Ekchymosen traten makroskopisch nicht auf: Bei Tod durch Herzkrampfmittel (Strophanthin) und Herzlähmungsmittel (Akonitin), bei peripherem Atmungsstillstand durch Strychnin, bei doppelseitigem Pneumothorax, bei Tracheaverschluß in tiefer Urethannarkose, auch nicht bei zentraler Atemlähmung durch Morphin. Ganz spärlich traten sie auf bei CO-Vergiftungen, sehr zahlreich bei Trachealabklemmung in oberflächlicher Äthernarkose und bei CO₂-Vergiftung. Mikroskopisch fand sich bei peripherem Atmungstod durch doppelseitigen Pneumothorax, bei Trachealverschluß in oberflächlicher Äthernarkose und bei Vergiftung durch CO und CO₂; peri-

vasculäres Ödem um die größeren Gefäße und Capillarblutungen. Verf. führt diese Veränderungen auf die lokale Wirkung der Kohlensäure zurück, auf die Verhinderung der Abdunstung der körpereigenen Blutkohlensäure in kohlensäurereicher Atmosphäre. Diese Ergebnisse sollen nach Meinung des Verf. zur Deutung von solchen Fällen herangezogen werden können, bei denen der Tod klinisch akut eintrat, und bei welchen die Obduktion nur ausgedehntere Lungenblutungen und Pleuraekchymosen nachweist, jedenfalls keine entzündlichen Erscheinungen an Herz und Lungen und keine chronischen Kreislaufstörungen. Walcher (München).

Yoshimoto, Seiichi: Ein Fall von Erhängen im Liegen. (*Gerichtsärztl. Inst., Univ. Okayama.*) *Okayama-Igakkai-Zasshi* 42, 1467—1473 u. dtsh. Zusammenfassung 1473 (1930) [Japanisch].

Verf. konnte an einer exhumierten faulen Leiche Frakturen von Ring-, Schild- und Trachealknorpel nachweisen mit unklarer vitaler Reaktion. Die Annahme eines Selbstmordes durch Erhängen wurde durch die Ermittlungen unterstützt, nach welchen die bettlägerige alte Frau in Bauchlage eine zum Aufhängen der Bettdecke lose von der Zimmerdecke herabhängende Schnur sich um den Hals gelegt hatte. (Wenn man bedenkt, daß sich bei uns viele Menschen an Bettpfosten erhängen, so erscheint auch diese Art des Selbstmordes durch Erhängen recht gut möglich.) Klix (Tannenhof b. Remscheid).

Crouzon, O., Henri Desoille et J. Henrion: Troubles d'ordre neurologique consécutifs à une pendaison. (Nervenstörungen nach Erhängen.) (*15. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 26.—28. V. 1930.*) *Ann. Méd. lég. etc.* 10, 533—539 (1930).

Der Erhängte wurde sofort aus der Schlinge befreit; Gesicht blaurot, ausgedehnte Ecchymosen. Koma von 2stündiger Dauer, verbunden mit Konvulsionen; später Verwirrheitszustand und Amnesie. Nach 2 Tagen traten allgemeiner Tremor und Schwäche der oberen Gliedmaßen auf. Lumbalpunktat bluthaltig. Nach 5 Wochen noch Tremor und positiver Babinski links; sonst normaler Nervenbefund. Vortr. nimmt eine cerebrale Blutung an. — In der Aussprache (*Piédélièvre*) wird auf die Möglichkeit der Schädigung nervöser Elemente durch die vorübergehende Sauerstoffabsperrung hingewiesen. Ransohoff (Lüneburg).

Brack: Über Erhängen und über den Gastod. Dtsch. Polizeiarch. 9, 215—217 (1930).

Dieser für den Laien bestimmte Aufsatz enthält nichts Neues für denjenigen, der gerichtsärztliche Erfahrung und Kenntnis besitzt. Gegenüber der Annahme der Entleerung von Samenflüssigkeit beim Erhängen infolge Reizung des Rückenmarkes dürften bei der Häufigkeit dieses Befundes bei den verschiedensten Todesarten wohl Bedenken berechtigt sein.

