

wurde verweigert. Verf. schließt sich der Mahnung an, in Fällen, wo eine Verbindung mit den Luftwegen im Bereiche der Möglichkeit liegt, nur jodhaltige Schattenmittel zu gebrauchen.
Meixner (Innsbruck).

Carayannopoulos, A.: Sur un cas de mégacœsophage. (Ein Fall von Oesophagusdilatation.) (*Hôp. Evanghélismos, Athènes.*) Bull. Soc. nat. Chir. Paris 60, 14—18 (1934).

Die Ursache der Oesophagusdilatation ist immer eine Verengerung am Hiatus diaphragmaticus. Alle operativen Erfolge beruhen auf einer Erweiterung des Hiatus.

Bericht über einen operativ geheilten Fall. — In der Aussprache berichtete Soupault über 5 operierte Fälle, bei denen der Hiatus diaphragmaticus völlig normal, hingegen die Muskulatur oberhalb davon narbig verändert war.
Mayer (Basel).

Clavel, Ch., et P. Colson: Étude sur l'appendice double. (Verdoppelung der Appendix.) (*Inst. d'Anat., Univ., Lyon.*) Ann. d'Anat. path. 11, 157—164 (1934).

Die angeborene Mißbildung der Verdoppelung des Wurmfortsatzes kommt nur relativ selten zur Beobachtung. Verf. beschreibt 3 Fälle aus der Literatur, in denen bei Operation einer akuten Appendicitis bzw. bei Operation im Intervallstadium diese Mißbildung festgestellt wurde. Einen weiteren Fall hat Verf. selbst beobachtet. Es waren 2 vollständig ausgebildete Wurmfortsätze vorhanden mit selbständiger Einmündung ins Coecum. Das Mesenterium war zwischen den beiden Wurmfortsätzen ausgespannt. In beiden lag eine akute Entzündung der Schleimhaut vor. Differentialdiagnostisch kommt nach Ansicht des Verf. in Betracht zunächst ein Divertikel des Coecums. Ein solcher Fall wird beschrieben. Des weiteren können auf Grund von Entzündungen entstandene Veränderungen der Appendix zu Täuschungen führen. Die Appendix kann durch entzündliche Vorgänge getrennt werden, und es kann eventuell auf Grund von Absceßbildung eine Kommunikation zwischen dem peripheren Teil der Appendix und dem Coecum zustande kommen. Die Unterscheidung solcher erworbener Veränderungen von der angeborenen Mißbildung ist aber unter Berücksichtigung der Gefäßversorgung jederzeit möglich. — Es folgt noch eine Erörterung über die Ursache der angeborenen Mißbildung. Dabei wird der Gedanke abgelehnt, daß es sich um einen Rückschlag handele (bei den Vögeln besteht ein doppeltes Coecum), vielmehr wird angenommen, daß die Entstehung einer doppelten Appendix auf die abnorme Entwicklung einer im Coecum vorhandenen, aber normalerweise nicht zur Ausbildung kommenden Anlage zurückzuführen ist.
Fuß (Bonn).

Balogh, E. v.: Die Diagnose des Malleus an der Leiche. (*II. Path.-Anat. Inst., Univ. Budapest.*) Wien. med. Wschr. 1934 I, 376—380.

Verf. berichtet über die pathologische Anatomie des menschlichen Rotzes auf Grund von 7 von ihm durchgeführten Leichenöffnungen. Die beim Lebenden auffälligen Eiterpusteln im Gesicht können an der Leiche sehr unscheinbar sein. Die Nase kann gelegentlich knollig vergrößert und sulzig infiltriert sein. In der Muskulatur sind gelegentlich bis nußgroße Abscesse zu erkennen. Die Lungen weisen in akuten und subakuten Fällen kleierartige, stecknadel- bis erbsengroße, an Brotkrümchen erinnernde Knötchen auf, bei chronischem Verlauf entsteht manchmal ein Bild, das mit einer Tuberkulose verwechselt werden kann. Histologisch sind produktive und exsudative Entzündungsprozesse beobachtet worden. Die angetroffenen Riesenzellen weisen manchmal den Sternbergschen, manchmal den Langhansschen Typus auf. Verf. fand histologisch in der Gesichtshaut in den präcapillären Hautarterien zusammengeballte Bakterienembolien unter fast völligem Zurücktreten einer zelligen Reaktion (er deutet dieses Bild als Zeichen des „anergischen“ Verhaltens des durch die schwere Infektion erschöpften Organismus). Alles in allem ist die anatomische Diagnose des Rotzes eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, da prägnante spezifische Veränderungen nicht vorgefunden werden und das anatomische Bild ein sehr wechselvolles ist. Man muß daher die Diagnose nach Möglichkeit durch Anwendung bakteriologischer Untersuchungsmethoden (Kultur, Tierversuch, Vidalsche Reaktion) zu stützen suchen.
B. Mueller (Göttingen).

Verletzungen. Gewaltsamer Tod aus physikalischer Ursache.

Ventura-Gregorini, Felice: Sulla determinazione cronologica di ferite cutanee. (Über die chronologische Bestimmung von Hautwunden.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Torino.*) Arch. di Antrop. crimin. 53, 598—609 (1933).

Experimenteller Beitrag. Verf. hat das chronologische Auftreten und die zeitliche Veränderung der Zahl der Mitosen in den Rändern von Hautschnittwunden bei Meer-

schweinchin studiert. Er unterscheidet 3 Perioden: In den ersten 24—48 Stunden nach der Erzeugung der Wunde sind die Mitosen sehr spärlich. Ungefähr von der 48. Stunde an nehmen sie zu. Zwischen der 48. und 72. Stunde werden sie am reichlichsten: dann nehmen sie rasch ab, so daß man nach der 72. Stunde fast keine Mitose mehr findet.

