

Sanchez-Lucas, Julio G.: Spontanruptur der Aorta. (*Serv. de Anat. Pat., Casa de Salud Valdecilla, Santander.*) Archivos Cardiol. 14, 213—221 u. franz. Zusammenfassung 221 (1933) [Spanisch].

Verf. beschreibt einen einschlägigen Fall, in dem bei der Leichenöffnung an der Rißstelle ein kleiner Absceß mit infiltrierter Wandung in der Adventitia und Media der Aorta gefunden wurde. Als Ursache des Abscesses sieht er eine vorangegangene Pneumonie an.
B. Mueller (München).

Verletzungen. Gewaltsamer Tod aus physikalischer Ursache.

Rooks, Gerhard: Die Klassifizierung der nichttödlichen Verletzungen nach den bei uns geltenden Gesetzen. Eesti Arst 12, 1—20 (1933) [Estonisch].

Verf. betont die Wichtigkeit der Klassifizierungsfrage. Bestimmt sie doch den Vorgang der Anklage, die Möglichkeit einer Versöhnung, das Strafmaß, also gewissermaßen das Schicksal des Angeklagten. — Bis zur Inkrafttretung des neuen estnischen Strafgesetzbuches gelten in Estland die alten russischen Gesetze. Diese kennen folgende Arten nichttödlicher Verletzungen: 1. Verkrüppelungen — schwere und weniger schwere; 2. entstellende Verletzungen des Gesichts; 3. Verwundungen, schwere und leichte; 4. Schläge: a) schwere lebensgefährliche, b) schwere nichtlebensgefährliche, c) leichte; 5. Peinigung; 6. Schädigung der geistigen Fähigkeiten; 7. Schädigung der Gesundheit oder der körperlichen Fähigkeiten. Der Wortlaut der Gesetze enthält weder für die Aufgaben der ärztlichen Begutachtung noch für die Klassifizierung und juristische Qualifikation der Verletzungen eine genügend bestimmte Grundlage. Verf. gibt daher eine zusammenfassende Übersicht der entsprechenden Gesetze, Erläuterungen, amtlichen Richtlinien und Entschiede und bespricht die sich bei gerichtsarztlicher Praxis ergebenden Fragen der Begriffsbestimmung. G. Moderow (Reval).

Balado, Manuel, und Jorge Malbran: Einteilung der posttraumatischen Gehirnblutungen. Vorl. Mitt. (*Inst. de Clin. Quirúrg., Univ., Buenos Aires.*) Arch. argent. Neur. 7, 115—127 (1932) [Spanisch].

Vorläufige Mitteilung über eine auf dem histologischen Befund (Verteilungsart, Verhältnis zu den Häuten, den Gefäßen, Imbibition mit Blutpigment usw.) beruhende Klassifikation der frischen traumatischen Hirn- und Hirnhautblutungen. Die Darstellungen, durch makroskopische, mikroskopische Befunde, schematische Zeichnungen erläutert, beschränken sich auf die Kennzeichnung der Blutextravasate. Ihre Folgen, Ödem, die Schädigungen des Nervengewebes sind nicht berücksichtigt; die Färbetechnik ist geschildert. Pfister (Bad Sulza).

Horowitz, D.: Verletzungs- und Todesfälle beim Boxen und ihre gerichtsarztliche Begutachtung. Pam. Wileńskiego Tow. Lek 9, 1—20 (1933) [Polnisch].

Schlußsätze lauten: 1. Tod beim Boxen wird meistens durch intrakranielle Blutungen bei Unversehrtheit der Schädelkapsel verursacht; 2. Knock-out-Hiebe gegen den Schädel können kleinere Blutungen in den Basiskernen des Hirns und Parkinsonismussymptome auslösen; 3. der Tod beim Boxen kann oft die Folge krankhafter Veränderungen des Boxers bilden; 4. die Feststellung der Todesursache ist oft schwer, besonders wenn dem Begutachter die Kampfregeln nicht genau bekannt sind.

Wachholz (Kraków).

Doench, Hans Otto: Luftembolie bei Verletzung des Sinus longitudinalis. (*Chir.-Gynäkol. Abt., Städt. Krankenh., Bielefeld.*) Zbl. Chir. 1933, 486—487.

Über Luftembolien bei direkten Sinusverletzungen hat Doench im Schrifttum nur einen von Bergmann beschriebenen, nicht völlig geklärten Fall gefunden. Operative Verletzungen der Hirnsinus sind von Genzmer und Kuhn veröffentlicht worden. Cramer fand, daß unter normalen Verhältnissen und in horizontaler Lage ein positiver Druck von mindestens 90 mm Wasser herrscht, d. h. eine Luftembolie bei verletztem Sinus ist nicht möglich. Gefahren entstehen erst, wenn es sich um einen ausgebluteten Patienten handelt, der in sitzender Stellung operiert wird, da dann aus dem positiven ein negativer Druck werden kann. Unter solchen Voraussetzungen verlor D. einen 11jährigen Jungen, der durch Beilhieb eine 10 cm lange Wunde am Hinterkopf mit Impressionsfraktur davongetragen hatte. Bei Versorgung der Wunde und Entfernung der Knochensplitter wurde ein Riß im Sinus longitudinalis sofort tamponiert, dann frontalwärts unterbunden und, ehe noch occipitalwärts unterbunden werden konnte, zeigte ein schlürfendes Geräusch die tödliche Luftembolie an. D. zieht die natürliche Schlußfolgerung, daß die erste Unterbindung proximal liegen muß. Plenz.

Schrader, G.: Wunde und Werkzeug. Tödliche Schädelverletzung durch Fußtritte. (*Inst. f. Gerichtl. u. Soc. Med., Univ. Bonn.*) Arch. Kriminol. **92**, 229—230 (1933).

Mitteilung einer besonderen Art geformten Schädelbruches, der durch Fußtritte hervorgerufen war. Die eigentümlich gearteten Bruchlinien in dem sehr dünnen Schädeldach boten kriminalistisch wichtige Anhaltspunkte für die Bestimmung des verursachenden Werkzeuges, das in der Kontur des Schuhabsatzes gegeben war.

Autoreferat.

Russell, W. Ritchie: Cerebral involvement in head injury. A study based on the examination of two hundred cases. (Cerebrale Komplikation bei Schädelverletzungen. Resultat einer Untersuchung von 200 Fällen.) Brain **55**, 549—603 (1932).