Gg. Strassmann (Breslau).

Langworthy, Orthello R.: Nerve cell injury in cases of human electrocution. (Nervenzell-Schädigung bei menschlichen Todesfällen durch Elektrizität.) (*Subdep. of Neurol., Johns Hopkins Univ. School of Med., Baltimore.*) *J. amer. med. Assoc.* 95, 107—108 (1930).

Bericht über 2 Fälle von Starkstromtod, von denen der eine mittels Starkstroms Selbstmord beging, der andere elektrisch hingerichtet wurde. In beiden Fällen wurde am Zentralnervensystem ein Ganglienzellprozeß beobachtet, der etwa den akuten Verflüssigungsprozessen nahekommt. Charakteristische Kennzeichen fehlen. Berthold Kihn (Erlangen).

Chavigny, P.: Les risques d'électrocution. Les inconvénients de leur méconnaissance. (Die Gefahren der Elektrizität. Unvorhergesehene Unfälle und ihre Unkenntnis.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 18. XI. 1929.*) *Ann. Méd. lég. etc.* 9, 685—686 (1929).

Die Möglichkeiten elektrischer Unfälle, ob sie nun zum Tode führen oder nicht, sind vielfach bei Ärzten und Elektrotechnikern nicht bekannt. Dadurch werden auch nicht genügend Vorkehrungen getroffen, um derartige Unfälle zu vermeiden, und die Familien der Unfallverletzten werden oft nicht entschädigt. Verf. berichtet über 3 instruktive Fälle:

Ein Kind wurde dadurch getötet, daß es von einer Brücke herab auf das Dach einer unten fahrenden Trambahn urinierte und so durch den Urinstrahl Strom bekam. Ein Soldat wurde getötet dadurch, daß er ebenfalls gegen einen Hochspannungsmast auf nassem Boden stehend urinierte. Die ständig überall zunehmende Elektrisierung kann häufig derartige Unfälle erzeugen. Der 3. Fall betrifft einen Diplomingenieur, der tot in seinem Zimmer aufgefunden wurde. In den Lichtanschluß des Zimmers hatte er zwei Drähte eingeführt. An dem einen hatte er einen Schlüssel angebracht und in den After eingeführt, am anderen den Handgriff

eines chirurgischen Instrumentes und mit ihm das Glied gereizt, wodurch es auch zu einem starken Samenerguß gekommen war. Trotzdem er als Fachmann die Gefahren der Elektrizität kannte, hatte der Mann diese gefährliche Einrichtung zum Onanieren benutzt.

Abhilfe kann hier nur geschaffen werden durch Anerziehung der Vorsicht gegenüber dem elektrischen Strom von Jugend auf. *Weimann* (Berlin).

Dynkiewicz, H.: Ein Fall von Parese einer Extremität nach Blitzschlag. *Lekarz Wojsk.* 16, 23—26 (1930) [Polnisch].

Vom Blitz getroffen zeigte ein Artilleriesoldat an der Oberfläche des linken Armes Brandwunden 2. Grades, daneben bekannte Blitzfiguren, außerdem eine deutliche Parese der ganzen linken Oberextremität mit Hautcyanose verbunden. *Wachholz* (Kraków).

Safar, Karl: Über Augenschädigung (Linsentrübung, Netzhautschädigung und Hypopyonitis als Spätfolge), hervorgerufen durch reine elektro-dynamische Wirkung des Blitzschlages. (*I. Univ.-Augenklin., Wien.*) *Z. Augenheilk.* 72, 1—12 (1930).