Romanese (Turin).

Stern, F., und F. Sorge: Über das Schädelröntgenogramm bei Kopfverletzten. (*Nerv.- u. Chir. Abt., Ärtzl. Untersuch.-Stelle, Kassel.*) *Nervenarzt* 6, 513—521 (1933).

Bericht über eine Sammlung von Röntgenogrammen von über 850 Fällen. Es handelt sich meistens um Kopfverletzungen der verschiedensten Art und Stärke, um Hirnschüsse, Gesichtsschußverletzungen, leichte Komotionen usw. Nicht-traumatische organische Hirnerkrankungen wurden zum Vergleich herangezogen. Außer einem Dutzend normaler Vergleichsfälle stand ein größeres Material von leichten Kopfverletzungen, vorwiegend psychogener Neurosen als Kontrollmaterial zur Verfügung. Besondere Aufmerksamkeit wurde den Veränderungen der Venen der Diploe geschenkt. Die Diploevenen sind am normalen Schädel als feine, vertikal und sagittal verlaufende Kanäle sichtbar. Zarte Stern- und Spinnennetzfiguren, besonders am Scheitelbein, gehören auch zur Norm. Der Verlauf ist meistens gerade und nur selten gewunden. Von den endokraniellen Gefäßfurchen können die Diploekanäle leicht nach Lage und Form differenziert werden. Bei groben Anomalien bilden die Diploevenen ein breites Netzwerk über großen Partien des Stirn-, Scheitel-Hinterhauptbeines oder breite Kanäle, die sagittalwärts durch große Partien der Kalotte ziehen. Häufig findet sich namentlich im Scheitelbein ein großer Venenstern, gewöhnlich ein seesternartiges Gebilde mit gewundenen Kanälen. Starke Marmorierung und Venenerweiterung verbinden sich nicht selten. Schwierigkeiten bei der Beurteilung ergeben sich daraus, daß es kein genaues Normalmaß für die Breite der Kanäle gibt. Um Projektionsfehler zu vermeiden, wurden Fernaufnahmen aus 1 m Abstand gemacht. Aber auch diese Technik läßt nicht alle Fehler ausschalten. Eine Reihe sehr guter Röntgenreproduktionen erläutern die Ausführungen des Verf. Als Ergebnis der Untersuchung, das in Tabellenform zusammengefaßt wird, ist folgendes festzustellen: Bei schweren mit Defekt verbundenen Schädelchüssen finden sich Erweiterungen in 27,5% der Fälle; bei ganz leichten Fällen in 5,8% der Fälle. Bei den normalen Vergleichsfällen konnte eine Erweiterung nicht gefunden werden. Es ist anzunehmen, daß die Erweiterung der Diploevenen entweder ein Zeichen für eine frühere Schädelverletzung ist oder auf einen sonstigen intrakraniellen Prozeß deutet. Das Alter der betreffenden Person spielt keine Rolle. Nicht sicher festzustellen ist, worauf die Veränderung im Schädeldach beruht. Sie kann als Zeichen einer Hirndrucksteigerung gelten. Wahrscheinlich gibt es aber auch noch andere Entstehungsbedingungen. Vielleicht stellt sogar das Schädeltrauma einen Reiz dar, der zu Abbauvorgängen im Knochen auch ohne Hirndruck führt. Die Dicke des Schädeldaches ist ohne Bedeutung. Eindeutige Beziehungen zwischen positivem Symptom und klinischen Erscheinungen bestehen im allgemeinen nicht. Es wird davor gewarnt, den positiven Befund einer Venenerweiterung am Hirnschädel in Rentenzahlen umzusetzen. Die Erweiterung ist zwar wichtig als objektives Merkmal, das einen Baustein für die Diagnose liefert, kann aber allein nicht als ausschlaggebend verwertet werden. ^{oo}

v. Witzleben (Kreischka bei Dresden).

Karitzky, B.: Hirndruck bei stumpfen Kopfverletzungen. (*Chir. Univ.-Klin., Freiburg i. Br.*) *Dtsch. Z. Chir.* 242, 1—26 (1933).

Karitzky bespricht unter Heranziehung von klinischen Beobachtungen die Ursachen, den Mechanismus, das Symptombild und die Behandlung des Hirndrucks bei stumpfen Kopfverletzungen. Die Lumbalpunktion wird bei frischen Gehirnerschütterungen als nicht erlaubt angesehen und ausschließlich der Behandlung der postkomotionellen Spätfolgen reserviert. Manches, was Verf. sagt, fordert den Widerspruch des Neurologen heraus, z. B. der Satz: „Es ist bekannt, daß bei jeder Lumbalpunktion mehr oder minder erhebliche subjektive Beschwerden auftreten.“ *Baumm.*

Jacyszyn Włodzimierz: Zwei gerichtsarztliche Fälle. Polska Gaz. lek. 1, 358 (1934) [Polnisch].

Der 1. Fall betraf einen 19jährigen Gesellen, welcher einen starken Hieb mit einer Zaunlatte gegen den mit einer Tuchmütze bedeckten Kopf erhielt. Er verlor für die Dauer einer $\frac{1}{2}$ Stunde die Besinnung, begab sich nach Hause, war 1 Tag bettlägerig, arbeitete dann noch 9 Tage. Am 9. Tage bekam er beim Holzspalten heftigen Kopfschmerz und verlor bald die Besinnung. Ins Spital gebracht, starb er 2 Stunden nach seiner Einlieferung. Die gerichtliche Obduktion ergab eine Infraktion des linken Schläfen- und Scheitelbeins von der Größe eines kindlichen Handtellers, verbunden mit Fraktur des linken Felsenbeines, Kontusion des linken Schläfenlappens und diffuser eitriger Hirnhautentzündung.

