

linken Herzen, analog der tonogenen Dilatation des rechten Herzens. Die Verlängerung der linken Herzkammer bei fast fehlender Verbreiterung ist kennzeichnend für diesen Befund, ferner die Rechtsdrehung des Gesamtherzens um seine Längsachse, welche letztere wenigstens vorübergehend deutlich erkennbar ist. Auch der linke Vorhof ist in solchen Fällen (besonders beim Experimentier-Tier) deutlich erweitert.

Merkel (München).

Dietrich, A.: Gefäßwand und Thrombose. (7. Tag., Bad Kissingen, Sitzg. v. 16. bis 17. IV. 1934.) Verh. dtsh. Ges. Kreislaufforsch. 48—52 u. 60—66 (1934).

In der vorliegenden Abhandlung sucht Verf. seinen Standpunkt zu rechtfertigen, der kurzgefaßt darin besteht, daß mechanische Verhältnisse, d. h. Strombehinderung wohl eine Begünstigung der Thrombose darstellen, daß aber weder die mechanischen Bedingungen der Kreislaufhemmung, noch auch die Veränderungen der Blutbeschaffenheit zu befriedigender Erklärung des Thrombose-Phänomens führen können, vielmehr nur die Betrachtung der Korrelation zwischen Gefäßwand und Blut. Das soll nicht nur für die traumatischen infektiösen, sondern auch für die Spontan-Thrombosen gelten. Insbesondere sucht D. wieder die von Aschoff bezweifelte Anschauung zu festigen, daß die Bildung einer „homogenen Fibrinabscheidungsmembran“ an der Gefäßwandinnenfläche das Vorstadium der Thrombose in seinen Versuchen darstelle. Er schildert die letzteren nochmals zusammenfassend, wobei er besonders die Vorgänge bei der Verätzung der isolierten Gefäßwand durch Alkohol skizziert. Er bestreitet die negative Beweiskraft der von Aschoffs Schülern durchgeführten Nachprüfungen, indem er die völlige Einhaltung seiner Versuchsanordnungen als ein dringendes Postulat bezeichnet, um zu gleichen Ergebnissen zu gelangen. Auch die Ablehnung der am Endothel beobachteten Zellvermehrungen und Kernverklumpungen als einer physiologischen Altersveränderung, will er nicht gelten lassen und betont die Wechselbeziehungen zwischen Endothel und Blut auf Grund seiner Studien an Tieren, deren Endothel sensibilisiert wurde. Darin stimmen schließlich beide Forscher überein, daß nicht ein einziger Faktor für die Thrombenentstehung ausschlaggebend ist, sondern eine ganze Summe von Faktoren; die infektiösen und die toxisch resorptiven Einflüsse im Körper stellt aber D. in den Vordergrund, als Grundlage der Thrombenbereitschaft; der Kreislaufhemmung mißt er nur eine unterstützende Bedeutung zu für Entstehung und Fortschreiten der Thromben.

Merkel (München).

Verletzungen. Gewaltsamer Tod aus physikalischer Ursache.

Renč, V.: Seltener Selbstmord. Čas. lék. česk. 1934, 667—669 [Tschechisch].

Der Mörder eines Ortsvorstehers hatte sich vor der Gendarmerie in der Grube eines Bergwerkes versteckt und von dort aus gegen die ihn verfolgende Gendarmerie geschossen, die das Feuer erwiderte. Als die Gendarmerie eindrang, wurde er in der Grube erschossen aufgefunden. Es war nun festzustellen, ob er durch einen Schuß aus eigener Hand oder durch die Gendarmerie getötet worden war. Die Obduktion und das Ergebnis der Erhebungen am Lokalaugenschein ergaben, daß der Mörder durch Selbstmord geendet hatte, indem er aus einem Trommelrevolver, den er mit einem selbst verfertigten Projektil, bestehend aus Pulver, Papier und einer Wachsmasse, geladen hatte, den Schuß gegen sich abgegeben hat. Er stand dabei am Rande des Schachtes und fiel 40 m in die Tiefe, wobei er mit zertrümmertem Schädel und Verletzungen an den Bauchorganen tot liegen blieb. Durch die Schußflamme entzündeten sich die Grubengase, setzten die Kleider in Brand und verursachten ausgedehnte Verbrennungen an dem Selbstmörder.

Marx (Prag).

Mangili, Carlo: In tema di suicidio „combinato“. (Über kombinierten Selbstmord.) (Istit. di Med. Leg., Univ., Milano.) Arch. di Antrop. crimin. 54, 562—570 (1934).

Ein 26-jähriger Mann wurde tot in seiner Wohnung aufgefunden, nur mit einem Hemde bekleidet auf dem Fußboden liegend. Aus den im einzelnen mitgeteilten Befunden am Tatort und an der Leiche glaubt Verf. folgende Rekonstruktion der Vorgänge annehmen zu müssen: Es liegt Selbstmord vor. Zuerst beabsichtigte der Mann, sich die Pulsadern zu durchschneiden. Als die Wirkung ausblieb, versuchte er das Herz mit einer Schere zu durchbohren; auch dies mißlang. Die in der Herzgegend vorgefundene Wunde reichte nur bis in die Subcutis. Darauf wurden mit einem — am Tatort vorgefundenen — Rasiermesser verschiedene Einschnitte an der Kehle gemacht. Da hierbei jedoch keine wichtigen arteriellen Gefäße verletzt wurden,

wie der Befund zeigte, konnte die zwar reichliche Blutung nicht schnell tödlich wirken. Jetzt griff der Mann zu seinem Leibriemen und schnürte ihn fest um den Hals. Das Ende des Riemens wurde von der linken, auf dem Brustkorb liegenden Hand der Leiche umschlossen.

C. Neuhaus (Münster i. W.).

Moreau, Marcelo H., und Oscar F. Noguera: Klinisch-radiologische Betrachtungen über Fremdkörper. (*Serv. de Radiol., Hosp. T. Alvarez, Buenos Aires.*) *Semana méd.* 1934 I, 1318—1323 [Spanisch].