Am häufigsten kommt die Kopfverletzung im Alter zwischen 20 und 30 Jahren vor. Die größte Zahl der in dieser Periode vorkommenden Fälle ist auf Motorradunfälle zurückzuführen. In allen Altersperioden bis zu 70 Jahren ist der Unfall bei Männern viel häufiger. Die einzige Unfallart, die bei Frauen häufiger auftritt, ist die, bei der der Patient auf der Straße niedergeschlagen wurde. Verf. ist Symonds gefolgt, indem er die Dauer des vollständigen Bewußtseinsverlustes als Index für den Grad der Hirnverletzung nahm. Der Patient wird erst als vollständig wieder bei Bewußtsein betrachtet, wenn er genau orientiert ist und Fragen sinngemäß beantworten kann. Die Annahme ungeübter Beobachter, daß das volle Bewußtsein zurückgekehrt sei, wurde als unzuverlässig erkannt. Man fand, daß die spätere Erinnerung des Patienten an sein Erwachen ein ziemlich genauer Indicator für das zurückgekehrte Bewußtsein war. Die Fälle konnten in 4 Gruppen eingeteilt werden: a) solche, die weniger als eine Stunde bewußtlos waren; b) diejenigen mit Bewußtlosigkeit von 1—24 Stunden Dauer; c) solche, die länger als 24 Stunden bewußtlos waren und d) die ganz schweren Fälle. Bei 40% der Gesamtgruppen waren Schädelbrüche nachweisbar. [a) 24%; b) 26%; c) 80%; d) 80%.] Das auffälligste Merkmal bei den schweren Fällen war die zunehmende Herzbeschleunigung; es gab keine Reaktion mit langsamem, hartem Puls wie bei den anderen nicht so gefährlichen Fällen. Die Atmungskurve stieg auch an und in fast allen Fällen bestand Fieber. Bei den jüngeren Patienten unter 30 Jahren zeigte es sich, daß selten der Tod eintrat, wenn der erste Shock 24 Stunden überlebt wurde; vorausgesetzt, daß nicht solche Komplikationen wie Meningitis hinzukamen. Die Beschaffenheit des Pulses ist daher ein wichtiges prognostisches Merkmal; ein Langsamer- und Härterwerden der Pulswelle wird in den ersten Fällen begrüßt und die Neigung des Pulses zur allmählichen Beschleunigung ist ein ungünstiges prognostisches Zeichen. Es ist bemerkenswert, daß bei der ersten Untersuchung, besonders der schweren Fälle und im Zustand der Bewußtlosigkeit, doppelseitiger Babinski nicht selten ist. Nackensteifigkeit ist häufig vorhanden, gewöhnlich als Ausdruck einer subarachnoidalen Blutung. Erinnerung an den Schlag auf den Kopf war nie vorhanden, wenn sofort Bewußtlosigkeit eingetreten war. Retrograde Amnesie bestand nur für 1—2 Sekunden bei 69 von 96 Fällen; bei 24 Patienten bestand sie für mehrere Minuten, während sie nur bei 3 Fällen länger als $\frac{1}{2}$ Stunde dauerte. Wenn Erinnerung an Vorgänge, die dem Unfall vorangingen, überhaupt vorhanden ist, ist sie anscheinend stets genau; wohingegen Ereignisse nach dem Unfall dauernd ungenau im Gedächtnis sein können. Es werden genaue Einzelheiten über die Wiederkehr der Sprache gegeben. Liquoruntersuchung wurde bei 40 Patienten ausgeführt und zwar galt als Indikation zur Lumbalpunktion andauernder heftiger Kopfschmerz und lange bestehende Bewußtlosigkeit. Es wurde festgestellt, daß zwischen dem Grad der Bewußtlosigkeit und dem Liquordruck keine Beziehungen bestehen. Das Vorhandensein heftiger Kopfschmerzen weist auf hohen intrakraniellen Druck hin. Eine größere Menge Blut im Subarachnoidalraum kann an sich Bewußtseinsverlust verursachen. Zwischen dem Grad der Kopfschmerzen und der Menge des Blutes im Liquor ist keine bestimmte Beziehung herzustellen. Die Entwicklung eines Gerinnsels ist immer verdächtig auf Infektion. Bei ernstesten Kopfverletzungen ist der Blutzucker erheblich erhöht und Glykosurie ist

nicht selten; ebenso kann der Zuckergehalt im Liquor erhöht sein. Eine Blutung in den Subarachnoidalraum erfolgt meistens infolge Zerreißung kleiner Gefe in der Pia-Arachnoidea, was wiederum Folge eines Contre-coup ist. Verf. teilt nicht die Annahme Trotters, daß eine „akute kompressive Anämie“ Ursache der Bewußtlosigkeit ist, er neigt eher der älteren Ansicht einer Erschütterung der nervösen Elemente zu. 141 Fälle wurden durchschnittlich 6 Monate nach dem Unfall nachuntersucht; von diesen klagten 86 über Symptome, die vom Unfall herrührten. 14 wurden von der Analyse ausgeschlossen, da die Kompensation noch nicht vollständig war; somit blieben zur Untersuchung 72. ber Kopfschmerzen klagten 41, darunter häufiger die jüngeren Patienten. Schwindelgefühl war bei 31 vorhanden, und zwar häufiger bei den älteren Patienten; ebenso waren bei den älteren Erinnerungsstrungen häufiger. In 25 Fällen wurde über Nervosität geklagt und zwar mehr von den jüngeren. Bei Kindern wurde eine völlige Charakterveränderung nicht selten beobachtet. 3 Gehirne von Verunglückten, die 2—3 Wochen nach dem Unfall starben, wurden pathologisch untersucht. Verf. bringt die Klagen nach der Commotio mit mangelhafter intrakranieller Zirkulation in Verbindung. Was die endgültige Prognose betrifft, so wurde festgestellt, daß Patienten über 40—50 Jahre weniger Aussicht haben, wieder völlig hergestellt zu werden als diejenigen unter 40. Der Grad der Verletzung — nach der Dauer geschtzt — ist von einigem, wenn auch überraschend geringem prognostischen Wert.

Critchley (London).^{oo}

Coppez, H.: Les symptômes oculaires tardifs consécutifs  des lésions en foyers dans les traumatismes fermés du crne. (Spätsymptome von seiten der Augen als Folge von Herdschdigungen bei Commotio cerebri.) (*6. congr. des Soc. Franc. d'Oto-Neuro-Ophth., Montpellier, 27.—29. V. 1932.*) *Rev. d'Otol. etc.* **10**, 647—650 (1932).