Das Ungewöhnliche des Falles bestand darin, daß der Verletzte trotz so starker Gehirnverletzung nicht nur 11 Tage gelebt hatte, sondern auch schwer physisch arbeiten konnte. — Der 2. Fall betraf einen 30jährigen Dorfhirten, der sich selbst teilweise kastrierte, indem er sich den rechten Hoden mittels eines primitiven Taschenmessers entfernte. Es handelte sich um einen Kretin, der, über die Ursache der Selbstverstümmelung befragt, angab, er hätte dies deswegen getan, weil er am selben Tage gesehen habe, wie man dieselbe Operation an einem Hengst ausführte. *L. Wachholz.*

Berner, O.: Veränderungen im Gehirn nach einem tödlichen Kopftrauma. (*Ullevål Sykeh., Oslo.*) Nord. med. Tidskr. 1933, 1195—1202 [Norwegisch].

Der Verf. unterzieht die Duretschen Untersuchungen erneuten Erörterungen und erinnert daran, daß diese Untersuchungen bezwecken nachzuweisen, daß Traumen an den Vorderteilen des Kopfes, wahrscheinlich als Folge eines „Choc cephalo-rachidien“ Blutungen im Boden des 4. Ventrikels hervorrufen können und Tod durch die Störung des Atmungszentrums und Gefäßzentrums. Hierzu zählt der Verf. auch einige Fälle der Bollingerschen Spätapoplexie. Der Verf. dieses Artikels hat 42 Fälle im Hinblick auf Blutungen in diesen lebenswichtigen Teilen von Medulla obl. und Pons untersucht. Diese Fälle sind in der Zeit von 1930—1932 zur Untersuchung gekommen. Das Material ist in Gruppen geteilt, und zwar in die mit makroskopischen Blutungen im Boden des 4. Ventrikels und um den Aqueduct. sylvius herum (insgesamt 25 Fälle) und in die mit mikroskopischen Blutungen in denselben Gebieten. Er behandelt auch in eingehender Weise den Breslauerschen Versuch, der nach Ansicht des Verf. dartut, daß das Bewußtsein nicht an die Hirnhaut, sondern an Medulla obl. und Pons geknüpft ist. Dasselbe gilt wahrscheinlich auch von den sog. generellen Symptomen gesteigerten Hirndrucks. Einige Diagramme zeigen die mikroskopischen Blutungen um den 4. Ventrikel herum, und zwar vorzugsweise die subependymalen. Die Blutungen erfolgen teils in Gestalt von Ecchymosen und Petechien, teils von Infarkten. Der Verf. meint, es handele sich hier um Diapedesisblutungen. In einzelnen Fällen treten im Material des Verf. Blutungen in der Zentralgangliengegend auf, so z. B. nach Traumen bei 2 Kindern (im Alter von 7 und 11 Jahren), wo also von arteriosklerotischen Veränderungen noch keine Rede sein kann, gleichzeitig fanden sich, wahrscheinlich als eigentliche Todesursache, Blutungen in der Med. obl. *Zeiner-Henriksen (Oslo).*

Achmatowicz, L.: Fall eines traumatischen Hämatoms der weichen Hirnhaut mit verspätetem Verlauf. Polska Gaz. lek. 11, 200—203 (1934) [Polnisch].

Durch Anschlag mit dem Kopf beim Fall während einer Skitour erlitt ein 58jähriger Mann eine starke Blutung unter die Pia. In den ersten 2 Tagen fehlten wichtigere Symptome außer dem Gefühl allgemeinen Unbehagens. Erst am 3. Tag stellten sich Bewußtlosigkeit, Krämpfe, rechtsseitige Lähmung, Aphasie und Stauungspapille ein. Sofortige operative Stillung der Meningealblutung und Beseitigung des Hämatoms führte nach 3 Wochen volle Genesung herbei. *Wachholz (Kraków).*

Makowiec, Józef: Ungewöhnliche Lokalisation der Einschußöffnung in einem Selbstmordfall. Czas. sąd.-lek. 1, 54—60 (1934) [Polnisch].

In einem Fall von Selbstmord durch Kopfschuß fand Makowiec die Einschußöffnung in der Mitte des Scheitels, 10 cm von der vorderen Behaarungsgrenze entfernt. Der Schußkanal verlief im Gehirn von oben nach unten und etwas links und endete in der Wirbelsäule in der Höhe des 3. Halswirbels, wo ein 9 mm Revolvergeschoß gefunden wurde.

L. Wachholz (Kraków).

Manezarski, S.: Schuß durch beide Herzvorhöfe. Tod nach zehn Tagen. Wandergeschöß. *Lek. pol.* **1**, 1—9 (1934) [Polnisch].

Der Fall betraf einen 26jährigen Mann, der einen Schuß in den Rücken erhielt. Trotz sofortigem operativen Eingriff und Spitalsbehandlung trat am 10. Tage der Tod ein. Der Schußkanal verlief von hinten nach vorne, eröffnete den Herzbeutel, sodann den linken Vorhof, die Vorhofscheidewand und endete im rechten Vorhof. Das Projektil von 6,35 mm Kaliber war im Lumen der Pulmonalis 10 cm hinter ihrem Bulbus mit der Spitze in der Richtung des Kreislaufes eingekeilt gewesen.

Wachholz (Kraków).