Ein 16jähriges Mädchen wurde im Zimmer vom Blitz getroffen. Sie blieb 3 Stunden bewußtlos, spürte nach dem Erwachen nur unbedeutende Kopfschmerzen und Brechneigung, 3—4 Tage Schmerzen in der rechten Schulter. Stirn und Augenlider waren zunächst geschwollen, die Bindehaut gerötet. Alle diese Beschwerden schwanden bis auf Sehstörungen, die sie nach 4 Wochen zur Klinik führten. Befund: Keine Zeichen von Verbrennung. Beide Hornhäute zart diffus getrübt mit Fältelung der Deszemet. Iris o. B. Rechte Pupille enger als linke, Reaktion gut. Erweiterungsfähigkeit besonders rechts auffallend schlecht (Homatropin, Atropin). Beide Linsen (rechte mehr als linke) zeigen feine netzartige Trübung in der Gegend der vorderen und hinteren Kapsel, rechts auch subcapsuläre Vacuolen. Der vordere Glaskörper erschien dichter als gewöhnlich. Beide Papillen waren lebhaft rot, unscharf begrenzt. Die Netzhaut war in der Umgebung der Papillen bis zur Maculagegend hin getrübt. Strahlige Reflexe fielen besonders in der Umgebung des Foveagebietes auf. Maculageb rechts kaum sichtbar, links auch verändert. Die Maculagegend erschien als gelblich roter Fleck links mit zentralem roten Punkt, den ein schwärzlicher Pigmentring umgab. Später färbte sich auch der zentrale rote Punkt schwärzlich (minimale Lochbildung). Peripherie beiderseits feinfleckig pigmentiert. Minimales zentrales absolutes Skotom. S: rechts Finger in 6 m, links 6/24. — 5 Wochen nach dem Unfall entstand rechts eine Hypopyonitis, welche unter symptomatischer Behandlung rasch ausheilte. Verwachsungen blieben nicht zurück, doch hatte die Linsentrübung am rechten Auge an Intensität noch zugenommen, S: schließlich etwas besser, rechts 6/36, links 6/18. — Auf Einwirkung leuchtender (beim Einschlag keine Lichterscheinung) oder Wärmestrahlen (keine äußeren Verbrennungen) können die Augenveränderungen nicht zurückgeführt werden. Safar hält sie vielmehr für reine elektro-dynamische Wirkungen des Blitzes. Linsentrübungen gehören ja zu den häufigeren Folgen der Schädigungen des Sehorgans durch Blitz oder elektrischen Unfall. Selten sind Augenhintergrundsveränderungen, die Kiribuchi nach seinen Tieruntersuchungen als Folge von Zirkulationsstörungen der Aderhaut auffaßt, S. dagegen als direkte Netzhautschädigung ansieht, besonders da auch an der Haut Pigmentverschiebungen nach Starkstromverletzungen vorkommen können (Jellinek). Die Hypopyonitis ist nach dem ganzen klinischen Verlauf als reaktive aseptische Entzündung durch nekrotische Veränderungen im Ciliarkörper oder in der Iris aufzufassen und nicht etwa als metastatische Entzündung im geschädigten Uvealgewebe (etwa von einem tuberkulösen Lungenherd her). — Jellinek hebt im Anschluß an die Ausführungen von S. hervor, daß im vorliegenden Falle die Traumareaktion nach dem Unfall auffallend gering war, daß die Augenveränderungen klinisch volle Übereinstimmung mit den elektrischen Veränderungen an der Haut, Knochen, Gelenken zeigen (Schmerzlosigkeit, Mangel an entzündlicher Infiltration, Fehlen von Störungen des Allgemeinbefindens, Entstehung aseptischer Nekrosen erst nach Wochen, große Heilungstendenz). Die geschilderten Unfallfolgen sieht er wie S. nicht als Verbrennungsfolgen an, sondern als elektromechanische Läsionen. *Jendralski* (Gleiwitz).

Simonart, A.: Etude expérimentale sur la toxémie traumatique et la toxémie des grands brûlés. (Experimentelle Untersuchung über die traumatische Toxämie und die Toxämie nach schwerer Verbrennung.) *Arch. internat. Pharmacodynamie* 37, 269—303 (1930).