An der Retina als Angiopathia retinae traumatica-Purtscher, auftretend einige Stunden nach dem Trauma. Häufig Heilung in einigen Monaten, häufig mit temporaler Abblassung der Papille und zunehmendem Skotom. Schädigung des N. opticus ist nicht selten, desgleichen Atrophie. Auch bei letzterem wird wiederholt teilweise oder gänzliche Wiederherstellung des Sehvermögens beobachtet. Stauungspapille tritt manchmal einige Wochen oder Monate nach dem Trauma auf. Sie ist das Zeichen eines intrakraniellen raumbegrenzenden Prozesses. Neuritis n. optici wird beschrieben einige Monate nach dem Trauma, im allgemeinen handelt es sich hier um Meningitis. Blutungen in die Nervenscheiden finden sich in 55% der Schdelbasisbrche nach Liebrecht. Störungen der zentralen optischen Bahnen wie Hemianopsie, der motorischen Nerven und des Trigeminus, Facialis und Sympathicus werden beobachtet.

[*Stock*] *Hager* (Tübingen).^{oo}

Sala, Guido: Su di una rara alterazione traumatica del fondo oculare. (ber eine seltene Veränderung des Augenhintergrundes traumatischen Ursprunges.) (*Istit. di Clin. Oculist., Univ., Catania.*) *Boll. Ocul.* **12**, 383—391 (1933).

Sala beschreibt ausführlich einen Fall, bei welchem nach heftiger Kontusion des Augapfels zwei atypische Risse in der Aderhaut beobachtet wurden; es bestanden zwei rundliche, weiße Herde, einer in der Nähe des Sehnervenkopfes, ein zweiter in der Macula; außerdem verursachte die Verletzung Lymphaustritte in das Netzhautgewebe. Verf. meint, daß den eigentlichen Aderhautrissen kleine Blutungen vorausgegangen seien und eine leichtere Brüchigkeit der Aderhaut bedingt haben. Der Mechanismus der Aderhautrupturen wird besprochen. Der beschriebene Fall beweist, daß die von Purtscher zuerst beobachtete traumatische Angiopathie der Netzhaut auch nach direkten Augenverletzungen auftreten kann. *Oblath.*

Livierato, Spiro: Sur les lésions traumatiques des valvules du cur. (ber die traumatischen Herzklappenfehler.) (*Clin. Md., Univ., Athnes.*) *Arch. Mal. Cur* **26**, 298—319 (1933).

Beschreibung zweier Fälle von traumatischer Aorteninsuffizienz (Fall 1 nach stumpfem Trauma gegen die rechte Thoraxhälfte, Fall 2 im Anschluß an Bcken) und eines Falles von traumatischer Mitralinsuffizienz infolge eines stumpfen Traumas gegen die Prkordialgegend. Ausführliche Beschreibung der Flle und einschlägiger Literatur; keine Autopsiebefunde.

Adolf Schott (Bad Nauheim).^{oo}

Schlomka, G., und M. Schmitz: Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß stumpfer Brustkorbtraumen auf das Herz. III. Mitt. (*Med. Univ.-Poliklin., Bonn.*) *Z. exper. Med.* **85**, 171—196 (1932).

Nach stumpfen Herztraumen sind gewisse Veränderungen im Elektrokardiogramm

regelmäßig mit einem gleichzeitigen Absinken des arteriellen und einem Ansteigen des venösen Druckes verbunden. Die ohnmachtähnlichen Zustände sind als Folge einer Hirnanämie durch direkte Herzschädigung und nicht als reflektorischer Shock aufzufassen. Nach entsprechenden Unfällen sind Mittel, welche am Herzen selbst eingreifen (Cardiazol, Strophantin, intrakardiale Adrenalininjektionen) angezeigt. Auch ist langdauernde künstliche Atmung durchzuführen. Die Kenntnis des Zustandes der „commotio cordis“ kann gutachtlich, besonders gerichtsgutachtlich von großer Bedeutung sein. [I. u. II. Z. exp. Med. 81, 483 bzw. 83, 779 (1932).]

Büttner (Danzig)._o

Rác, Benő: Die subcutanen Trachealfrakturen. (Königl. Ungar. Honvéd-Garnisonsspít. Nr. 9, Budapest.) Mschr. Ohrenheilk. 67, 317—321 (1933).

Verf. fügt den bisher bekannten 149 Fällen von Trachealfraktur eine eigene Beobachtung hinzu. Verletzung durch Hufschlag am Hals. Alsbald ausgedehntes Hautemphysem von Kopf, Hals, Brust und Rücken, bis auf beide Oberarme übergreifend. Blutiger Auswurf, Erstickungsanfälle. Ablassen des Hautemphysems durch Einstechen einer Reihe dicker Infusionsnadeln schafft nur vorübergehende Besserung. Operation deckt einen Längsriß der Trachea auf, der sich nach unten bis ins Mediastinum fortsetzt. Außerdem Pleurariß, der genäht wird. In den nächsten Tagen vorübergehend schwerer Zustand mit Bewußtlosigkeit; Pneumothorax links. Pleuranäht riß und mußte wiederholt werden. Am 10. Tage Dekanülierung, Heilung.

Frenzel (Köln)._o

Borri, Camillo: Su due casi d'emorragia mortale da corpi estranei nelle prime vie digestive. (Über 2 Fälle von tödlicher Blutung wegen Fremdkörpern der oberen Speisewege.) (Osp. Magg. „Principessa di Piemonte“, Bergamo.) Valsalva 9, 178 bis 186 (1933).

Der Verf. beschreibt und diskutiert über 2 Fälle, in welchen ein Fremdkörper eine Perforation des Schlundes bzw. der Speiseröhre und eine schwere tödliche Blutung hervorrief.

Tanturri (Mailand)._o

Spath, Franz: Zur Fremdkörperchirurgie des Verdauungstraktes. (Chir. Univ.-Klin. Graz.) Arch. klin. Chir. 175, 138—154 (1933).

Es wird über 45 Fälle von Fremdkörperschluckern berichtet, die von 1929—1932 in der Grazer chirurgischen Klinik behandelt wurden, davon mußten 13 operiert werden, während in den übrigen Fällen die Fremdkörper auf natürlichem Wege abgingen. Überwiegend handelte es sich um Strafgefangene, die zum Teil mehrfach operiert wurden, weil sie nach der Rückverlegung in die Strafanstalt erneut Fremdkörper verschluckt hatten. Es wurden zum Teil große Mengen der üblichen, zu Selbstverstümmelungszwecken genommenen Fremdkörper, wie Nägel, Schrauben, Drähte, Messerklingen operativ entfernt. Bis auf einen Fall gingen sämtliche in Heilung über. Der Todesfall betraf im übrigen eine 62jährige Frau, die nach Carcinomoperation einen Löffelstiel verschluckt hatte.

G. Strassmann (Breslau).

Haines, Carlyle: Traumatic rupture of the urethra. (Traumatische Ruptur der Harnröhre.) J. of Urol. 29, 285—294 u. 310—319 (1933).