Prey, Duval, and Ino. M. Foster jr.: Gunshot wounds of the abdomen. A review of twenty-two cases. (Bauchschußverletzungen. Ein Rückblick auf 22 Fälle.) (*Surg. Serv., Denver Gen. Hosp., Denver.*) *Ann. Surg.* **99**, 265—270 (1934).

Einleitend werden die Sterblichkeitsziffern früherer Zeiten und aus der Gegenwart zum Vergleich mit herangezogen. Die Autoren beobachteten bei ihren Fällen von Bauchschußverletzungen aus der Friedenspraxis eine Sterblichkeit von 68%. In den weiteren Ausführungen wird besonderes Gewicht darauf gelegt, daß die Aussicht einer Wiederherstellung um so besser ist, je rascher eine operative Hilfe erfolgt und je einfacher und schneller die Operation selbst vorgenommen wird. An 2 besonders mitgeteilten Fällen wird gezeigt, daß die oft wenig bedrohlichen Symptome den Operateur keineswegs hindern dürfen, unverzüglich zu einer chirurgischen Versorgung der verletzten Bauchorgane zu schreiten. Den Schluß bildet die Zusammenstellung der neuesten amerikanischen Literatur.

Schwarzacher (Heidelberg).

Albanese, B.: Nuove vedute sulla genesi dell'oto-ematoma negli ammalati di mente. (Neue Ansichten über die Genese des Othämatoms bei Geisteskranken.) (*Osp. Psichiatr. Prov., Agrigento.*) *Rass. Studi psichiatr.* **22**, 934—948 (1933).

Verf. ist der Meinung, daß spontane Othämatome ohne jegliches grobe Trauma nicht selten sind; er konnte in kurzer Zeit 6 solcher Fälle beobachten bei Amenten und Schizophrenen. Er glaubt, es handle sich um eine neurodystrophische Störung, abhängig von einigen peripheren Ästen des cervicalen Sympathicus, durch welche die Gefäßinnervation der Ohrmuschel in Mitleidenschaft gezogen wird. Die primäre Ursache der Sympathicusschädigung glaubt Verf. in toxischen Störungen gefunden zu haben, die er auf Grund einer positiven Millonschen Reaktion und einer Schwarzreaktion nach Buscaino annimmt. Auf dem Boden dieser Schädigungen genügen kleinste sog. Mikrotraumen, ein Othämatom auszulösen.

Steck (Lausanne).

Vassal, Louis: Thorax et tympan. Accidents mécaniques. Accidents inflammatoires. (Brustkorb und Trommelfell. Mechanische Schädigung. Entzündliche Erscheinungen.) *Ann. d'Oto-Laryng.* Nr **11**, 1308—1310 (1933).

Verf. erörtert an Hand eines Falles von Brustquetschung bei einem 4jährigen Kind, die zu einer Beteiligung des Trommelfells führte, indem es dort zu Blutextravasaten kam, die Beziehungen von Erkrankungen der Brustorgane und des Trommelfells. Während in dem erstgenannten Fall eine mechanische Verletzung des Brustkorbes eine Rückstauung in der Jugulares bedingte und dadurch zu allerdings vorübergehenden Schädigungen am Trommelfell führte, wird bezüglich der entzündlichen Beteiligung des Trommelfells an Erkrankungen der oberen und unteren Luftwege hervorgehoben, daß dies oft zu narbigen Veränderungen und somit Dauerschädigungen führt.

Minnigerode (Berlin).

Mauro, Mario: Sulla rottura sottocutanea del duodeno. (Über die subcutane Ruptur des Duodenums.) (*Osp. d. Pellegrini, Napoli.*) *Ann. ital. Chir.* **12**, 1402—1420 (1933).

Bei der Operation eines 48jährigen ♂, der 6 m hoch mit dem Unterleib auf hartes Material gefallen war, und die 8 Stunden nach dem Unfall vorgenommen wurde, erwies sich das Duodenum zwischen 2. und 3. Portion retroperitoneal in seinem halben Umfang eingerissen. Die Stelle wurde durch Incision des Bauchfells über der rechten Niere und Mobilisierung des Duodenums nach links gemäß der Kocherschen Methode freigelegt, genäht und die Dochte hinter das Mesocolon eingelegt. Der Kranke starb unter septischen Erscheinungen ohne manifeste Peritonitis nach 36 Stunden.

Zieglwallner (München).

Robin, I. G.: A case of ruptured liver due to trivial violence. (Ein Fall von Leberruptur nach unbedeutender Gewalteinwirkung.) *Guy's Hosp. Rep.* **84**, 100—103 (1934).

28jähriger Mann rutschte vom Rande eines Grabens ab und fiel mit dem Leib auf dem gegenüberliegenden Grabenrand auf. Nach anfangs unbedeutenden Beschwerden machten später zunehmende bedrohliche Erscheinungen nach 10 Stunden eine Laparotomie nötig, bei der ein tiefer Riß am rechten Leberlappen und enormer Bluterguß in der Bauchhöhle gefunden wurden. Tamponade der Leberwunde. Reinjektion des abgesaugten Blutes. In der Folgezeit entwickelte sich ein Leberabsceß, der zu wiederholten schweren Nachblutungen führte. Nach 12 Wochen völlige Wiederherstellung.

Schrader (Bonn).

Roy, J. N.: Épingle de sûreté ouverte dans l'estomac, remontant à l'œsophage. Œsophagoscopie. Ablation. (Offene Sicherheitsnadel im Magen, wiederaufsteigend in die Speiseröhre. Oesophagoskopie. Entfernung.) (*Hôp. Notre-Dame, Paris.*) Bronchoskopie etc. Nr 1, 35—38 (1934).