Verbrühte Kaninchen sterben einige (bis zu 24 Stunden) Stunden nach dem Trauma in Hypothermie mit Bluteindickung und ausgeprägter Erweiterung der Capillaren oder nach 2—4 Tagen mit Blutverdünnung bei normaler Temperatur. In Chloroform-Äthernarkose schwer verbrühte Tiere wurden einige Minuten oder mehrere Stunden nachher durch Verbluten getötet. Schon einige Minuten nach der Verbrühung sind die Capillaren, besonders im Verdauungstrakte, stark erweitert, ebenso in Leber, Milz, Lunge, Meningen, Muskeln und im Knochenmark, aber auch in der Iris albinotischer Kaninchen. Die Lungen zeigen Hypostasen, es finden sich Hydroperikard, etwas Flüssigkeit im Abdomen und zahlreiche Hämorrhagien auf der Darmschleimhaut. Noch deutlicher sind die Veränderungen bei jungen Hunden.

Einige Stunden und später nach dem schweren Kreislaufshock kommt es zu Zerstörung roter Blutkörperchen, zu Acidose, Eiweiß- und Chlorverarmung des Plasmas, zu Ödem an tief gelegenen Körperpartien, zu Verminderung der Alkalireserve. Der Kreislaufshock scheint humeral (jedoch nicht durch Histamin!) bedingt zu sein.

Beim Menschen dürfte sich unmittelbar nach der Verbrennung ein ähnlicher Zustand entwickeln. In den ersten Minuten ist dagegen eine Konzentration der Plasmaproteine und Zunahme der zelligen Elemente im Blute zu konstatieren. Die Bildung von Histamin in den verbrühten Geweben wird vom Verf. geleugnet, da Kaninchen, die ohne Narkose schon durch kleine Histamindosen getötet werden, keine an das Bild der akuten Histaminvergiftung erinnernden Symptome zeigen, wenn ihnen nach vorhergeschickter Rückenmarksdurchschneidung ohne Allgemeinnarkose die hinteren Extremitäten schwer verbrüht wurden. Es kann sich nach Ansicht des Verf. bei der Entstehung des Shocks nicht um einen durch den Schmerz bedingten Reflexvorgang handeln, auch nicht um Folgen einer Hyperpnoe. Das Nervensystem ist jedoch beteiligt, da bei Hunden mit zerstörtem Gehirn und Rückenmark nach der Verbrühung die charakteristische Blutkonzentration ausbleibt. Die sich im Verlaufe einiger Tage einstellende Abnahme des Hb-Wertes ist durch Zerstörung von Erythrocyten bedingt. Zweifellos entstehen in den verbrühten Partien toxische Eiweißabbauprodukte. Auch zwischen experimentell erzeugtem traumatischen Shock einerseits und dem Histaminshock sowie dem Shock schwer verletzter Menschen andererseits bestehen deutliche Unterschiede. Der Blutdruckabfall nach experimentellen Traumen (Knochenfrakturen, Quetschungen) kommt auf reflektorisch-nervösem Wege zustande, der Reiz geht von den verletzten Partien aus. Bei durchschnittlichen Beinnerven fehlt der Abfall des Blutdruckes; daher ist dieser nicht als durch Resorption entstandener Giftsubstanzen bedingt aufzufassen.

A. Fröhlich (Wien).^o

Hulst, J. P. L.: Einbruch mit Gewaltanwendung und Diebstahl durch 2 Personen.
Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1930 II, 4423—4430 [Holländisch].