Manchesmal sei die Verletzung so geringfügig, daß der Kranke den Arzt gar nicht aufsuche (das betreffe hauptsächlich die Verletzungen der penilen Harnröhre) und erst später komme, wenn sich eine Striktur entwickelt habe; Verf. glaube, daß ein guter Teil der Harnröhrenstrikturen nicht gonorrhöischen Ursprungs, sondern traumatischen sei. Blutung und Urininfiltration bei Harnröhrenzerreißen werden maßgeblich verteilt durch die Collesche Fascie und das Lig. triangulare; findet sich ein Hämatom oder Extravasat am Damm, Scrotum oder Penis oder erstreckt es sich bis über die vordere Bauchwand, so befindet sich die Verletzung vor dem Lig. triangulare, liegt sie jedoch hinter diesem, so ergießt sich das Extravasat in das Spatium Retzii oder in die eine oder beide Fossae ischiorectales; bei der rectalen Untersuchung könne man leicht gleich hinter dem Sphincter einen teigigen Tumor fühlen, der die Prostata nach aufwärts drängt. Ruptur der Pars bulbosa, vollständig oder unvollständig, sei stets eine schwerere Verletzung als eine vor dem Bulbus gelegene. Ruptur der Harnröhre innerhalb des Beckens ist besonders ernst anzusehen und verläuft oft tödlich. Wesent-

lich sei, daß Kranke mit Harnröhrenrupturen so schnell wie möglich in sachgemäße Behandlung, d. h. in das nächste Krankenhaus überführt werden. *Colmers* (München).^{oo}

Fazekas, I. Gyula: Die Wirbelsäulefrakturen vom gerichtsarztlichen Standpunkte. *Orvosképzés* 23, 337—346 (1933) [Ungarisch].

Nach ausführlicher Besprechung der bisherigen Ergebnisse anderer Autoren über die Theorie, Mechanismus und Lokalisation der Wirbelsäulentraumen, berichtet Verf. über 29 selbstbeobachtete Fälle. Auf Grund dieser Fälle kommt Fazekas zu folgenden Schlüssen: Naturgemäß sind Männer, infolge ihrer größeren Arbeit am meisten Unfällen ausgesetzt. Das Alter spielt keine Rolle. Vom Bruch betroffen sind — im Gegensatz zu anderen Beobachtungen — am häufigsten die Halswirbel, dann folgen die Brustwirbel und zuletzt die Lendenwirbel. Wirbelsäulenbrüche können auch durch leichtere Einwirkungen zustande kommen, durch Überbeugung des Rückgrats nach vorn und hinten, links und rechts. (In 2 Fällen Bandscheibenrisse.) Die Wirbelsäulenschädigungen fanden sich am häufigsten nach Sturz von größerer Höhe (2—50 m), in 7 Fällen Wirbelsäulenbrüche, in 2 Fällen Ablösung einer Bandscheibe. Verf. mahnt zur Vorsicht bei Deutung des Befundes; denn es können bei brüchigen Knochen Frakturen der Wirbelsäule auch erst auf dem Obduktionstisch geschehen. *Wietrich* (Budapest).

Stich, R.: Osteomyelitis und Trauma. (*Chir. Univ.-Klin., Göttingen.*) *Med. Welt* 1933, 469—471.

Die hämatogene Form der jähen Knochenmarksentzündung tritt in etwa ein Fünftel der Fälle von Anfang an multipel auf; davon ist in 96% das 8. bis 17. Lebensjahr befallen. Eine einmalige äußere Gewalteinwirkung spielt eine recht untergeordnete Rolle; selbst erfahrene Sportärzte halten diese Entstehungsweise für überaus selten. Soll ein Unfall die Gelegenheitsursache abgeben, so muß das Geschehnis einwandfrei erwiesen sein; es muß mit einer erheblichen Körperschädigung einhergehen; die Erkrankung muß sich am Orte der Gewalteinwirkung zeigen und hier sichtbare und eindeutige Spuren unmittelbar nach dem Trauma erkennen lassen. Aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall muß auf einen ernsten Körperschaden geschlossen werden können. Das Latenzstadium ist kurz. Die obere Grenze ist auf 5—6 Tage zu bemessen. Eine längere Inkubationsdauer von 2—3 Wochen bei der an sich stürmisch verlaufenden Erkrankung macht einen ursächlichen Zusammenhang mit einem angeschuldigten Trauma recht unwahrscheinlich. Nur wenn das Leiden von Anfang an einen mehr schleichenden Charakter besitzt, kann man eine solche lange Dauer zugestehen. All diese Vorbedingungen gelten auch für das Aufflackern alter, scheinbar geheilter Herde nach einem Unfall. Erfahrungsgemäß können selbst nach jahre- und jahrzehntelanger Ruhepause ursprüngliche Stätten der Knochenmarkseiterung auch ohne jeden Anlaß wiederum ihre Tätigkeit entfalten. Daher gilt für die Beurteilung des inneren Zusammenhangs zwischen akuter Osteomyelitis und Trauma, daß der Nachweis mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu führen ist.

A. Meyer (Köln).

Dubois, M.: Über akute traumatische Knochendystrophien. *Arch. orthop. Chir.* 32, 398—411 (1932).

Die Mehrzahl der Fälle von akuter Knochenatrophie treten im Anschluß an akut-infektiöse Prozesse, seltener nach Lähmungen auf. Bei 32 Fällen ging ein gedecktes, meist relativ leichtes Trauma voran. In der Mehrzahl handelte es sich dabei um Kontusionen ohne nachweisbare schwere Gewebsschädigung. Im Verlaufe von Frakturheilungen kommen schwere Atrophiezustände nicht selten vor. Unter 25 Fällen mit einfacher Prellung war die Einwirkung des Traumas auf die Körperstelle der späteren Erscheinungen stets nachweisbar. Es überwogen dabei Distorsionen oder Kontusionen des Fußes (17) und der Hand (9). Schwere klinische Erscheinungen traten frühestens 3 Wochen, spätestens 10 Wochen nach dem Trauma auf. In allen Fällen Ausgang in Heilung, wenn auch Muskelschwund längere Zeit verblieb und die Architektur des geheilten Knochens im Röntgenbild vielfach eine grob-trabekuläre Struktur zeigte.

Überwiegendes Vorkommen der akuten traumatischen Knochendystrophie bei älteren Patienten über 50 Jahren und bei jugendlichen Patienten unter 25 Jahren. — Krankheitszeichen werden im einzelnen besprochen. *Lindemann (Kiel).*

Siebner, M.: Über Entstehung und Behandlung der Myositis ossificans circumscripta traumatica. (*Chir. Abt., Marienhosp., Stuttgart.*) *Dtsch. Z. Chir.* **239**, 538—553 (1933).