Ein 17jähriges Mädchen verschluckte infolge eines unglücklichen Zufalles eine offene Sicherheitsnadel. Durchleuchtung zeigt ihren Sitz in der Speiseröhre, Spitze nach oben. Bei der Narkose starke Excitation, das eingeführte Oesophagoskop zeigt die Speiseröhre leer, weil der Fremdkörper in den Magen hinabgeglitten war. In der folgenden Nacht heftiges Erbrechen. Bei der am nächsten Tage erneuten Durchleuchtung findet sich die Nadel wieder in der Speiseröhre, Spitze nach unten, und wird durch Oesophagoskop entfernt.

Die Seltenheit der Beobachtung liegt darin, daß der Fremdkörper infolge der heftigen Brechbewegungen aus dem Magen wieder in die Speiseröhre gelangte. Die Beobachtung soll erst der zweite Fall dieser Art sein. *Giese (Jena).*

Eeman, Fernand G.: Corps étranger double pharyngo-œsophagien. (Zwei Fremdkörper in Schlund und Speiseröhre.) Bronchoskopie etc. Nr 1, 48—50 (1934).

Ein Kind von 10 Monaten hatte eine Münze, die an seinem Kopfkissen befestigt war, mit einer Sicherheitsnadel entfernt und beide Gegenstände in den Mund genommen. Bei der sofort vorgenommenen Untersuchung fand sich die Sicherheitsnadel oberhalb der Aryknorpel, mit der Spitze linkerseits leicht fixiert, die Münze im Eingang der Speiseröhre, am Hinabgleiten durch den Schutzteil der Sicherheitsnadel verhindert. Entfernung der Fremdkörper durch einen Eingriff. *Giese (Jena).*

Soulas, A.: Petits abcès de l'œsophage consécutifs aux corps étrangers. (Kleine Speiseröhrenabscesse nach Fremdkörpern.) Bronchoskopie etc. Nr 1, 51—55 (1934).

Kurzer Bericht über 2 Fälle, in denen beim Essen ein Fremdkörper (das eine Mal eine Fischgräte, das andere Mal ein Stück Knochen) die Speiseröhrenwand verletzt und zu einer umschriebenen Entzündung mit Absceßbildung geführt hatte. Verf. warnt eindringlich vor einem zu aktiven Vorgehen bei Untersuchung und Behandlung wegen der großen Gefahr der Weiterverbreitung der Entzündung. Beide Fälle heilten in kurzer Zeit. *Giese (Jena).*

Madison, H.: Cas extraordinaire de décès infantile. (Ungewöhnlicher Todesfall eines Kindes.) (*Inst. de Path., Univ., Tartu-Dorpat.*) Ann. Méd. lég. etc. 14, 169 bis 172 (1934).

Ein 6 Monate altes, kräftiges Kind, das wegen einer leichten Dyspepsie in einem Säuglingsheim war, zupfte aus seinem Kopfkissen herausragende Strohhalme und nahm sie in den Mund. Plötzlicher Aufschrei, Erstickungserscheinung, etwas bluthaltiges Erbrechen. Dann Husten, Bronchopneumonie, Fieber dauernd um 38°; Diagnose: Lungentuberkulose. 2 Monate nach Beginn der Erkrankung Lungengangrän, 4½ Monate nach Beginn Tod. Die Obduktion ergab eine völlig atelektatische, geschrumpfte rechte Lunge von Fingerdicke in putriden Abszedierung, putriden Pneumo- und Pyothorax. Ursache der Erkrankung war eine mit dem Stiel voran verschluckte Strohhähre. Diese Lage hatte das Eindringen bis in die Lunge erleichtert, während eine umgekehrte Lage es verhindert hätte. — In dem Heim wurde die Strohfüllung daraufhin durch Haferstroh ersetzt und ein dichter Bezug eingeführt. Der Fall zeigt die Gefährlichkeit der Strohsäcke Erwachsener mit gewöhnlich leicht erreichbarer Füllung für Kleinkinder. — Anschließend wird eine akute Erstickung eines 2jährigen Kindes durch eine beim Spielen verschluckte Eisenschraube erwähnt. Die scharfe Spitze der 3 cm langen Schraube war durch die Stimmbänder hindurchgeglitten, während der 0,8 cm im Durchmesser große Kopf auf ihnen liegen geblieben war. Die ledige Mutter des Kindes war in Verdacht geraten. *P. Fraenckel (Berlin).*

Kimble, H. E.: An unusual case of foreign body in the bronchi. (Ein ungewöhnlicher Fremdkörper in den Bronchien.) Radiology 22, 368—369 (1934).

Bei einem 7jährigen Kinde, das bleich und unter krampfartigen Erscheinungen im Unterleib eingeliefert wurde, fand sich im rechten Bronchus ein Stück von etwa 0,8 × 2 cm Zinnrohr, von einer Kinderpfeife stammend. Am folgenden Tage war es auf die linke Seite gewandert. Der Unfall lag 4 Wochen zurück. Bemerkenswert ist, daß der Fremdkörper lange Zeit keine Beschwerde hervorgerufen hatte, daß er beim Atmen hatte auf- und abwärts gleiten und dabei seine Lage in der Lunge verändern können. 2 Abbildungen sind beigegeben. *Wilcke (Göttingen).*

Jacques, P.: Corps étranger exceptionnel des voies aériennes. (Außergewöhnlicher Fremdkörper in den Luftwegen.) Bronchoskopie etc. Nr 1, 45—47 (1934).