Ein alter Mann wurde nachts im Bette von 2 Personen angefallen. Er erhielt Schläge mit einem Revolver auf den Kopf. Einen Augenblick später fühlte er, betäubt zu Bette liegend, daß seine Kleider in Brand waren. Die Angreifer hatten vermutlich gedacht, daß er schon tot war, und hatten das Häuschen angezündet. Er konnte sich eben noch in seinen Unterkleidern retten, obwohl seine ganze Wohnung brannte. Der alte Mann wurde im nächsten Krankenhaus aufgenommen und starb 3 Tage später. Die 2 ersten Tage war er gar nicht benommen, hatte klare Einsicht und erklärte ganz sicher den Hergang der Tat. Er wußte auch den Namen des einen der Angreifer A. zu nennen. Der A. wurde verhaftet, aber bestritt alles. Am 3. Tage wurde der alte Mann benommen und starb. Bei der Sektion fand Verf. körnige Schwellung von Leber und Niere, eine Verbrennung der Haut der Beine und Füße. Weiter zeigte die Haut des Kopfes 12 Wunden, welche mit einem stumpfen Gegenstand beigebracht waren. Die Wunden waren sehr dicht nebeneinander, woraus gefolgert wurde, daß der Gegenstand kurz gewesen sei, vermutlich der Kolben eines Revolvers. Das Periost war an 8 Stellen verletzt. Der Schädelknochen war an einigen Stellen zerschlagen. Eine Photographie des präparierten Schädels ist zur Verdeutlichung beigegeben. Im Gehirn selbst keine Blutungen. Hieraus wurde gefolgert, daß die Todesursache wahrscheinlich die Verbrennung gewesen sei. Die daraus entstandene Vergiftung durch Resorption von Zerfallprodukten hatte vermutlich den Tod hervorgerufen und die körnige Schwellung von Leber und Niere war davon der Ausdruck. Der Mann hatte weiße Haare. In der Umgebung des abgebrannten Häuschens wurden Fußabdrücke gefunden zweierlei Art, nämlich von 28 bzw. 30—31 cm. Das stimmt also mit den Angaben des Erschlagenen, daß ein größerer und ein kleinerer Mann die Täter wären. Wegen des Regens waren diese Spuren aber nicht brauchbar. Brauchbare Fingerabdrücke waren nicht vorhanden. Mit Hilfe eines Hundes fand man unter einem Baume ein grünes Tuch mit 4 Löchern, welches vermutlich als Maske gedient hatte. Durch Haussuchung bei A. fand man in einer Scheune ein Stück Gardinentuch derselben Farbe wie die der Maske. Dieses Stück Gardinentuch paßte genau zu der Maske. Einige Photographien beweisen das Gemeldete. Trotzdem blieb A. beim Leugnen. Bei einer Haussuchung fand man in einer Ofenröhre die Börse des Erschlagenen. Als dies dem A. gezeigt wurde, wurde er einen Augenblick fassungslos und gab die Stelle an, wo er den Revolver versteckt hatte. Der Revolver war ein altes Lefauchaux-Modell. Man fand am Revolver 3 weiße Haare, ohne Pigment. Diese Haare zeigten sich mikroskopisch genau gleich den Haaren des Erschlagenen, womit bewiesen war, daß mit diesem Revolver die Schläge beigebracht waren. Auf Anweisungen von A. wurde dann eine zweite Person verhaftet, etwa 10 cm kleiner. Bei der folgenden Gerichtsprozedur blieben beide beim Leugnen. Trotzdem

achtete das Gericht die Beweise so überführend, daß die Angeklagten zur maximalen Strafe für schwere Körperverletzung mit tödlichem Ausgange verurteilt wurden. *Sollewijn-Gelpke.*

Plötzlicher Tod aus innerer Ursache.

Parade, G. W.: Über den plötzlichen Herztod durch Kammerflimmern und seine Bekämpfung. (*Med. Univ.-Klin., Breslau.*) Z. klin. Med. 113, 641—662 (1930).

Von plötzlichen Herztodesfällen durch Kammerflimmern werden erwähnt diejenigen durch Starkstrom, die plötzlichen Todesfälle beim Baden, bei schweren psychischen Erregungszuständen, bei der Chloroformnarkose, bei Digitalis- und Strophanthinwirkung, bei Luftembolie, bei Schädigung der Herzmuskulatur durch Infektionskrankungen, bei Coronarsklerose, bei Angina pectoris, bei Aorteninsuffizienz, wobei einer Flimmerbereitschaft des Herzens eine bedeutungsvolle Rolle zugeschrieben wird. Leider wird auch in dieser Arbeit nicht das Werk von Kolisko über den plötzlichen Tod aus natürlicher Ursache berücksichtigt.

Gg. Strassmann (Breslau).

Koch, Walter: Über den Verschuß der Coronararterien. (*Path. Inst., Krankenh. Westend, Berlin-Charlottenburg.*) Med. Klin. 1930 II, 1139—1141.