An der Hand zweier Fälle erörtern Verff. die bei der Aufnahme von Fremdkörpern sich abspielenden Vorgänge und die erforderlichen therapeutischen Maßnahmen, unter Beifügung der Röntgenbilder. Nach allgemeiner Erfahrung ist die Unempfindlichkeit der Darmschleimhaut gegen Fremdkörper sehr groß. Die meisten werden ohne Schaden auf natürlichem Wege entleert. Spitzen können durch den als Abwehrreflex aufgefaßten Exnerschen Einstichreflex eine Verzögerung des Durchgangs bewirken. Dabei erschaffen die der Stichstelle benachbarten Wandteile des Intestinalrohres in der Weise, daß die Spitze des Blindkörpers in einer Ausbuchtung eingeschlossen bleibt und die um die erschlaffte Stelle herum entstehenden peristaltischen Bewegungen die Spitze von der Schleimhaut entfernen. Bei diesem Mechanismus scheint die *Muscularis mucosae* eine wichtige Rolle zu spielen. Von pädiatrischer Seite wird die große Seltenheit von Perforationen nach Verschluckung von Fremdkörpern betont. Die Entwicklung der ungünstigen Folgen ist gewöhnlich eine langsame und gestattet die Wahl eines geeigneten Zeitpunktes für den Eingriff. Es ist oft sehr schwierig, allein durch eine röntgenologische Untersuchung festzustellen, ob der Fremdkörper mit der Spitze distalwärts liegt. Sitzen Sicherheitsnadeln im geöffneten Zustande in der Speiseröhre, empfehlen Verff. in Übereinstimmung mit Marque und Lanari ein Abwarten von 8 oder 9 Tagen, wenn die Gegenstände nicht spontan aus der Speiseröhre hinabsinken, noch Zeichen von Perioesophagitis vorhanden sind. Nach Verstreichen dieser Zeit soll man eingreifen, es sei denn, daß Größe und Gestalt des verschluckten Gegenstandes das Abwarten unnötig erscheinen lassen. Befindet sich der Fremdkörper im Magen, sind röntgenologisch seine Größe und Gestalt zu bestimmen und zu erwägen ob der Durchgang des Gegenstandes durch Pylorus und Duodenum unmöglich erscheint oder nicht. Besteht diese Unmöglichkeit, ist ein Eingriff vorzunehmen. Bestehen Zweifel über die Passagemöglichkeit, ist ein Eingriff zu unterlassen. Wenn der Fremdkörper nach Größe und Gestalt wohl passieren kann, muß der Kranke einer genauen röntgenologischen Kontrolle unterworfen werden. Gleichzeitig ist eine an Rückständen reiche Nahrung zu geben, so daß der Darminhalt die Wand schützt, den Fremdkörper einschließt und seine Austreibung erleichtert. Niemals soll Massage verordnet werden, auch nicht Abführmittel, durch die in der Umgebung des verschluckten Gegenstandes Spasmen hervorgerufen werden, mit der Möglichkeit einer Wandverletzung. Ist röntgenologisch ein dauerndes Festliegen des Fremdkörpers sicher erwiesen, so ist bei Auftreten klinischer Symptome ein Eingriff erforderlich. Sind diese nicht vorhanden, kann das Abwarten sehr lange hinausgezogen werden. Zu beachten ist, daß ein langdauerndes Haften des Fremdkörpers an einer bestimmten Stelle des Verdauungsschlauches die Wahrscheinlichkeit seiner Spontanausscheidung herabsetzt. Ein Fremdkörper, der das Duodenum passieren konnte, wird mit sehr großer Wahrscheinlichkeit zur spontanen Ausscheidung kommen.

C. Neuhaus (Münster i. W.).

Sołowiejezyk, A.: Ungewöhnlicher Fall von Verletzung einer Halsvene durch einen Fremdkörper. *Warszaw. Czas. lek.* Nr 40, 669—670 (1934) [Polnisch].

Einem 8jährigen Buben geriet beim Fall von einem niedrigen Dach auf Holzabfälle ein Holzspan in die Mundhöhle. Nach sofortiger Entfernung des Holzstückes aus dem Mund und Stillung der anfangs heftigen Blutung glaubte man jede Gefahr für behoben, unterdessen stellten sich in den nächsten Tagen bedrohliche septische Symptome ein, deren Quelle ein in der Folge entstandener rechtsseitiger Halsabsceß war. Bei Eröffnung desselben fand man die Innenwand der rechten Jugularvene durch zwei 6 und 7 cm lange und 4 und 7 mm breite Holzsplitter durchtrennt und diese Wanddurchtrennung durch die Splitter wie mit einem Kork dicht verschlossen. Nach 27 Tagen volle Genesung.

L. Wachholz (Kraków).

Remetei, Franz Filep v.: Über die Stichverletzungen des Herzens nebst zwei Fällen. (*Städt. Krankenh., Hg. Batthyány Strattman László Dr.*, Körmend, Ungarn.) Zbl. Chir. 1934, 1723—1726.

Kasnistischer Beitrag nebst kurzem Überblick über die Literatur. Es wird in erster Linie die operative Behandlung berücksichtigt und darauf hingewiesen, daß schon über mehrere Hundert Herzoperationen in der Literatur niedergelegt sind. Die Mortalität dieser Herzoperierten beträgt 50—60%. Auch die beiden eigenen Beobachtungen gingen tödlich aus; der eine Fall infolge Übersehens einer gleichzeitigen Stichverletzung der Herzurückwand, der andere infolge von Lungengangrän und Sepsis. Bemerkenswert ist in diesem 2. Fall, der erst 3 Wochen nach der Herznaht tödlich endete, daß eine Unterbindung des absteigenden Astes der rechten Kranzader notwendig war und keine ischämische Nekrose zur Folge hatte. Verf. schließt daraus, daß die Auffassung von Spalteholz durch diese Beobachtung bekräftigt werde und die Coronarien keine Endarterien seien. *Schrader* (Marburg a. d. L.).

Helpert, Milton: Unusual fatal stab wounds of head and neck. With examples of unrecognized ice pick wounds of the brain. (Ungewöhnliche tödliche Stichwunden an Kopf und Nacken.) *Amer. J. Surg.*, N. s. 26, 53—63 (1934).

Die Stichverletzungen waren ausgeführt worden mit außerordentlich dünnen und spitzen Gegenständen. Der Verf. spricht von einem „Eispickel“ und einem schmalen dünnen Messer. Die Geringfügigkeit der äußerlichen Verletzung führte dazu, daß bei dem einen Fall, wo sich die Stichverletzung auf dem behaarten Kopfteil befand und bei dem anderen an der Stirn, erst durch die Sektion eine Stichwunde mit Verletzung des Gehirns erkannt wurde. — 1. Fall: Stichwunde an der rechten Schläfengegend zwischen Auge und Ohr. Der Stich ging durch den Schuppenteil des rechten Temporalknochens, des rechten Temporo sphenoidal-Lappens, des rechten Tentoriums, Brücke, linke Hemisphäre, linkes Tentorium und linker Occipitallappen. — 2. Fall: Stichverletzung über dem linken Schläfenteil der Kopfhaut. Der Stich durchdrang die Dura, den linken Temporo sphenoidal-Lappen und die Pedunculi. Die Stichverletzung wurde klinisch nicht erkannt, da bei der Patientin erhebliche Kontusionen im Bereich des Schädels noch vorhanden waren. — 3. Fall: Eine Stichverletzung an der linken Stirnpartie wurde als eine oberflächliche Stichverletzung angesehen. In Wirklichkeit war es eine Stichverletzung, die durch den Schädel, die Dura, das Gehirn und den linken Lateralsinus ging. — 4. Fall: Klinisch nicht erkannte Messerwunde an der linken Seite der Kopfhaut, die durch den Schädel und Gehirn ging. Es kam zu einer Verletzung der linken parietalen Hirnrinde, zu lokalisierten subarachnoidalen Hämorrhagien, sekundären subcorticalen Hämorrhagien im Gehirn und cerebraler Kompression. Patient kam nach 13 Tagen zum Exitus. — 5. und 6. Fall: Im 5. und 6. Fall hatten Stichverletzungen des Nackens Verletzungen der Carotis com. zur Folge. Es kam von da aus zu einer Embolie, die sich in der linken mittleren Cerebralarterie festsetzte und durch cerebralen Infarkt zum Tode führte. — 7. Fall: Bei einer Stichverletzung im Nacken wurde die linke V. anonyma und der Aortenbogen getroffen. Es kam zu einem arterio-venösen Aneurysma, das sich in den vorderen Mediastinalraum ausbreitete und in die linke Pleurahöhle platzte. *A. F. Jung* (Neunkirchen-Saar).