Ein 5jähriges Kind hatte eines Morgens einen schweren Hustenanfall mit Erstickungszeichen. Vermißt wurde eine silberne Uhrkette, die das Kind als Halskette zu tragen pflegte. Durchleuchtung zeigte den 19 cm langen Fremdkörper im rechten Bronchus. Entfernung durch Bronchoskop. *Giese (Jena).*

Jellinek, Stefan: Die Eigenart der elektrischen Verletzung. Röntgenprax. 6, 1 bis 12 (1934).

Der elektrische Unfall ist ein Doppeltrauma, ein psychischer Insult und eine physikalische Erschütterung wirken zusammen; das erste wird ausgelöst durch das Fortschreiten des elektrischen Reizes, die physikalische Erschütterung durch die Fortleitung der elektrischen Energie. Es fragt sich, ob der psychische Insult im Gebiete des vegetativen Nervensystemes eine Umschaltstelle findet, um sich in einen physikalischen Insult zu wandeln? Aus einer als harmlos geltenden Elektrisierung kann ein psychischer Insult verhängnisvolle Valenz resultieren. — Die Sterbemechanik ist verschieden, der Tod kann synchron mit der Elektrisierung eintreten; ein anderes Mal besteht ein Intervall von Stunden, auch kommt es vor, das sich der Getroffene spontan erholt und sofort nach der Erholung zusammenbricht und stirbt (unterbrochenes Sterben). Verf. weist auf die Rolle der Wiederbelebungsversuche hin. Die Methode Silversters, stundenlang angewandt, soll nicht eingestellt werden, ehe Totenflecke aufgetreten sind. Aderlaß, Lumbalpunktion, Benzinkompresse auf die Herzgegend und die Analfalte, Faradisation der Phrenici und intraperikardiale Arzneien kommen an zweiter Stelle. Im übrigen bringt die Arbeit eine Übersicht über die bekannten Lehren des Verf. unter dem Gesichtspunkte der wechselnden äußeren und inneren Umstände beim Zustandekommen des elektrischen Insultes und dem der Differentialdiagnose.

J. P. L. Hulst (Leiden, Holl.).

Mackh, Erwin: Teilweise und vollständige Verrenkungen und Brüche der Halswirbelsäule und ihre Spätergebnisse. (*Hafenkrankh., Hamburg.*) Dtsch. Z. Chir. 241, 695—728 (1933).

Bearbeitet sind 48 Kranke aus den Jahren 1921—1932 mit insgesamt über 60 Halswirbelsäulenverletzungen. 20 Kranke hatten 26 teilweise Verletzungen (Dornfortsätze, Querfortsätze, Wirbelbogen, Stückbrüche der Körper). Die Behandlung war konservativ, operative Behandlung kommt nur ausnahmsweise bei Bogenbruch in Frage. 4 wurden geheilt, 11 gebessert, 3 in weitere Krankenhausbehandlung, 1 starb. 30 Kranke hatten 21 Brüche und 12 Verrenkungen. Von diesen waren 10 vollkommen frei von Störungen des Rückenmarkes, 6 hatten vollständige Querdurchtrennung des Rückenmarkes. Der Tod bei letzteren erfolgt an einer zeitlich unbestimmt einsetzenden, rasch verlaufenden aufsteigenden Lähmung mit nachfolgender zentraler Atemlähmung. Behandlung nur konservativ. Die Nachuntersuchung ergab bei $\frac{1}{3}$ vollkommene Beschwerdefreiheit, bei einem weiteren Drittel subjektive Nachbeschwerden, im letzten Drittel objektiv feststellbare Spätfolgen.

Giese (Jena).

Mauss, Th.: Über die traumatischen Läsionen der Spinalwurzeln. Arch. klin. Chir. 179, 122—168 (1934).

Verf. hat früher an Kriegsverletzten eine Gruppe von Rückenmarksverletzungen geschildert, die vorwiegend durch Ausfalls- und Reizerscheinungen eines bestimmten Wurzelabschnittes gekennzeichnet war. In der vorliegenden Arbeit werden die Erfahrungen an Friedensmaterial dargestellt, wobei es sich ausschließlich um Verletzungen durch stumpfe Gewalt handelt. Im 1. Abschnitt werden die Ursachen der Wurzelläsion geschildert. Von diesen ist besonders bemerkenswert die Pressung, die dadurch entsteht, daß der den Körper treffende Stoß sich auf den Liquor cerebrospinalis fortpflanzt und die daraus sich ergebende plötzliche Druckerhöhung im Liquorsystem eine Schädigung des Markes oder seiner Häute und Wurzeln bedingt. Wirbelsäulenschädigung und Markläsion stehen nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einander. Im 2. Abschnitt folgt die Darstellung der anatomischen und histologischen Folgezustände (Schwartenbildung der Häute, Nekrosen im Nervengewebe). Im 3. Abschnitt werden klinische Erscheinungen und Krankheitsverlauf besprochen, im 4. diagnostische Fragen (Höhenbestimmung, Abgrenzung von symptomatologisch verwandten Krankheitsbildern). Im letzten Abschnitt wird über die chirurgische Behandlung berichtet. Von 35 Operierten starben 2, bei 29 Fällen waren die Heilresultate

zufriedenstellend. Einzelheiten, besonders des diagnostischen Abschnittes, müssen im Original nachgelesen werden. *Giese* (Jena).

Flemming, Cecil: Suppuration in a closed fracture of the clavicle. (Eiterung bei geschlossenem Bruch des Schlüsselbeines.) (*Univ. Coll. Hosp., London.*) *Lancet* 1934 I, 346.