Verf. bespricht an der Hand von 5 Fällen das Bild der Myositis ossificans. Nach Rückblick auf die Literatur und frühere Anschauungen erläutert er die heutige Meinung, daß neben der Muskelverknöcherung osteoplastischer Herkunft eine metaplastische Knochenbildung durch Umwandlung bestimmter jugendlicher Bindegewebszellen in Knochenzellen unter dem Einfluß chronischer Reize, Bluterguß in der Muskulatur mit Gewebsnekrosen und Kalkablagerungen möglich ist. Einer dieser Fälle, Messerstich in die Muskulatur des Oberschenkels, ist für die Entstehung und Behandlung der traumatischen Muskelverknöcherung insofern bedeutungsvoll, als der nachgewiesene erhöhte Blutkalkspiegel ätiologisch für das Zustandekommen der Muskelmetaplasie in Frage kommt. *Vorschütz (Hamburg).*°°

Thiesbürger, B.: Die gleichzeitig entstandenen subcutanen Zerreißen beider unterer Kniescheibenbänder. (*Chir. Klin., Städt. Krankenanst., Dortmund.*) *Bruns' Beitr.* **157**, 286—304 (1933).

Für die Entstehung dieser Verletzungen unterscheidet Verf. 2 Ursachengruppen: 1. Auslösende unmittelbare Ursachen: a) durch direkt einwirkendes Trauma, durch Fall auf eine Kante (Randstein, Eisenbahnschiene), wobei Druck-, Stoß- und Zugkräfte in Betracht kommen. Die Eisenbahnschiene usw. bildet das Hypomochlion, worüber die Zerreißen der Sehne stattfindet. Der Zugfaktor wird reflektorisch ausgelöst. b) Indirekt traumatische Zerreißen: Dabei bilden zentrale Reize, die die Muskelkontraktion hervorrufen, eine Rolle. Die Zerreißen erfolgt vor dem eigentlichen Auffallen. Der Einriß erfolgt an der Tuberositas tibiae oder an der Ansatzstelle der Sehne an der Patella. Welches Glied in dem Streckapparat zerreißen, das hängt nach Ansicht des Verfassers beim direkten Trauma von dem Angriffspunkt der direkten Gewalt, bei dem indirekten Trauma von dem Grad der Beugestellung ab, die das Knie einnahm, als der Reflex einwirkte. 2. Unterstützende mittelbare Ursachen: Kalkablagerungen in Narben, Sehnennarben, Tuberkulose, Lues, Tabes, Tibiasarkome, Gicht.

Schweizer (Winterthur).°°

Bettmann jun., Ernst: Über das traumatische, harte Ödem des Handrückens. (*VII. Jahrestag. d. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Bochum, Sitzg. v. 3.—4. IX. 1932.*) *Arch. orthop. Chir.* **32**, 570—575 (1933).

Wie wenig bekannt dieses Krankheitsbild, das bereits vor 30 Jahren von Sécretan und Vuillet beschrieben wurde, ist, zeigt die ungewöhnlich hohe Zahl von nicht weniger als 50% von Fehldiagnosen. Meist (98%) rufen sehr schwere Traumen gegen den Handrücken das traumatische Ödem hervor; in keinem Falle waren irgendwelche Knochenveränderungen im Röntgenbild nachzuweisen. Stets ist der ganze Handrücken einschließlich der Finger befallen, bei Freibleiben von Daumen und Hohlhand; schon sehr früh tritt die Beugehemmung der Finger mit fast völliger Kraftlosigkeit auf. Man kann eine gutartige, in Heilung übergehende Ödemform von einer fortschreitenden, zur Wiederholung neigenden unterscheiden. In ätiologischer Hinsicht ist die Erkrankung auf eine Schädigung der Nerven und Gefäße zurückzuführen; sie ist in ihrer Entstehung abhängig von der Störung der Gefäßinnervation, die zusammen mit einer mechanischen Schädigung der Blutgefäße zu vermehrter Lymphproduktion und aufgehobener Resorption führt. Ihre Erscheinungen fallen unter die von zur Verth zuletzt genau beschriebenen Krankheitsgruppe der Trophoneurose. Für die Behandlung des traumatischen Ödems ist die periarterielle Sympathektomie als Methode der Wahl anzusehen, da sie an dem gestörten Gefäßnervenbezirk direkt eingreift.

G. Stiefeler (Linz).°°

Meyer-Burgdorff, H.: Thoraxstichverletzungen mit Mammariablutung und Gefäßtamponade. (*Chir. Univ.-Klin., Rostock.*) Dtsch. Z. Chir. **240**, 242—247 (1933).

Die Verletzungen der Arteria mamma interna sind allgemein als äußerst gefährlich bekannt, sie verlaufen ohne rechtzeitige zweckmäßige Hilfe fast ausnahmslos tödlich. An diese ernste Prognose sollte stets gedacht werden, wenn bei einer Thoraxstichverletzung nach der anatomischen Lage auch nur der geringste Verdacht besteht, daß die Mammaria interna getroffen sein könnte. Es werden zwei Beobachtungen mitgeteilt, die diagnostisch und therapeutisch eigenartig verliefen. Der 1. Fall betraf eine Mensurverletzung mit Einstich am freien Pectoralisrand etwa in Höhe der rechten 3. Rippe. Aus der Wunde sickert nur wenig dunkles Blut, jedoch weisen die Gesichtsfarbe, die Cyanose der Lippen, die motorische Unruhe, die beschleunigte oberflächliche Atmung auf einen erheblicheren Blutverlust. Es wird deshalb ohne Erschöpfung aller diagnostischen Möglichkeiten so rasch als möglich die Thorakotomie vorgenommen, dabei schießt unter starkem arteriellem Druck Blut hervor. Dicke Blutkoagula liegen und drücken auf die Vena cava sup., auch die Lungenspitze ist abgedrängt. Sie zeigt außerdem eine 3 cm lange Stichverletzung. Naht der Lungenwunde, Ausräumung des Hämatoms, nunmehr füllt sich in der Tiefe auch die Vena cava sup. wieder und damit bessert sich auch schlagartig das Befinden des Patienten. Daß die Blutung in den Pleuraraum nicht noch ausgiebiger und damit wahrscheinlich tödlich verlief, fand später seine Erklärung darin, daß der Verletzte vor 3 Jahren eine ausgedehnte Pleuritis adhaesiva überstanden hatte, wodurch jetzt der uferlosen Blutung Einhalt geboten wurde. Das ganze schwere Krankheitsbild war weniger durch den Blutverlust als durch die Kompression des Hämatoms auf die Mediastinalgefäße bedingt. Die Nachbehandlung war dadurch kompliziert, daß ein interlobuläres Resthämatom erst resorbiert werden mußte. Auch der Nerv. recurrens war durch das Hämatom geschädigt worden. Die hierdurch entstandene Heiserkeit verschwand nach der Operation innerhalb 4—5 Tage. Beim 2. Fall sprach das klinische Bild mit Einstich im 5. linken Interostalraum innerhalb der Brustwarze und mächtigem Bluterguß für eine Herzverletzung. Durch Pleura- und Lungenverletzung war ein Hämopneumothorax entstanden. Erst nachdem die 4. Rippe in 7 cm Ausdehnung reseziert worden war, ließ sich die Situation überblicken, daß die Mammaria interna schräg angeschnitten war. In den nächsten Tagen bildete sich ein Hautemphysem und ein Spannungspneumothorax aus, letzterer stand unter einem Druck von + 10. Nach Entleerung von 1150 ccm Luft aus dem freien Pleuraspalt und Incision am Jugulum besserte sich der Zustand und es trat nach 3 Wochen Heilung ein. Die Lehre aus diesem 2. Fall ist die, daß man bei einem Hautemphysem den Spannungspneumothorax nicht vergessen darf.