Curtillet, Étienne: Les projectiles intra-vasculaires migrants. (In Blutgefäßen liegende, wandernde Geschosse.) (*Clin. Chir., Univ., Alger.*) *J. de Chir.* 44, 715—737 (1934).

Nach eingehender Mitteilung eines Falles, bei dem etwa 2 Monate nach einem selbstmörderischen Oberbauchschuß das erhebliche Beschwerden verursachende Geschöß aus der linken Arteria femoralis communis entfernt wurde, wird Geschichtliches kurz erörtert. Dann wird eingehend die Mechanik und das Pathologisch-Anatomische bezüglich des Eindringens des Geschosses in die Blutbahn und seine Wanderungsmöglichkeiten besprochen. Dabei zeigt sich ein unverkennbarer Unterschied zwischen dem Bild, welches entsteht, wenn Geschosse in das linke Herz oder in den großen arteriellen Kreislauf eindringen und bald als Embolie irgendwo an der Peripherie wirken, und solchen, wenn die Geschosse in die großen venösen Blutbahnen geraten und früher oder später — meist sehr bald — in das rechte Herz gelangen. Dort können sie lange Zeit ohne besondere Beschwerden mobil bleiben,

bilden aber immer ein Gefahrmoment hinsichtlich einer tödlichen Verschleppung in die Lungenarterie. Danach muß grundsätzlich zwischen wandernden Geschossen im linken und rechten Blutkreislauf unterschieden werden. Die ersteren machen sich sehr bald durch lebhaft klinische Erscheinungen ischämischer Natur bemerkbar und erfordern ein baldiges chirurgisches Eingreifen, welches um so wirkungsvoller ist, je eher es einsetzt. Geschosse im rechten Kreislauf machen wenig oder keine Erscheinungen und werden Gegenstand einer Operation, wenn sie eine Lungenembolie verursachen oder gelegentlich auch im rechten Herzen. Dann werden die klinischen Erscheinungsbilder im einzelnen besprochen. In etwa 50—60% der in der Literatur bekanntgemachten Fälle war das wandernde Geschöß unmittelbare Todesveranlassung, unter 31 Fällen aber nur 1mal durch Lungenembolie. Im ganzen ist die Prognose ernst hinsichtlich der zu erwartenden Erscheinungen, die bei „linksseitigem“ Geschöß nie ausbleiben, bei „rechtsseitigem“ ganz fehlen können. Von großer Bedeutung kann die Kenntnis und das Darandenken an die wandernden Geschosse im Blutkreislauf auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin sein. Bezüglich des Entschlusses zum chirurgischen Eingreifen ist schon das Denken an die Möglichkeit solchen Wanderns eines Geschosses von Wert. Die Behandlung richtet sich danach, ob das Geschöß als arterieller Embolus wirkt, ob es in einer großen Blutader sich befindet, ohne schon ins Herz verschleppt worden zu sein, und ob es im Herzen oder der Lunge sitzt. Die Arbeit schließt mit einer Zusammenstellung von 34 in der Literatur bekannten Fällen nach vorstehend entwickelten Gesichtspunkten unter kürzester Darstellung des Einzelfalles sowie mit einer beschränkten Literaturangabe ab.

Heinemann-Grüder (Potsdam).

Sehrt, E.: Das Ertrinken. (Physiologie, Behandlung, Unfallbegutachtung.) Med. Klin. 1934 II, 1591—1595.

In Deutschland sterben jährlich 3—4000 Menschen den Ertrinkungstod. Neuere Forschungen zur Physiologie des Ertrinkens ergaben als Hauptursache die Verblutung ins Splanchnicusgebiet. Dadurch entsteht eine Leere des linken Ventrikels und arteriellen Systems mit akuter Bewußtlosigkeit als Folge. Analog der durch Schmerz oder Schreck bedingten Ohnmacht an Land ist auch beim Ertrinkungstod die Angst und das Anknüpfen gegen die Gefahr bedingende Ursache für die Blutanschoppung im Bauchraum. Diese kann selbst bei geübten Schwimmern durch irgendein plötzliches Ereignis im Wasser (z. B. Reizung des Kehlkopfeinganges durch Wasserspritzer) ausgelöst werden. Eine ähnliche Rolle für die kritische Blutverteilung spielt die Verdauungshyperämie bei vollem Magen. Hinzu kommt bei den krampfhaften Bewegungen, ausgelöst durch das Schwächegefühl, eine durch mangelhafte Exspiration bei krampfhafter Inspiration bedingte Lungenblähung und Kohlensäureüberladung des Blutes, wohingegen nennenswerte Wassermengen nach Ansicht des Verf. zunächst nicht in die Lungen gelangen. Diese verschiedenartigen Momente rufen den blauasphyktischen Zustand des Ertrinkenden hervor. Bei dem selteneren blassen Scheintod ist nicht nur das arterielle, sondern auch das venöse System blutleer, da die Hauptwege des Blutes infolge von Krampfsperre der Lebervenen in Leber und Pfortadersystem versackt ist.

Für die Wiederbelebung ist unter diesen pathophysiologischen Gesichtspunkten die Wiederauffüllung des ausgeleerten arteriellen Systems, sowie bei der venösen Stauung der Blauasphyktischen die Entlastung des rechten Herzens das Wichtigste. Es wird deshalb ein Aderlaß mit Wiedereinspritzung des mit Sauerstoff angereicherten Blutes empfohlen, zumal die künstliche Atmung keinen genügenden Gasaustausch erzielt. Als weitere Maßnahme wird intrakardiale Coramininjektion sowie Vorhofkatheterismus angeregt. Diese Maßnahmen erfordern jedoch ärztliche Technik und Apparatur. Für die Praxis des Laienhelfers erscheint das von den Holzflößern der Weichsel seit Jahrhunderten mit oft erstaunlichem Erfolg geübte „Fuchsprellen“ bedeutungsvoll (Lagerung des Ertrunkenen mit dem Bauch auf die Handrückenreihe der von mehreren Helfern gebildeten Handgrätsche; Fixierung des Kopfes durch einen Spitzenmann; rhythmisches Prellen nach Kommando). Diese Methode bewirkt energische Massage des Pfortadergebietes.

Zur Unfallbegutachtung des Ertrinkungstodes äußert sich Verf. dahin, daß ein

solcher beim geübten Schwimmer, der unter Ankämpfen und mehrmaligem Auftauchen allmählich untergeht, als Unfallfolge anzusehen ist. Dagegen lehnt er Unfallanerkennung bei plötzlichem Absacken im Wasser, das durch anderweitige pathologische Organveränderungen bedingt ist, ab.

Schrader (Marburg a. d. L.).

Klotz, Rud.: Plötzlicher Tod beim Schwimmen. Dtsch. med. Wschr. 1934 II, 1650 bis 1651.