Während zum Zustandekommen einer akuten Osteomyelitis gewöhnlich 2 Faktoren gehören, 1. Bakteriämie, 2. Schädigung des Knochens, findet sich im vorliegenden Fall kein Anhalt für das Bestehen einer Infektionsquelle. Da eine Infektionsquelle nicht immer zu finden ist, muß angenommen werden, daß bisweilen Bakterien im Blut kreisen, ohne daß sie nachweisbar sind (Temperatur p. p.). Man muß annehmen, daß ein kleines Hämatom am Ort der Schädigung infiziert wird, zumal wenn die Schädigung nahe der Epiphysenlinie eingesetzt hat. Immerhin genügt die gewöhnliche Erklärung nicht völlig, da gerade schwere Schädigungen (wie teilweise oder vollkommene Lösung der Epiphyse) nicht zur akuten Osteomyelitis führen, obwohl bei Kindern oft alle Voraussetzungen zutreffen. Der Fall: 10 Monate altes Kind wird wegen eines rechtsseitigen Clavicularbruchs behandelt und nach normalem Verlauf geheilt entlassen. Nach 9 Monaten wird das Kind wieder gebracht mit einer etwa 3 cm großen fluktuierenden, geröteten Schwellung an der alten Bruchstelle; 40° Fieber. Keinerlei Hautverletzung an der genannten Stelle. Röntgenbild zeigt neuen Bruch durch den Callus des alten. Incision. Knochen von Periost entblößt. Streptokokken im Eiter. Heilung ohne Sequester völlig fest. Möglich, daß die Infektion durch die Haut erfolgte, aber nicht nachzuweisen. Jedenfalls war die Eiterung auf dem Blutweg entstanden. Immerhin kann von Bedeutung sein, daß die Verletzung nicht in normalem, sondern in Callusgewebe entstand.

Hinrichsen (Ulm a. d. D.).

Campbell, Willis C.: Zentrale oder intracapsuläre Brüche des Oberschenkelhalses. *Cir. ortop. y Traumatol.* 1, 139—156 u. dtsch. Zusammenfassung 156—160 (1933) [Spanisch].

Der Arbeit liegen 300 Fälle von intrakapsulären Brüchen des Femurhalses zugrunde. Die anatomischen Besonderheiten, insbesondere die Gefäßversorgung des Kopfes, der nach einer vollständigen Fraktur ausschließlich durch die Arterie des Lig. teres ernährt wird, haben zur Folge, daß diese Verletzung ganz anders zu bewerten ist als irgendein anderer Knochenbruch. Das meist vorgeschrittene Alter, die Schwierigkeit einer anatomischen Einrichtung, das Fehlen des Periostes an der Bruchstelle, schlechte Blutversorgung und verschiedene andere Umstände pflegen die Konsolidierung ungünstig zu beeinflussen. Die Bruchlinie verlief in den Fällen des Verf. immer durch das Wardsche Dreieck. Je nachdem, ob die Blutversorgung ausreicht oder nicht, kann der Kopf am Leben bleiben oder absterben. Zeigt sich röntgenologisch Atrophie, so ist dies ein Zeichen dafür, daß er an den Folgen der Inaktivität ebenso wie die umgebenden Knochen teilnimmt, also lebt. Von konservativen Maßnahmen empfiehlt Verf. in erster Linie das Verfahren von Whitman, das die Erhaltung des Winkels zwischen Hals und Schaft erstrebt und darin besteht, daß das Bein unter Extension, Innenrotation und stärkster Abduktion lange Zeit fixiert wird. Die Heilung dauert im Durchschnitt 1 Jahr. Bei nicht geheilten Brüchen führt häufig die Knochenimplantation noch zum Ziel; es empfiehlt sich, hierzu autoplastisches Material aus der Tibia zu verwenden. Bei dieser Operation ist es gleichgültig, ob der Kopf lebt oder tot ist, da er auf jeden Fall nach dem Eingriff abstirbt. *Dietrich Bloss* (Karlsruhe).

Key, J. Albert: Contusion of cartilage as an etiological factor in chronic arthritis. (Quetschung des Knorpels als Ursache chronischer Arthritis.) (*Dep. of Surg., Washington Univ. School of Med. a. Barnes Hosp., St. Louis.*) *Surg. etc.* 58, 166—170 (1934).

1. 37-jähriger Eisenarbeiter schlug vor 5 Monaten beim Herabspringen das linke Knie gegen die Kante eines eisernen Trägers. Seither dauernde Beschwerden, Druckempfindlichkeit an der Stelle des Stoßes. Bei der Operation fand sich eine hyperplastische Zotte neben der Kniescheibe, der Knorpel des lateralen Oberschenkelknorpels war erweicht, samtartig, matt. Die geschädigte Partie wurde ausgeschnitten mit Messer und Meißel. — 2. 39-jähriger Lohndarbeiter, war 1½ Jahre vorher auf harten Boden gefallen, schlug mit dem vorderen lateralen Teil des Knies auf, verdrehte sich dieses zugleich. Röntgenbild zeigte unbedeutende Fraktur des lateralen Schienbeinknorpels ohne Verlagerung. Bei der Operation wurde das Fettpolster entfernt und der mediale Meniscus. Die Beschwerden schwanden nicht. 3 Jahre nach dem Unfall wurde das Knie nochmals geöffnet. Auf dem lateralen Oberschenkelknorpel fand sich auch hier eine (2½ cm messende) Stelle, ähnlich wie im 1. Fall, veränderter Knorpel, diesmal

mit Spalten, Zerfaserung und langen bis 2 cm großen Zotten. Auch der Kniescheibenknorpe war erweicht. Die veränderten Knorpelpartien wurden ausgeschnitten. — Mikroskopische Untersuchung der beiden Fälle ergab in der Synovialis Herde kleiner und mittelgroßer Rundzellen, die Knorpel zeigten die bekannten Entartungserscheinungen. Aus diesen Beobachtungen geht für den Verf. hervor, daß traumatische Schäden des Knorpels zu fortschreitender Arthritis führen können. Warum das in einem Fall so ist, im andern nicht, kann der Verf. nicht sagen.