Rieß (Hagen i. W.).

Beekman, Fenwick: Stab wound of the heart. A report of two cases. (Stichverletzung des Herzens. Bericht über 2 Fälle.) Arch. Surg. **26**, 510—515 (1933).

Der 1. Fall (28jähriger Mann) lag von vornherein unglücklich. Große Brustwunde mit Eröffnung der linken Pleurahöhle und breiter Perforation des rechten Ventrikels; daneben zweite lange Wunde im intraventrikulären Septum mit entsprechend schwerer Störung des Blutumlaufs innerhalb des Herzens. Der Mann starb unter der Operation an den Folgen des starken Blutverlustes. Keine wesentliche Herztamponade, da das Blut ohne weiteres vom Perikardialsack in die linke Pleurahöhle fließen konnte, von wo es wieder jede Atembewegung durch die Brustwunde in Massen nach außen beförderte. Im 2. Falle (23jähriger Mann), 10 Stunden nach der Verletzung operiert, fand sich eine nicht ganz durchgehende Wunde in der Muskulatur des linken Ventrikels, die aber zur vorübergehenden Herztamponade führte. Herzmuskelnaht und Drainage des Herzbeutels beseitigten die hierdurch bedingte Gefahr. Der Heilverlauf war kompliziert durch eine doppelseitige Pneumonie, einen rechtsseitigen Pyopneumothorax und einen Lungenabsceß. 7 Wochen nach der Verletzung verließ der Mann geheilt das Krankenhaus.

W. Pohle (Gelsenkirchen).

Dadlez, J., und W. Sieradzki: In Angelegenheit des Nachweises von Schwarzpulver an der Schußstelle. Lek. wojsk **21**, (1933) [Polnisch].

Das völlig abgebrannte Schwarzpulver hinterläßt Asche, das meistens unvollständig abgebrannte läßt einen Rückstand zurück, in welchem Kaliumnitrat und Spuren von Schwefel und Kohle nachweisbar sind. Um diese übrigbleibenden Pulverbestandteile nachzuweisen, geben die Verff. eine eigene Methode an:

In eine Porzellanschale gibt man einige Tropfen einer alkoholischen Phenolphthaleinlösung, die bis zur milchigen Trübung mit Wasser versetzt wird, und fügt ein Bröckchen des Pulverrückstandes oder eine winzige Faser aus der Schußstelle hinzu. Die alkalische Reaktion, welche dem Schwarzpulverrückstande eigen ist, erzeugt sofort eine Rotfärbung der Phenolphthaleinlösung.

Die Schwarzpulverrückstände werden mit dem Geschoß auf bedeutende Entfernung übertragen, demzufolge konnten die Verff. ihre Reaktion noch nach 60 m

Schußweite bei Kurzwaffe und nach 120 m Schußweite bei Mannlicher-Gewehr feststellen.
Wachholz (Kraków).

Sereghy, Emil: **Durch Lungensteckschüsse verursachte Bronchiektasie.** (*II. Chir. Abt., Stephan-Spit., Budapest.*) Arch. klin. Chir. **174**, 360—370 (1933).

An Hand zweier Fälle von Bronchiektasen und mehrfachen Absceßhöhlen nach Granatsplitterverletzung (Steckschüsse), die mehrfach operiert und schließlich obduziert worden sind, werden die Bedingungen zum Zustandekommen von Bronchiektasen erörtert. Bei jeder frischen Schußwunde werden die Ränder des Schußkanals mehr oder weniger gequetscht, das Lungengewebe rund um sie in einem gewissen Umfang blutdurchtränkt. Diese blutige, häufig herdartige Infiltration ähnelt dem Hepatizationszustand der Lunge und kann klinisch das Bild der Herdpneumonien zeigen. Die hämorrhagischen Herde werden meistens in wenigen Wochen resorbiert, können aber sich auch organisieren. Durch die mit dem steckengebliebenen Geschoß eingeschleppten Keime kann es zur Infektion und Einschmelzung der kleinen Entzündungsherde kommen. Es ergibt sich der Gewebszerfall und durch Schrumpfung des neugebildeten Bindegewebes der Zug auf die Bronchialwände. Die späteren Komplikationen bei Steckschüssen sind also häufig rezidivierende Blutungen, Abscesse, Gangränen und Bronchiektasen. Die Notwendigkeit eines operativen Eingriffs ist daher weniger durch die Anwesenheit des Fremdkörpers als durch die Schwere der sekundären Veränderungen bestimmt.
Wierig (Hamburg).^o

Paltauf, R.: **Geschoßembolie der Arteria pulmonalis.** (*Ges. d. Ärzte, Wien, Sitzg. v. 5. V. 1933.*) Wien. klin. Wschr. **1933 I**, 602—603.