Neben anderen Vorschriften, den plötzlichen Tod beim Schwimmen einzuschränken, gilt als wichtigste die alte Regel erfahrener Schwimmer: Nicht langsam, sich von unten her benetzend in das Wasser schreiten, sondern im Kopfsprung hineinspringen. Die Erfahrungstatsache der Frauenärzte, daß Abkühlung der Beine eine Gefäßkontraktion im Hypogastricusplexus mit verschiedenen krankhaften Folgeerscheinungen infolge konsekutiver Gefäßerschließung und Tonusstörung im vegetativen Nervensystem des kleinen Beckens herbeiführt, gilt auch für den männlichen Organismus. Beim Baden in Hitzeperioden wird durch Zusammenziehung der Hautgefäße eine große Blutmenge in die Bauchgefäße, die als druckregulatorisches Stromgebiet (Depotorgane) dienen, befördert, mitunter so viel, daß es zu einer Verblutung in das Splanchnicusgebiet kommt, leichte Ohnmacht bis zum kompletten Kollaps sind die Folgen dieser Kreislaufinsuffizienz. Besonders leicht tritt der Zustand auf, wenn beim Baden der Magen stark gefüllt ist, und somit eine Verdauungshyperämie an sich schon eine Füllung der Bauchgefäße verursacht hat. Ähnliches findet statt, bei langsamer Benetzung des Körpers von unten. Infolge der reflektorischen Gefäßverengung im Hypogastricusgebiete durch Abkühlung der Beine, ströme das Blut in das Splanchnicusgebiet, wohin gleichzeitig auch das Blut aus der übrigen abgekühlten Körperperipherie strömt. Es kommt auf diese Weise ebenfalls zur Verblutung in die Bauchgefäße mit den beschriebenen Folgen. Wird umgekehrt der Körper von oben abgekühlt, so kann das Blut in die Splanchnicusgefäße und bei deren Füllung in den Plexus hypogastricus strömen, auf diese Weise wird der Kreislauf aufrechterhalten, weil die Stase durch die Verteilung auf mehrere Capillargebiete verhütet werden könne. Der oben beschriebene Verblutungsmechanismus setzt eine Disposition voraus, doch kann diese durch unzweckmäßiges Verhalten allmählich erworben werden. Daraus folgt: der Schwimmer kühle sich am besten vor dem Baden durch Duschen des Kopfes, der Brust und der Arme von oben her ab und springe dann mit dem Kopfe zuerst rasch in das Wasser. Mag diese Regel auch noch nicht experimentell bewiesen sein, so ist sie doch in der Erfahrung vieler Schwimmer hinreichend begründet.

Nippe (Königsberg i. Pr.).

Negris Marella, Francesco de: Su un caso di morte per annegamento. (Contributo alla diagnosi differenziale tra suicidio ed omicidio.) (Über einen Fall von Ertrinkungstod. Beitrag zur Unterscheidung von Selbstmord und Mord.) Arch. di Antrop. crimin. 54, 424—429 (1934).

Es handelt sich um einen kombinierten Selbstmord eines 60jährigen Mannes, dessen Leiche nach 3tägigem Verschwinden aus dem Kanal aufgefischt wurde. An der Leiche fanden sich 2 horizontal verlaufende Halsschnittwunden, von denen die eine etwas mehr in die Tiefe ging, ferner zahlreiche oberflächliche parallel gerichtete Schnittwunden in der linken Brustseite. Innerlich Zeichen des Ertrinkungstodes. Die Schnittverletzungen waren nicht tödlich. Bei dem charakteristischen Aussehen der Schnittverletzungen war die richterliche Frage, ob Mord oder Selbstmord vorlag, dahin zu beantworten, daß der Mann nach vergeblichem Selbstmordversuch durch Schnittverletzung den Tod durch Ertrinken gesucht und gefunden hat.

G. Strassmann (Breslau).

Boss, J.: Über den Tod durch übermäßige Nahrungsaufnahme. (*Path. Inst., Univ. Zürich.*) Schweiz. med. Wschr. 1934 II, 1149—1151.

Ein 20jähriger Rekrut nimmt infolge einer Wette abends eine sehr reichliche kohlenhydrat- und fettreiche Mahlzeit zu sich, wird nach einigen Stunden tot im Bett gefunden. Leichenbefund: Status thymolymphaticus, hypoplastische Nebennieren, enge Aorta, exzentrische Herzhypertrophie rechts, sehr starke Verdauungshyperämie (Leber 2100 g). Der Tod wird erklärt als Verblutung in das Splanchnicusgebiet, das unterentwickelte Gefäß- und Adrenalsystem war nicht mehr imstande, die Blutzirkulation voll ausgeglichen zu gestalten. Außerdem wird auf die Möglichkeit hingewiesen, daß auch eine hypoglykämische Reaktion bei schwach entwickelten Nebennieren mitgewirkt haben könne.

Giese (Jena).

Symons, C. T.: Identification of weapons from wounds. (Identifizierung von Waffen auf Grund der Beschaffenheit der Wunden.) Rev. internat. Criminalist. 6, 328—337 (1934).e

Der Getötete hatte 4 Wunden in der Kopfschwarte und eine tiefe Halswunde. 2 der Kopfwunden waren senkrecht gerichtet, die 2 anderen schräg. Bei den letzteren zeigte der Schädelknochen Rillen und Furchen. Ein am Tatort gefundenes Hackmesser war frei von Blutspuren, wies aber umgebogene und eingedrückte Stellen an der Messerschneide auf. Sie entsprachen in ihrer Lagerung und Ausdehnung genau den Rillen und Streifen, die am

Schädelknochen im Bereich der schrägen Wunden vorhanden waren. Offenbar war bei den ersten 2 Wunden die Messerschneide durch Auftreffen auf harte Teile des Schädelknochens in der genannten Weise deformiert worden. Diese Veränderungen der Schneide bildeten sich dann bei den nachfolgend gesetzten Gleitwunden genau am Schädelknochen ab. Damit war die Waffe als die zur Tat benutzte identifiziert.

C. Neuhaus (Münster i. W.).

Aguiar, Asdrúbal António de: Traumatisch durch die Hand verursachte Läsionen. (*Inst. de Med. Leg., Univ., Lisboa.*) Arch. Med. leg. 6, 35—95 (1934) [Portugiesisch].

Sehr ausführliche Zusammenstellung aller derjenigen Verletzungen, die durch Verwendung der Hände hervorgerufen werden können, mit Darlegung der klinischen und pathologisch-anatomischen Besonderheiten, sowie der gerichtsärztlichen Bedeutung.

Es werden besprochen: Kratzwunden, Hautritzer und Schrammen, Fingerspuren, Perforationen und Einrisse, Nasenstüber, Einwirkung durch Ziehen und Schlagen, Kneifmale, Ohrfeigen, Verletzungen durch den Handrücken, Schläge mit der Hand nach Art eines Messers, Torsionswirkungen und Quetschungen, Ausreißen von Gewebsteilen, Aufhängen, vor allem bei Kindern, Schläge mit der flachen Hand (Klaps), Faustschläge mit Wirkung der Hand als Hammer oder in Stoß- und Hebelbewegung, mit Hilfe der Hand herbeigeführte Erstickung, Erdrosseln.

C. Neuhaus (Münster i. W.).

Jentzer, A.: Duraverdickungen traumatischer und nicht traumatischer Ätiologie — mit Mikrohämatomem —, die Gehirntumoren vortäuschen. Operation — Heilung. (*Chir. Klin., Univ. Genf.*) (58. Tag. d. Dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 4.—7. IV. 1934.) Arch. klin. Chir. 180, Kongr.-Ber., 432—442 u. 16 (1934).