Burckhardt (Essen).^o

Popielski, Bolesław: Todesfälle beim Boxen. *Polska Gaz. lek.* **16**, 293—295 u. **17**, 317—320 (1934) [Polnisch].

Popielski teilt 2 Fälle von Tod beim Boxen mit und gibt eine Zusammenstellung anderer einschlägiger Fälle aus der Literatur. Im ersten Fall stellte die Sektion eines 23 jährigen Boxers, der 10 Stunden nach verlorenem Kampf verschied, ein subdurales Hämatom und Ruptur der Meningealarterie im Bereich des linken Schläfenlappens fest. Im 2. Fall, in welchem der Tod 45 Minuten nach dem Kampf eintrat, nimmt P. eine funktionelle Todesursache durch Trauma einwirkung auf den Vagus und Sympathicus am Hals oder im Epigastrium an.

L. Wachholz (Kraków).

Brandis, Hans Joachim v.: Schwere Skiunfälle. (*Chir. Univ.-Klin., Freiburg i. Br.*) *Brunas' Beitr.* **159**, 117—128 (1934).

Während sonst Frakturen nur 10% der Skiverletzungen betragen, zeigte sich im Winter 1932/33 eine ungewöhnliche Häufung: Unter 160 behandelten Verletzungen fanden sich 30 Brüche (fast 20%), und unter diesen als ganz ungewöhnliche Erscheinung 6 Wirbelbrüche. Sie ereigneten sich bei gewöhnlicher Abfahrt, verursacht durch die ungünstigen Schneeverhältnisse dieses Winters, dünne Schneedecke, meist vereist. Die Brüche betrafen die untere Brustwirbel- und obere Lendenwirbelsäule; an allen Wirbeln war der obere ventrale Teil des Wirbelkörpers zusammengedrückt. Durch Fall auf das Gesäß bei gleichzeitiger Überbeugung nach vorn entsteht der Bruch. Alle Fälle wurden in wenigen Monaten völlig geheilt.

Giese (Jena).

Jokl, E.: Muskelrisse bei Sportleuten. *Chirurg* **6**, 168—171 (1934).

Auf Grund ausgedehnter eigener Beobachtungen sowie im Hinblick auf gewisse neurologisch-klinische und physiologische Erfahrungen kommt Verf. zu der Ansicht, daß die mechanische Beanspruchung eines Muskels allein nicht ausreicht, das Auftreten von — insbesondere doppelseitigen — Muskelrissen zu erklären. Verf. nimmt an, daß sich der Muskel bereits vor dem Eintritt der Verletzung in einem pathologischen Zustand befindet, der ihn gewissen Schädigungen gegenüber empfindlich macht. Die klinischen Beobachtungen weisen darauf hin, daß diese Stigmata auf dem Nervenwege auf die entsprechende Muskelpartie der Gegenseite übertragen werden können. Ausführliche Mitteilung mehrerer einschlägiger Beobachtungen. *Raeschke* (Mühlhausen).^o

Vergiftungen.

Fényes, István: Histologische Gehirnbefunde bei einigen akuten Vergiftungsfällen. (*Hirnhistol. Abt., Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Budapest.*) *Mschr. Psychiatr.* **87**, 167—179 (1933).

Beschreibung je eines Falles von Adalin- und von Kupfersulfatvergiftung und zweier Fälle von Sublimatvergiftung. Die histologischen Befunde an den Gefäßen und am nervösen Parenchym decken sich im wesentlichen mit den von anderweitigen Arbeiten her bekannten. Verf. weist auf die Schwierigkeiten hin, die sich bei der Beurteilung des histologischen Hirnbildes akuter Vergiftungsfälle ergeben; man müsse auf postmortale Veränderungen achten, auf etwa zuvor bestehende körperliche und seelische Erkrankungen; ferner sei zu bedenken, daß das Gift indirekt auf dem Wege über funktionelle Gefäßstörungen wirken könne, oder daß es primär andere Organe (z. B. die Niere bei Sublimatvergiftung) schädige und somit erst sekundäre unspezifische Gehirnveränderungen hervorrufe. *Neubürger* (Haar b. München).^o

Jakobson, Elmar: Über die Wirkung von Traubenzucker auf die fettige Degeneration und auf das Glykogen bei Phosphor- und Arsenvergiftungen. (*Pat.-Inst., Ülikooli, Tartu-Dorpat.*) *Besti Arst* **13**, 182—188 (1934) [Estonisch].

Die Experimente wurden an Kaninchen angestellt. Arsenik (0,2proz. wässrige Lösung von Arsenoxyd) wurde subcutan injiziert in Dosen von 0,003—0,006 pro Kilogramm, 0,3 bis 0,5proz. Lösung von Phosphor in Olivenöl wurde mit einer Schlundsonde in den Magen eingebracht in Dosen von 0,005—0,0177 pro Kilogramm, und 10—20 cem einer 20proz. Traubenzuckerlösung wurden durch intravenöse Injektionen zugeführt. Injektionen der Traubenzuckerlösung können bis zu einem gewissen Grade Tiere, welche an Arsen- oder Phosphorvergiftung kranken oder schon im Sterben sind, wieder zum Leben zurückbringen. Wiederholte