Der mitgeteilte allgemein orientierende Aufsatz geht von der Feststellung aus, daß embolische Verschlüsse größerer Kranzarterienäste ein seltenes Ereignis darstellen. Viel häufiger sind die Thrombosen und die durch Syphilis bedingten Verschlüsse der Kranzarterien, wobei im letzteren Falle nicht der Krankheitsprozeß im Lumen der Kranzarterie sich abspielt, sondern durch Erkrankung des Aortenbulbus eine Verengung und schließlich ein Verschuß der Abgangsstelle zustande kommt. Oft tritt der Tod plötzlich aus scheinbarer Gesundheit ein bei Anstrengungen oder nach solchen und nach reichlich aufgenommener Mahlzeit (Zwerchfellhochstand und Magenblähung!). In anderen Fällen wieder gehen Anfälle von Angina pectoris voraus. Verf. gibt alsdann eine allgemein orientierende Übersicht über die verschiedenen Arten von Arteriosklerose und Atheromatose der Kranzarterien, wobei die letzteren entweder isoliert erkranken, was gar nicht so selten ist, oder als Teilerscheinung einer allgemeinen senilen oder präsenilen Arteriosklerose erkrankt gefunden werden. Es scheint, daß die Nahrung für die Form und den Charakter der Atherosklerose eine gewisse Bedeutung hat. Die bekannten Intimaverfettungen hält auch Koch für rückbildungsfähig, sie müssen nicht notwendig zu fortschreitender Atheromatose führen. Anführung einzelner interessanter Fälle.

H. Merkel (München).

Laves, W.: Plötzlicher Tod durch Ruptur eines Herzaneurysmas im frühen Kindesalter. (*Univ.-Inst. f. Gerichtl. Med., Graz.*) Wien. klin. Wschr. 1929 II, 1469—1470.

6 Monate altes Kind, plötzlich verstorben. WaR. der Mutter vor der Geburt positiv. Im Alter von 4½ Monaten Furunkulose. Bei der Obduktion fand sich ein Hämo-perikard. Starke Vergrößerung des Herzens, fast ausschließlich vom linken Ventrikel gebildet. Die Herzspitze war von einer halbkugeligen, dem linken Ventrikel angehörenden weißlichen Vorwölbung gebildet, die nach oben ziemlich scharf gegen das braune Myokard abgegrenzt war. Im Bereich der Herzspitze leichte Fältelung der Vorwölbung mit 0,3 cm langem, scharfrandigen Einriß. Endokard und Klappen ohne abnormen Befund, ebenso die Kranzarterien, der linke Ventrikel nicht erweitert, die Kammerwand 1 cm dick. Die Form der linken Kammer erschien konisch ausgezogen nach der Herzspitze hin, die Papillarmuskeln der Mitralis stark gegen die Vorhöfe hinaufgerückt. Im Bereiche der derben weißlichen Vorwölbung ging das Myokard unter allmählicher Verschmälnerung in ein Schwielen-gewebe über. Statt des Spitzenendes der Ventrikelhöhle fand sich nur eine trichterförmige Verengung von ca. 0,5 cm Länge, unterhalb dieser Stelle wichen die beiden Wände wieder auseinander. Von da ab wurden sie rasch dünner und gingen in die bindegewebige gefältelte Wand des Spitzenaneurysmas über. Im Aneurysma einzelne wandständige Thromben. Die eingehende histologische Untersuchung sprach für das Vorliegen einerluetischen Myokarditis, wie sie in der Literatur, die eingehend berücksichtigt ist, beschrieben ist. Hauptsächlich sprachen dafür Rund- und Plasmazellinfiltrationen in der Umgebung des Aneurysmas. Für einen embolisch-entzündlichen Prozeß ergab sich kein Anhaltspunkt und eine differentialdiagnostisch hauptsächlich in Betracht kommende Diphtherie war auszuschließen.

Es wird somit die Entstehung des Aneurysmas vom Verf. als durch allmähliche fibröse Umwandlung einerluetischen herdförmigen Myokarditis an der Herzspitze entstanden mit großer Wahrscheinlichkeit angenommen.

Walcher (München).