Obwohl auch bei der posttraumatischen Pachymeningitis sichere pathologisch-anatomische Entzündungssymptome zu finden sind, soll für nichtprimäre infektiöse Pachymeningitiden der Name Pachymeningosen gewählt werden. Durch Traumen können nicht nur große subdurale Hämatome, sondern auch kleine, nur mikroskopisch sichtbare entstehen, die unter dem Bilde des Pseudotumors verlaufen. Erst die Probeexcision auf der wenig verdickten, nicht pulsierenden Dura kann das Leiden aufdecken. Der Liquor ist klar oder xanthochrom. Es besteht ein geringer Liquordruck. Typisch ist der starke Wechsel im Allgemeinbefinden. Die einzige Therapie ist die Operation. Bericht über 2 Fälle, die unter Tumorverdacht operiert wurden und nach Duraeröffnung und Excision ausheilten. Beck (Hannover) kann in der Aussprache über ähnliche Beobachtungen berichten.

Tietze (Breslau).

Bouchet, Maurice: Sur les signes objectifs du vertige chez les traumatisés du crâne. (Über objektive Merkmale des Schwindels bei Schädelverletzten.) (19. congr. internat. de méd. lég. et de méd. soc. de langue franç., Lille, 27.—30. V. 1934.) Ann. Méd. lég. etc. 14, 807—813 (1934).

Mit Zunahme der klinischen und experimentellen Untersuchungen ergaben sich für die Klagen solcher Personen immer mehr greifbare Anhaltspunkte. Aus dem kurzen Überblick über diese ist als eigene Erfahrung des Verf. zu erwähnen: Die Injektion der Hammergriffgefäße kommt auch bei anderen Ohrerkrankungen zu häufig vor, um Wert zu haben. Cochlear mißt Verf. der isolierten Herabsetzung der oberen Tongrenze, der auffälligen Herabsetzung der Hörschärfe für die Taschenuhr und einer verkürzten Kopfknochenleitung vom Scheitel aus Bedeutung bei. Vestibulär hält er den ausgesprochenen Widerspruch zwischen der rotatorischen Erregbarkeit des Labyrinthes und der kalorischen Unerregbarkeit für Nystagmus in sämtlichen Schlagebenen, insbesondere in der rotatorischen (die auf die Reizung der vertikalen Bogengänge allein bezogen wird), sowie die deutliche Untererregbarkeit, diese weit mehr als eine Übererregbarkeit für wesentlich. Ferner ist ein rotatorischer Spontannystagmus sehr häufig; oft ist er erst durch grobe Kopfbewegungen hervorzurufen. Prognostisch sieht Verf. einen deutlichen Unterschied zwischen der galvanischen Fallreaktion nach links bzw. nach rechts als ungünstig an. Auch der Mucksche Versuch hat sich prognostisch von „einem gewissen Interesse“ gezeigt; diagnostisch hat er nur ungenügende Dienste geleistet.

Klestadt (Magdeburg).

Lenormant, Ch., Pierre Wertheimer et Jean Patel: Le traitement immédiat des fractures de la base du crâne. (Die Frühbehandlung der Brüche des Schädelgrundes.)

(Paris, 9.—14. X. 1933.) Procès-verb. etc. 42. Congr. franç. Chir. 455—619 (1933).

Von fremden Beobachtungen ziehen die Verff. nur das in Betracht, was ausführlich mitgeteilt ist. Die Angaben über die Sterblichkeit nach Brüchen des Schädeldgrundes schwanken zwischen 60 und 24%. Einzelne gehen sogar noch weiter herunter, bis auf 12%. Weit mehr als die Hälfte der Verletzten sterben in den ersten 48 Stunden. Verff. kehren besonders die Häufigkeit der subduralen Blutergüsse und von Hirnquetschungen hervor, neben welcher letzteren andere Quellen subduraler Blutungen zahlenmäßig gar nicht in Betracht kommen. Aus den vielen angegebenen Verhältniszahlen sei nur herausgegriffen, daß die Verff. in einem Siebentel aller Schädeldgrundbrüche und bei einem Viertel der Fälle von extraduralem Bluterguß Hirnquetschungen fanden. Die verschiedenen auch aus den deutschen Handbüchern bekannten Erklärungen für die Erscheinungen der „Hirnerschütterung“ sind ausführlich besprochen. Verff. geben jenen, welche Störungen des Blutumlaufes im Gehirn verantwortlich machen, sei es, daß sie durch unmittelbaren Einfluß auf die Gefäßnerven, sei es, daß sie über die Zentren im verlängerten Mark vermittelt werden, den Vorzug. Wenn auch die Plötzlichkeit der Erscheinungen schwer zu erklären ist, so spielen beim Bild der Hirnerschütterung Kreislaufstörungen im Gehirn und Veränderungen im Druck des Hirnwassers doch eine große Rolle.

Die von den Verff. (Wertheimer) angestellten Versuche sollten keineswegs die Wirklichkeit bei den Kopfverletzungen nachahmen. Sie sollten nur eine plötzliche mechanische, aber nicht zu rohe Einwirkung setzen, abstufbar, wiederholbar und leicht zu beobachten. Wenn sie Hunden, die mit Morphin und Somnifen betäubt waren, einige Kubikzentimeter Serum oder Blut teils unter die geschlossene harte Hirnhaut (unter die Spinnwebenhaut. Ref.), teils in die Seitenkammern rasch einspritzten, beobachteten sie 2 Arten von Wirkung. Während der Einspritzung steigt sowohl der in der Femoralis wie der in Hirnnähe (Carotis) gemessene Blutdruck leicht an. Bei der ersten Art der Wirkung sinkt er gegen das Ende der Einspritzung ab, oft steil, um dann wieder zu seiner anfänglichen Höhe zurückzukehren. Bei plötzlichem Druckabfall setzt die Atmung aus, während der Wiedererholung des Blutdruckes ist sie beschleunigt. Noch vor dem Anstieg der Blutdruckkurve erhebt sich langsam der Druck des Hirnwassers, der in der Seitenkammer und suboccipital gemessen wurde, um ebenso langsam wieder zu sinken. Bei der zweiten Art bleibt der Abfall des Blutdruckes aus, vielmehr steigt dieser weiter. Das beobachteten die Verff. namentlich bei grobem Einspritzen und bei rascher Wiederholung. In solchen Fällen ist die Atmung röchelnd und der Kammerdruck erreicht besonders hohe Werte, während der Druck in der Cysterna cerebellomedullaris unverändert bleibt. Verff. führen die Wirkung ersterer Art auf den freien Abfluß des Kammerwassers und auf die Druckerhöhung in der 4. Kammer zurück, wobei sie die Lehre Duretts wiedererwecken, während sie für die Erscheinungen zweiter Art die Verlegung des Abflusses oder ungenügenden Abfluß gegen die 4. Kammer verantwortlich machen. Den Beweis für den von ihnen als Ursache solcher Erscheinungen angenommenen Verschuß des Aquäduktes erblicken Verff. darin, daß Methylenblau, welches sie in einem Fall mit Erscheinungen des Verschlusses in die Seitenkammer einspritzten, nicht bis in die 4. Kammer gelangte. Die unmittelbaren Ursachen des Verschlusses suchten sie in Ödem einzelner Hirnteile oder in Blutergüssen in den an die Kammern stoßenden Gebieten oder in Blutgerinnseln innerhalb der Kammern. Eine anhaltende zunehmende Blutdrucksteigerung führen sie auf den Reiz von Zentren in den Wänden der Kammern, besonders der 3. Kammer, zurück. Zur Prüfung dieser Annahmen haben Verff., wenn sie bei erweiterten Seitenkammern Encephalographie ausführten, den Blutdruck geschrieben und immer eine zunehmende Erhöhung desselben festgestellt.