Bei einem 21jährigen Mann fand sich 3 cm von der Mittellinie entfernt eine Einschußlücke im linken 3. Zwischenrippenraum. Der Schußkanal durchsetzte den vorderen Rand des linken Lungenoberlappens und führte durch den Herzbeutel in den Anfangsteil der Lungenschlagader, die aber keine Ausschußwunde erkennen ließ. Der Tod war am 7. Tag nach der Schußverletzung an Herzbeutelamponade eingetreten. Bei der Sektion war der Herzbeutel mit frischem, geronnenem Blut gefüllt. Das 6,35-mm-Stahlmantelgeschoß steckte im rechten Unterlappenast der Lungenschlagader, hatte dort ein Druckgeschwür und im entsprechenden Lungenabschnitt einen roten Keil erzeugt. Der späte Eintritt des Todes an frischer Herzbeutelamponade wird damit erklärt, daß nach der Schußverletzung der Lungenschlagader nur eine geringe Blutung in den Herzbeutel erfolgte, die Wundränder der A. pulmonalis verklebten, jedoch durch Hustenstöße und die dadurch bedingte Blutdrucksteigerung im kleinen Kreislauf wieder gelöst wurden und es infolgedessen jetzt erst zur tödlichen Blutung in den Herzbeutel kam. Der Hustenreiz war durch die Lungenfellentzündung über dem entstandenen roten Keil ausgelöst. — Der Fall ist besonders bemerkenswert, weil er einen der wenigen Fälle darstellt, in denen auf Grund der gesetzten anatomischen Veränderungen eine Geschoßverschleppung zu Lebzeiten sichergestellt ist, zum Unterschied von Geschoßverlagerungen durch Lageänderung der Leichen.
Breitenecker (Wien).

Eeg-Olofsson, R.: **Nervensymptome nach Erhängungsversuch.** Verh. schwed. Ärzte-Ges., Sekt. f. Psychiatrie u. Neurol., 1931/1932, 653—656, Sv. Läkartidn. **1933** [Schwedisch].

Kasuistischer Beitrag. 33jährige, geisteskranke Frau. Nach einem Erhängungsversuch traten, bei der Wiederbelebung und später, extrapyramidale samt Krampf- und Lähmungserscheinungen auf, teils rechts-, teils linksseitig. Auch linksseitige Sensibilitätsstörungen wurden beobachtet.
Einar Sjövall (Lund, Schweden).

May: **Gattenmord durch Erhängen.** Mschr. Kriminalpsychol. **24**, 286—292 (1933).

Es handelt sich um einen der seltenen Fälle von Mord durch Erhängen, der durch die Ausführung der Tat und die Beschaffenheit des Opfers besonders bemerkenswert ist.

Ein Tagelöhner wurde auf dem Speicherboden seines Hauses tot mit einer Schlinge um den Hals aufgefunden. Die Ehefrau erklärte, sie habe ihren Mann erhängt angetroffen und sofort abgeschnitten. Der Mann habe mit leicht gebeugten Knien in der Schlinge gehangen. Da er schon vorher einen Selbstmordversuch durch Erhängen versucht hatte und der Leichenbefund typisch war, glaubte man der Frau. Später verwickelte sie sich jedoch in Widersprüche und legte ein Geständnis ab. Der Ehemann war geisteskrank (Hebephrenie) und stark verblödet. Die Ehefrau war ebenfalls schwer degeneriert und hysterisch. Die Ehe war unglücklich. Es war ein schwachsinniges Kind vorhanden. Die Frau hatte Beziehungen zu einem anderen Manne angeknüpft. Um diesen heiraten zu können, beschloß sie, ihren Mann zu beseitigen. In

dieser Absicht befestigte sie den Strick an einem Durchzugsbalken auf dem Speicherboden, lockte den Mann dorthin, fing mit ihm absichtlich Streit an, drängte ihn dann an die Stelle, wo der vorbereitete Strick hing, warf ihm die Schlinge über den Kopf und zog ihn bis zum Zehenstand empor, so daß er stranguliert und getötet wurde. Den Strick hatte sie in Form eines Flaschenzugs angebracht, um das Hochziehen der Körperlast zu erleichtern. Das Gelingen der Erhängung war nur dadurch möglich, daß der Getötete sich infolge seiner Geisteskrankheit in einem Zustand absoluter Gleichgültigkeit und Stumpfheit gegenüber den Vorgängen der Außenwelt befand, womit die Frau offenbar schon vorher richtig gerechnet hatte. Nach ihren Angaben hatte er „wie ein Ochse dagestanden und sich nicht gewehrt“. So fehlten auch jede Spuren eines Kampfes und Widerstandes; bei irgendwelcher Abwehrbewegung wäre die Tat kaum gelungen.

Es wurde angenommen, daß die Ehefrau als stimmungslabile, hysterische Psychopathin die Tat in einem chronischen, zur Zeit der Tat besonders hochgespannten Affektzustand ohne Überlegung begangen hatte. 8 Jahre Zuchthaus. Die Angeklagte selbst bezeichnete ihre Tat später als „wohlüberlegten Mord“. *Weimann* (Berlin).

Fervers, Karl: Beitrag zur Entstehung von Halswirbelsäulenbrüchen durch Schwimmunfälle. (*Haus Ohligs, Städt. Krankenanst., Solingen.*) Münch. med. Wschr. 1933 I, 764—765.

Im Anschluß an verschiedene Arbeiten des letzten Jahres, die sich mit dem „Vorgang des Ertrinkens“ und des „Todes im Bad“ beschäftigten, stellt Verf. zur Diskussion die Mechanik des Entstehens von Halswirbelsäulenbrüchen bei Kopfsprüngen. Die Unterlage der Arbeit bildet eine eigene Beobachtung, bei welcher ein gesunder kräftiger junger Sportsmann in ein niedriges Nichtschwimmerbassin hinein einen Kopfsprung ausführte, wobei es ihm plötzlich im Wasser schwarz vor den Augen wurde, von einem Aufschlag auf den Bassinboden weiß er nichts, er kam entsprechend dem eigenen Antrieb wieder mit dem Kopf über Wasser, konnte sich aber nicht mehr bewegen und wurde auf seine Hilferufe geborgen. Befund: totale Paraplegie, äußerlich keine Verletzungsmerkmale, weder an der Wirbelsäule noch am Schädel; röntgenologisch ein Bruch des 5. Halswirbelkörpers mit Luxation in den Wirbelkanal. Tod nach 24 Stunden. Auf Grund dieser Beobachtung bespricht Fervers den Entstehungsmechanismus dieser Verletzungen. Von Saar hatte eine maximale Dorsalflexion des Kopfes im Nacken als Ursache angenommen, Mandl dagegen eine maximale Flexion des Kopfes nach vorn. Verf. meint nun auf Grund spezieller Studien bei Hochspringern, daß beide Möglichkeiten gegeben sein könnten und unterscheidet die Reklinationsfraktur (bei ängstlichen Anfängern des Kopfsprunges) gegenüber der Flexionsfraktur (wenn der Schwimmer beim Einsprung den Kopf zu stark Brustwärts beugt). Die Prädiaktionsstellen für die beiden Frakturarten sollen auch wieder wie sonst der 4. bis 6. Halswirbel sein; Schädelbrüche scheinen beim mißglückten Kopfsprung äußerst selten zu sein.

Merkel (München).

Schrt, E.: Zur Frage des Ertrinkungstodes und seiner Bekämpfung. Münch. med. Wschr. 1933 I, 762—763.

Die innere Verblutung infolge der spastischen Verengung der Hautgefäße unter dem Kältereiz ist wesentlich sowohl für den Ertrinkungstod als auch für den plötzlichen Tod im Wasser. Personen mit Neigung zu Wasserurticaria sind äußerst gefährdet; zur Vorbeugung wird Hauteinfettung empfohlen. Ertrinkende sind infolge der Blutverdrängung von wächsernen Leichenblässe im Gegensatz zu eben Ertrunkenen. Die Leipziger Arbeiter-Turn- und Sportschule hat auf Veranlassung des Verf. von den Rettern in Schwimmanstalten unmittelbar nach einer Rettung Fragebogen ausfüllen lassen, aus denen sich folgendes ergibt: Im Sommer 1932 war 64 mal die Rettung erfolglos, 805 Ertrinkende waren bei vollem Bewußtsein, 107 halb bewußtlos, 132 ganz bewußtlos nach Angabe der Retter. Auffälligerweise sollen sich aber von den Vollbewußten 240 zur Wehr gesetzt haben. Da dies ganz unwahrscheinlich ist, sind diese 240 als auch halb bewußtlos anzunehmen. Der Einzelretter muß den immer gefährlichen Halbbewußtlosen zunächst in das Stadium der Wehrlosigkeit übergehen lassen. Wiederbelebungen gelangen noch nach 15 Minuten Aufenthalt unter Wasser, d. h. nach der-

selben Zeit, nach der die Embolektomie bei der Lungenembolie in einem Falle noch Erfolg hatte. 15 Minuten scheinen also die Höchstgrenze zu sein, bis zu der das verlängerte Mark den Sauerstoffmangel aushält. Verf. berechnet, daß von den ganz Bewußtlosen mindestens 90% ohne Schaden kürzere oder längere Zeit bis zu 15 Minuten unter Wasser aushalten können, was sehr viel erscheint, da ein Taucher nicht länger als 4 bis 5 Minuten unter Wasser aushält. Die Dauer der Wiederbelebung war durchschnittlich lang; Erfolge nach 1 Stunde 4 mal, nach $1\frac{1}{4}$ Stunden 2 mal, nach $1\frac{1}{2}$ Stunden 4 mal, nach $1\frac{3}{4}$ Stunden 1 mal, nach 2 Stunden 1 mal, über 2 Stunden keine. Die Möglichkeit der Wiederbelebung besteht also länger als bei anderen Bewußtlosen. Verf. nimmt eine spezifische Widerstandsfähigkeit des verlängerten Markes gegen die Kohlensäurevergiftung bei Ertrinkenden an. Zur Bekämpfung wird Einspritzung von 10 ccm Coramin ins Blut empfohlen. Da bis zu 15 Minuten kein erheblicher Schaden einzutreten scheint und es nicht erwiesen sein soll, daß eingetretenes Wasser aus den Alveolen in das Blutgefäßsystem ausgeschieden wird (? Ref.), glaubt Verf. nicht, daß vor der 15. Minute die Lungen mit Wasser gefüllt sein können. Die Wiederbelebungsversuche wurden nach den verschiedensten Methoden ausgeführt, als aussichtsreichste wird die Silvestersche angegeben.

P. Fraenckel (Berlin).

Moony, Felix: Eine wirksame Wiederbelebungs-methode bei Ertrunkenen. Münch. med. Wschr. 1933 I, 894.

Zur Wiederbelebung eines Ertrunkenen hat Moony einmal (mit welchem Erfolg?) das „Fuchsprellen“ versucht, wobei der Körper mit der Bauchseite nach unten auf die Reihe der verschränkten Händepaare aufgelegt und rhythmisch hochgeschwungen wird, während der Kopf von einem „Spitzenmann“ gestreckt gehalten wird. Das Verfahren, das von schneller Wirkung sein soll, wäre gut begründet, wenn die Todesursache beim Ertrinken im Lehrtischen Sinne eine Verblutung in das Splanchnicusgebiet ist. Es soll bei Holzflößern an der Weichsel ortsüblich sein.

P. Fraenckel (Berlin).

Sehrt, E.: Schlußwort zu der Bemerkung von F. Moony über: Eine wirksame Wiederbelebungs-methode bei Ertrunkenen. S. 894 ds. Nummer. Münch. med. Wschr. 1933 I, 914.

Zu der vorstehenden Mitteilung Moohnys macht Sehrt auf die Gefahren von intraperitonealen Zerreißungen oder wenigstens schädlichen Druckwirkungen auf den gefüllten Magendarmkanal, vor allem aber von zu starker Kompression des schon geschädigten Herzens aufmerksam und warnt deshalb vor dem „Fuchsprellen“ trotz seiner kausal richtigen Idee. (Vgl. vorsteh. Ref.)

P. Fraenckel (Berlin).

Usadel, Gerhard: Über die Wirkung des Coramins bei Erstickung. (*Chir. Univ.-Klin., Tübingen.*) Chirurg 5, 347—349 (1933).

Das Coramin ist bereits als wichtigstes Unterbrechungs- und Weckmittel bei Avertin-, Pernocton- und Evipannarkosen geschätzt. Im vorliegenden Falle wurde durch intravenöse Coramininjektion eine schlagartige Wiederbelebung bei einem Ersticken erzielt, bei welchem künstliche Atmung, Sauerstoffinhalation, Cadiazol- und Lobelininjektion wie auch ein reichlicher Aderlaß nichts geholfen hatten. 10 ccm Coramin intravenös riefen sofort Atemzug und Herzschlag hervor.

Raeschke.

Vergiftungen.

Popper, Ludwig, und Andor Schechter: Steigerung des Reststickstoffes bei schweren Vergiftungen. (*I. Med. Abt., Allg. Krankenh., Wien.*) Klin. Wschr. 1933 II, 1252.

Bei einer Reihe von schweren Vergiftungen (CO, Lysol, Barbitursäure) kommt es, ohne nachweisbare Schädigung der Nierenfunktion, zu einem kurzdauernden beträchtlichen Anstieg des Reststickstoffes, als dessen Ursache eine zentralnervöse Störung angenommen wird.

v. Neureiter (Riga).

Christopherson, A. W.: Report of cases of carbon monoxide poisoning treated by methylene blue injection. (Bericht über Fälle von Kohlenoxydvergiftung mit Methylenblauinjektion behandelt.) J. amer. med. Assoc. 100, 2008 (1933).

5 Mann hatten sich eine schwere Kohlenoxydvergiftung zugezogen. Sie wurden mit Sauerstoffinhalationen, 3 mit Coffeinnatriumbenzoat und 2 mit Atropinsulfat behandelt.