Den Begriff der „Blockade“ (des akuten inneren Wasserkopfes) infolge der Abflußsperre betrachten Verff. als ihr geistiges Eigentum. Ihre Versuchsergebnisse lassen sie in Fällen der Blockade entweder in der Punktion der Seitenkammern oder der Hinterhauptszisterne, gegebenenfalls nach Entfernung des Atlasbogens, eine Hoffnung erblicken. Hohen Lumbaldruck, selbst steigenden Lumbaldruck halten sie nur bei gleichzeitigem Steigen des Blutdruckes für schlimm. Viel ungünstiger ist es ihrer Meinung nach, wenn bei der Lumbalpunktion keine Druckveränderung festgestellt wird. Dies spreche eben für Abflußsperre. In solchen Fällen sei das Ablassen von Rückenmarksflüssigkeit sogar gefährlich. Aber auch, wo die Lumbalpunktion angezeigt ist, darf man nie auf einen Erfolg rechnen. Ebenso wenig erblicken die Verff. in der entlastenden Trepanation ein Allheilmittel. Doch empfehlen sie die ein- oder

doppelseitige Eröffnung des Schädels nicht bloß bei Herderscheinungen, sondern auch bei Hirnschwellung, bei letzterer und bei Erscheinungen seitens des verlängerten Markes auch die Suboccipitaldrainage. *Meixner* (Innsbruck).

Iselin, H.: Beurteilung der akzidentell-traumatischen akuten Osteomyelitis adolescentium. (*Inst. f. Unfallmed., Univ. u. Chir. Abt., St. Clara-Spít., Basel.*) *Chirurg* **6**, 797—801 (1934).

Die Häufigkeit der Mitwirkung eines akzidentellen Traumas beim Entstehen einer primären Osteomyelitis juvenilis wird von den Autoren auf 5—30% geschätzt. Ob ein Markhämatom überhaupt das Entstehen einer OM. begünstigt, ist nicht bewiesen. Bei Markblutungen, z. B. bei geschlossenen Frakturen, kommt OM. auch bei Kindern kaum vor. Der Chirurg rechnet bei Knochenoperationen nicht mit einem latenten Infekt des Markes. Ein solcher müßte erst durch systematische bakteriologische Untersuchungen an durch Harpunierung gewonnenen Markstückchen bewiesen werden. Die erst in der Pubertät tätigen Talgdrüsen mit ihren oft zahllosen Entzündungsherden sind vielleicht die Haupteingangspforte für den Erreger. Dazu kommt vielleicht ein Mangel an Vitamin C, der die Widerstandsfähigkeit des Körpers gegen krankmachende Keime auf Grund von Tierversuchen vermindern soll. Erkennt man die Möglichkeit einer reflektorisch auch in die Tiefe, ins Mark wirkenden Zirkulationsstörung an, so kann eine solche bei Pubertätspyodermie und zur Zeit des Traumas im Mark abgelagerten Pyokokken eine akute OM. auslösen. Die Vereinbarungen über das freie Intervall zwischen Unfalldatum und Krankheitsbeginn sind trotz Fehlens sicherer Unterlagen praktisch notwendig. Ein geringfügiges Trauma, das nur vasoreflektorisch auf das Knochenmark einwirken kann, wird nur kurze Zeit Einfluß ausüben; als Grenze wird eine Spanne von 14 Tagen geschätzt. Ein ganz kurzes Intervall von 2 Tagen begründet die Vermutung einer Koinzidenz des Traumas mit einer bereits in der Entwicklung begriffenen OM. War das Trauma geeignet, eine Spongiosa- und Markschädigung hervorzurufen, die sich wochen- ja monatelang durch Schmerzen bemerkbar macht, so ist die Grenze entsprechend hoch zu setzen. *Giese* (Jena).

Howson, Carl R.: Rib-fracture by cough. Report of a case. (Rippenfraktur nach Husten.) *Amer. Rev. Tbc.* **30**, 566—567 (1934).

Mitteilung eines Falles bei einer 26jährigen Frau. Einige Monate nach Ausführung einer Thorakoplastik traten Schmerzen in beiden Seiten auf — die Röntgenaufnahme zeigte Frakturstellen an 3 verschiedenen Rippen mit ziemlicher Callusbildung, die durch heftiges Husten entstanden waren. Verf. ist der Ansicht, daß derartige Fälle durchaus nicht selten sind, aber meist übersehen werden. *Köstler* (Berlin).

Hansen, Jens: Erfahrungen und Ergebnisse bei Verletzungen der Harnwege. (*Chir. Univ.-Klin., München u. Krankenh. Bergmannsheil, Bochum.*) *Erg. Chir.* **27**, 470—552 (1934).

Aus den obengenannten klinischen Abteilungen berichtet Verf. über 17 Verletzungen der Blase, 60 Nierenverletzungen und 135 Verletzungen der Harnröhre, die unter Berücksichtigung der wichtigsten Daten aus den Krankengeschichten besprochen werden. — Unter 17 Blasenverletzungen befinden sich 70% Todesfälle, eine große Zahl, die sich vor allem aus der außerordentlichen Schwere der Verletzungen erklären, die zu meist durch Beckenbrüche kompliziert sind und durch riesige Blutungen in das Beckenbindegewebe und weithin in das retroperitoneale Gewebe: die Gefahr der phlegmonösen Urininfiltration ist eine sehr große. Es ist daher falsch, sich mit dem Einlegen eines Dauerkatheters zu begnügen, wenn er auch zunächst zu genügen scheint. Das Verfahren der Wahl ist nur die Sectio alta. Hansen hält bei deren Durchführung das Einlegen eines Harnröhrenkatheters für schädlich. Nach guter, dichter Vernähung des Blasenrisses genügt die suprapubische Drainage mit einem ganz starken Gummirohr. Die Behandlung der sog. intraperitonealen Blasenruptur — bei der ja notwendigerweise die Laparotomie und, wenn möglich, die Extraperitonealisierung der Rißstelle nach Hildebrandt ausgeführt wird — ist die gleiche. H. geht dann unter Würdigung des Schrifttums auf die Entstehung und die Klinik der Ruptur ein. Alle seine Fälle gingen mit Beckenbrüchen einher, so daß es sich also nicht um Zer-

reißen, sondern um Stichverletzungen handelte. Die traumatische Blasenruptur ist im übrigen keine sehr häufige Verletzung. Der Tod erfolgt nach der Verletzung an Verblutung, an Allgemeininfektion und an Urämie, nicht aber an Peritonitis! — Von den 60 Nierenverletzungen wurden 47 abwartend, mit 8%, 12 operativ behandelt mit 50% Mortalität. Für die Entstehung der Nierenruptur kommt der Küsterschen Theorie der Adduktionsbewegung der unteren Rippen und direkter Zerquetschung oder Berstung des Organs eine wesentliche Bedeutung zu, nicht aber der Küsterschen Theorie von der hydraulischen Pressung als Ursache der Nierenruptur. Zur Diagnose und operativen Indikationsstellung empfiehlt H. die Ausscheidungsurographie, Art und Dauer der Blutung läßt allein keinen sicheren Schluß auf die Schwere der Verletzung zu. Nur in 7,5% wurde Steinbildung nach Nierenverletzung gefunden, die traumatische Hydronephrose in 10%. Das Bestehen einer traumatischen Wanderniere wird bestritten, Tuberkulose und Tumor der Niere entstehen nie im Anschluß an eine Unfallverletzung. Alle Nachuntersuchungen aber zeigten Veränderungen im Sinne der Pyelonephritis. Die Operationsmethode der Wahl ist die Nephrektomie, die allein einen guten Ausgang verbürgt, häufig wird später noch die Nephrektomie notwendig. — Bei 135 Harnröhrenverletzungen betrug die Sterblichkeit 29% und nach Abzug der von vornherein hoffnungslosen Fälle noch 14%. Nach Operationen starben 43% und nach Abzug der hoffnungslosen Fälle noch 28%. Bei allen unter Verwendung des Dauerkatheters behandelten Fällen, ob operiert oder ob abwartend behandelt, kam es in den ersten Tagen zu Infektionserscheinungen von leichter Art bis zu schwersten Urinphlegmonen und Abscessen, die auf den Dauerkatheter ursächlich zurückgeführt werden. Diese Infektion verursacht die wesentlichen Spätfolgen, denen gegenüber die Strikturen und Fisteln an Bedeutung völlig zurücktreten. Jene Spätfolgen der Infektion sind vielmehr pyelonephritische Endzustände an beiden Nieren, Schrumpfnieren und riesige Steinbildungen, die nur in etwa 10% der nachuntersuchten Fälle fehlten! H. lehnt daher die Verwendung des Dauerkatheters in jeder Form ab. Er will für die leichten Fälle unvollständiger Harnröhrenzerreißen eine völlig abwartende Behandlung und für die andern Fälle die sofortige Anlegung einer suprapubischen Blasenfistel und die spätere Naht der Urethra ohne Katheter vom Damm her. Die Zahl der anatomischen Heilungen der Harnröhrenverletzungen ist gering, unter 10%. Als klinisch geheilt waren von 43 abwartend behandelten Fällen 26%, von 40 mit Sectio alta operativ behandelten Fällen 27%, und von 14 mit Sectio profunda behandelten 35%; d. h. es werden 30% klinische Heilungen insgesamt geschätzt.

Janssen (Düsseldorf).

Szenteh, István: Von der Geburt unabhängige Verletzungen der weiblichen Genitalien. Orv. Hetil. 1934, 614—617 [Ungarisch].

Verf. berichtet über die Erfahrungen, die in dem St. Rókus-Spital zu Budapest von 1920—1934 gemacht wurden. Zur Untersuchung kamen 277 Fälle, die in 5 Gruppen eingeteilt, ausführlich besprochen werden. I. Verletzungen der inneren Genitalien bei Fruchtabtreibung durch mechanische Mittel. 22 Fälle, davon starben 7, schwere Darmverletzungen erlitten 6. II. Selbstmordverletzungen. Zur Beobachtung gelangten 3 Fälle. (Messerstich in die Scheide, in den Bauch, bei Schwangeren.) III. Unfallverletzungen (83 Fälle) durch Pfählung, Straßenbahnverletzungen durch Auffallen auf die Lehnen der Sitzplätze, Auffallen auf die Genitalien, Fahrradverletzungen, Überfahren, Schlittschuhlaufen, Scheidenspülung mit zu heißem Wasser oder mit ätzender Flüssigkeit. IV. Kohabitationsverletzungen (126 Fälle); davon 82 Mädchen, 44 Frauen; Alter zwischen 10—63 Jahren). Außer Disproportion der Geschlechtsteile kommen als ursächliche Momente Enge und Sprödigkeit der Scheide in Betracht. V. Verletzungen bei Unzuchtsakten (43 Fälle). Durch gewaltsames Einbohren der Finger oder eines harten Gegenstandes, durch Biß in die Geschlechtsteile, durch sadistische oder masochistische Handlungen.

Vitray (Budapest).

Huet: À propos de contusions herniaires. Rupture intestinale par contusion d'une élytrocele. (Traumen, die einen Bruchsack treffen; Darmruptur durch Quetschung einer Elytrocele.) Bull. Soc. nat. Chir. Paris **60**, 936—938 (1934).

Die Fälle von Traumen eines Bruchsacks mit Verletzung dessen Inhaltes sind nicht selten; doch handelt es sich meist um Traumen einer Inguinalhernie. — Verf. beschreibt einen Fall, für den er in der ganzen Literatur keinen weiteren Beleg finden konnte. Es handelte sich um eine 44jährige Frau, die früher eine Hysteropexie durchgemacht hatte und die abends rittlings auf einen Stuhl fiel. Kurze Zeit später stellten sich schwere Abdominalerscheinungen ein, die zur Aufnahme ins Krankenhaus führten. Die Untersuchung ergab einen vaginalen Prolaps mit mächtigem Hämatom und im Douglas eine perforierte Colonschlinge. Durch Laparotomie Naht derselben, Anheftung an die Bauchwand und Drainage. Exitus nach wenigen Stunden.

Deus (St. Gallen).

Müller, Siegfried: Über einen Fall von chronischer traumatischer Hernia diaphragmatica spuria. (II. Med. Klin., Charité, Univ. Berlin.) Med. Klin. **1934 II**, 1526—1528.

In einem Vortrag wird über einen 34jährigen Patienten berichtet, bei dem es durch ein vor Jahren erlittenes Trauma zu einer Ruptur des Zwerchfells kam, die aber zunächst nicht zum Eintritt von Bauchorganen in die Brusthöhle führte. Erst allmählich scheinen einzelne Teile der Bauchorgane in die Brusthöhle gelangt zu sein, was sich durch anamnestiche Daten genau belegen läßt. Es bestanden dabei krampfartige Beschwerden in der Magengegend mit anschließenden anginösen Herzbeschwerden. Die in die Brusthöhle getretenen Organe schlüpfen wohl rasch wieder zurück, denn spätere Röntgenuntersuchungen des Magens und der Thoraxorgane zeigten immer normalen Befund. Erst durch einen erneuten Unfall kam es zum Durchtritt von weiteren Abdominalorganen in die Brusthöhle, wobei besonders heftige Beschwerden einsetzten. Die Röntgenuntersuchung zeigte jetzt einen Teil des Magens und des Colons im Brustraum, es wurde eine traumatisch entstandene Zwerchfellhernie angenommen. Bei der Operation fand man die Milz, einen Colonabschnitt und den ganzen Magen in der Brusthöhle; außerdem wurde auch ein pylorusnahes Ulcus nachgewiesen, das übernäht wurde. Im Zwerchfell sah man vom Hiatus oesophageus ausgehend einen breiten Spalt, dessen Ränder narbig verändert waren. Patient kam an einem Erysipel ad exitum. *Schembra.*

Oesch, Otto: Appendicopathia traumatica. Traumatische Einflüsse auf den Wurmfortsatz und ihre Beurteilung. (Inst. f. Unfallmed., Univ. Basel.) Schweiz. med. Wschr. **1934 II**, 963—965.

Die traumatischen Einflüsse auf den Wurmfortsatz sind auf die plötzliche Erhöhung des intraabdominellen Druckes zurückzuführen. Durch Gasverdrängung im Colon kommt es zu Drucksteigerung und Blähung des Coecums, wobei durch Dehnung der Appendixklappe und unter dem vermehrten Druck Darminhalt in erhöhtem Maße in den Appendix eintreten kann.

Schönberg (Basel).

Eusterman, George B., and Joseph G. Mayo: Traumatic peptic ulcer. (Traumatisches peptisches Geschwür.) Amer. J. Surg., N. s. **26**, 74—81 (1934).

Im allgemeinen dürfte sich ein Zusammenhang zwischen akutem Trauma und peptischem Geschwür nur in ganz seltenen Fällen ergeben; und auch dann ist das Trauma nur im Rahmen aller übrigen Schadensursachen des peptischen Geschwürs zu werten. Einige diesbezügliche Fälle aus dem Schrifttum werden mitgeteilt und die Krankengeschichte eines eigenen Falles angeschlossen: Wesentliches epigastrisches Trauma, Einsetzen der Magenbeschwerden nach 24 Stunden, die auch die weiteren Monate anhalten, zu Teerstühlen führen, um schließlich nach 5 Monaten und einem kurzen, schmerzfreien Intervall von einer ganz schweren Hämatemesis abgelöst zu werden. Das Röntgenverfahren kann ein penetrierendes Geschwür an der kleinen Krümmung nachweisen. Der Umstand, daß der Kranke jugendlichen Alters war, daß die Geschwürsnische einschließlich sämtlicher sonstiger Erscheinungen innerhalb 3 Wochen verschwand, spricht für die traumatische Ursache. Aber nicht nur äußere, auch innere Traumen vermögen Geschwüre zu erzeugen, namentlich nach Fremdkörpern. An der Mayo-Klinik wurde ein solches Krankheitsgeschehen bei einem Trichobezoar beobachtet. Für die unfallgutachtliche Beurteilung werden die Gesichtspunkte von Liniger und Molinaeus übernommen. Auch die pathologisch-anatomische Beurteilung der Geschwürsentstehung an Hand eines Präparates, das durch Operation oder Obduktion gewonnen wurde, wird ausgeführt. *F. Starlinger (Wien).* °°

Liebig, S., und I. Cierpinski: Der Widerstand des menschlichen Körpers und seine Bedeutung bei Elektrotraumen. Trudy vsesojuzn. Inst. éksper. Med. 1, 103—114 u. dtsch. Zusammenfassung 114 (1934) [Russisch].

Mit Wechselstrom von 50 Hz und Gleichstrom verschiedener Spannung wird bei Vertretern mehrerer Berufsklassen die Größe des Körperwiderstandes von Hand zu Hand aus Spannung und Stromstärke bestimmt; Messung der Spannung zwischen den (nicht angegebenen) Elektroden mit einem Röhrenvoltmeter, maximale Stromstärke (bei 45 V Wechselspannung bzw. 74 V Gleichspannung) 16 mA bzw. 40 mA. In der deutschen Zusammenfassung wird angegeben, daß zwischen 15 und 45 V die Größe des Widerstandes zwischen 2000 und 6500 Ohm schwankt; bei höheren Spannungen sind die Abweichungen geringer. Die Standhaftigkeit gegenüber dem elektrischen Strom hängt von dem Grad der Erregbarkeit des Nervensystemes ab und von der durch ihn bestimmten Schweißsekretion in den Händen. Die Hautdicke an den Handflächen und Verunreinigungen der Hautoberfläche durch Transformatoröl oder Metallstaub sind auf die Größe des gemessenen Widerstandes ohne merklichen Einfluß; Durchfeuchtung der Haut setzt aber den Widerstandswert bedeutend herab. Am Schlusse verweisen die Autoren darauf hin, daß durch Berücksichtigung der bei einer bestimmten Spannung durch eine bestimmte Versuchsperson fließenden Stromstärke und der lebensgefährlichen Stromstärke die für das einzelne Individuum gefährliche Spannung durch Extrapolieren bestimmt werden kann. *F. Scheminzky (Wien).*°°

Gaál, Aurélia: Eine auf Grund eines Röntgen-Geschwürs entstandene bösartige Geschwulst. Magy. Röntgen Közl. 8, 123—128 u. dtsch. Zusammenfassung 136 (1934) [Ungarisch].

Ein 59jähriger Mann bekam nach Laparatomie im Jahre 1919 eine Röntgenbestrahlung, 1 Jahr später ein Röntgengeschwür, das auf Eigenbluteinspritzung rasch heilte. An der Stelle des geheilten Geschwürs entstand 1933 eine Geschwulst, die mit der umgebenden Narbe entfernt wurde. Die Wunde heilte in 7 Wochen, aber an ihrer Stelle entwickelte sich allmählich eine neue Geschwulst, die excidiert wurde. Nach 1 Woche entstand an derselben Stelle ein haselnußgroßes, 8 Tage später ein taubenei großes Rezidiv, die entfernt wurden. Da sich nach 2 Wochen ein fünftes Rezidiv entwickelte, wurde die Geschwulst mit Radium behandelt. Sie zerfiel, wuchs aber fort. Exstirpation. Nach 10 Tagen neues Rezidiv, das Nußgröße erreichte. In diesem Zustande verließ der Kranke das Spital auf eigenen Wunsch, und sein weiteres Schicksal ist unbekannt. Das histologische Bild der ersten Geschwulst erinnert an ein Granuloma teleectaticum. In den Rezidiven entwickelte sich allmählich ein sarkomatöser Charakter. Verf. meint, daß unter Einwirkung von Röntgenstrahlen in den Endothelzellen hochgradige degenerative und nekrobiotische Veränderungen entstehen, an die sich später proliferative Prozesse anschließen können. *Vitray (Budapest).*

Vergiftungen.

● **Sammlung von Vergiftungsfällen.** Hrsg. v. B. Behrens in Vertretung v. H. Führer. Unter Mitwirkung v. A. Brüning, F. Flury, E. Hesse, F. Koelsch, P. Morawitz, V. Müller-Hess, E. Rost u. E. Starkenstein. Bd. 5, Liefg. 11. Berlin: F. C. W. Vogel 1934. 32 S. RM. 3.60.

Chronische Toluol-Xylolvergiftung bei einem Tiefdruckerarbeiter (Psychose), von Panse und Bender: Ein 30jähriger Mann war mehrere Jahre hindurch in Tiefdruckbetrieben mit Farbtonungsmitteln, Gemischen von Toluol und Xylol, beschäftigt. Nach vorausgehender gesteigerter Erregbarkeit, Appetitlosigkeit und Abmagerung entwickelte sich ein psychotischer Zustand mit Desorientiertheit und wahnhaften Vorstellungen. — Gasolin (Petroläther-) und Kerosin- (Petroleum-) vergiftungen bei Kindern, von J. A. Nunn und F. M. Martin: Mitteilung einiger beobachteter Fälle. Die Mortalität betrug 11%, bei Petroleumvergiftung 9,2%, bei Gasolinvergiftung 28% (7 Fälle). Bei den tödlichen Fällen standen Lungenveränderungen im Vordergrund. Das Blutbild war meist normal. Bei vieler Einnahme entwickelte sich Unruhe, Koordinationsstörungen, Cyanose und Erbrechen. Bei Aspiration kam es häufig zu Pneumonien. — Akute Phosphorvergiftung (Selbstmordversuch), von W. Liebscher: Einnahme eines Eßlöffels eines 2proz. Phosphorbreis in selbstmörderischer Absicht. Nach vorübergehenden leichten Erscheinungen kam es zu schweren Störungen mit Ikterus und Zeichen einer Leberschädigung sowie cerebralen Symptomen. — Arsenmassenvergiftung im „Theisswinkel“ (Ungarn), von K. v. Beöthy (vgl. diese Z. 23, 160 [Orig.]). — Gutachten: Arsenikvergiftung