

und erfolgt in der gleichen Zeit. Bei chronischem Alkoholismus dringt der Alkohol sehr rasch in den Liquor, ebenso bei Pellagra. In beiden Fällen ist die Blut-Liquorschranke herabgesetzt. Es folgen weiter Tabellen über die Verteilung des Alkohols in menschlichen Organen. Am meisten findet sich im Gehirn.

K. Durr (München).

Newman, Henry, and John Card: The nature of tolerance to ethyl alcohol. (Das Wesen der Toleranz gegenüber Äthylalkohol.) (*Div. of Neuropsychiatry, Stanford Univ. School of Med., San Francisco.*) *J. nerv. Dis.* 86, 428—440 (1937).

Der physiologische Mechanismus der Toleranz gegenüber Äthylalkohol ist nicht bekannt. Durch die von Verff. vorgenommenen Untersuchungen konnten jedoch bestimmte denkbare Möglichkeiten ausgeschlossen werden. Diese sind: einmal die verzögerte Resorption durch das Gewebe und dann die Möglichkeit einer gesteigerten Oxydation. Die an Hunden ausgeführten Versuche über die Blutalkoholbestimmung in bestimmten Phasen der Trunkenheit konnten zeigen, daß die Eigenschaft, die Alkoholkonzentration zu vermindern, erworben werden kann. Den wesentlichen Anteil daran haben die Veränderungen, die sich auf die Permeabilität des nervösen Gewebes und der gesteigerten cellulären Toleranz beziehen. Der „psychomotorische Kompensationsmechanismus“ bedürfe aber weiterer Untersuchung.

W. Lungwitz.

Sonstige Körperverletzungen. Gewalttamer Tod.

Landau, Sigismund: Blessure du cerveau par balle avec migration extraordinaire du projectile. (Schußverletzung des Gehirns mit außergewöhnlicher Wanderung des Geschosses.) *Presse méd.* 1937 II, 1891—1892.

Das Geschöß (automatische Repetierpistole Kal. 6,35) drang in das linke Stirnhirn ein und wurde radiologisch in der Hirnsubstanz 5 $\frac{1}{2}$ cm oberhalb der Schädelbasis festgestellt. Es wanderte innerhalb von etwa 3 Monaten in die Ventrikel und von dort durch das Hinterhauptsloch in den Rückenmarkskanal, wo es röntgenologisch in der Gegend des 4. Halswirbels nachgewiesen wurde. Es konnte durch Laminektomie entfernt werden; der Verletzte wurde gesund. In der Zeit vor der Operation klagte der Kranke über starke Schmerzen am linken Arm, auch wurden hier Sensibilitätsstörungen festgestellt.

B. Mueller (Heidelberg).

Friederich, Ludolf: Nierenstein im Anschluß an Granatsplitterschlagverletzung. (*Inn. Abt., Neues Stadtkrankenhaus, Glauchau.*) *Med. Welt* 1937, 1423—1424.

1918 Nieren-, Bein-Schulterschuß. Damals Blut im Harn. Vorübergehend Nierenschmerzen mit trübem Urin, die sich in den letzten Wochen sehr verstärkt haben. Röntgen zeigt Granatsplitter, Pyelographie Nierenbeckenstein mit erweiterten Nierenkelchen. Pyelolithotomie. Um den Granatsplitter, der zum Teil im Nierenparenchym, zum Teil im Nierenbecken saß, Phosphatstein. Heilung. Der früher immer abgelehnte Rentenantrag ist also berechtigt.

Franz (Berlin).

Tesař, Jaromír: Tod 11 Tage nach Stich in die Bauchorta. (*Ústavu pro soudní léc., univ., Praha.*) *Čas. léc. česk.* 1937, 1495—1497 [Tschechisch].

Eine 23jährige Arbeiterin brachte sich in selbstmörderischer Absicht mit einem Küchenmesser eine Stichverletzung in den Bauch bei. Sofortige Überführung ins Krankenhaus. 1 cm langer, vertikal verlaufender Einstich in der Mitte zwischen Schwertfortsatz und Nabel, 1 cm nach rechts von der Mittellinie. Keine abdominalen Erscheinungen. Bis auf geringe Temperatursteigerungen bis 37,8 ziemliches Wohlbefinden. 8 Tage nach der Verletzung nach Hause entlassen. Zu Hause leichte Schmerzen, namentlich beim Versuche, sich am Bettrand aufzusetzen, in den folgenden Tagen Erbrechen, so daß 3 Tage nach ihrer Entlassung neuerliche Aufnahme ins Krankenhaus erfolgte. Bei der Aufnahme hypotonischer Blutdruck, Benommenheit, schwacher, tardierter Puls. Im rechten Epi- und Mesogastrium druckschmerzhafte Resistenz. Unter zunehmender Herzschwäche am 3. Tage nach der neuerlichen Einlieferung, 11 Tage nach der Verletzung, Exitus. Befund bei der Sektion rechtsseitiger perirenal Bluterguß in der Ausdehnung einer Kinderhand. Knapp oberhalb der Teilungsstelle der Aorta in deren vorderen Wand eine quer verlaufende 3,5 mm lange Öffnung. In der Umgebung derselben ein organisierter geschichteter Blutaustritt in der Größe einer

Haselnuß, der durch lockeres Gewebe scharf abgegrenzt ist; an einer Stelle ist dieses Gewebe eingerissen und kommuniziert mit einem größeren dunkelroten, zum Teil ebenfalls organisierten Blutaustritt. Als Erklärung für diesen seltenen Fall, für welchen in der Literatur nur wenige analoge Fälle zu finden sind, über die berichtet wird, wird ausgeführt, daß es hier offenbar zur Ausbildung eines traumatischen Aneurysmas kam, das im späteren Verlaufe einriß und zur tödlichen Blutung führte. *Marx.*

Wałęcka, Halina: Selbstmord durch Hiebwunden. *Czas. sad.-lek.* 2, 149—163 (1937) [Polnisch].

Wałęcka teilt einen Selbstmordfall mit, welcher eine 31jährige Frau betraf, die sich mittels einer Hacke im Gesicht zahlreiche, tiefe, das Stirnbein durchtrennende Wunden beibrachte. Die Selbstmörderin soll kurz vor dem Tode schwermütig gewesen sein.

L. Wachholz.

Nippe, M.: Unfall oder Selbstverstümmelung durch Abhacken von Daumen- und Fingergliedern. (*Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Königsberg i. Pr.*) *Mshr. Unfallheilk.* 45, 65—71 (1938).

In 2 Fällen wurden bei Soldaten Verletzungen an den Händen beschrieben, die sich bei näherer Nachprüfung als Selbstverstümmelungen herausstellten; in beiden Fällen trat eine kriegsgerichtliche Bestrafung ein, da aber in diesen Fällen 2 chirurgische Sachverständige die Möglichkeit eines Unfalles nicht ausschließen wollten, wurden vom gerichtsarztlichen Institut Königsberg Leichenversuche gemacht und festgestellt, daß ein frei gehaltener Daumen nicht abgehackt werden kann. Besonders die Knochen können in solchen Fällen nicht glatt durchtrennt werden, Knochen lassen sich überhaupt nur glatt durchtrennen, wenn sie fest aufliegen. *Trendtel (Unna).*

Olbrycht, Jan: Mord oder Totschlag? *Polska Gaz. lek.* 1938, 141—142 [Polnisch].

Olbrycht teilt einen Fall mit, der einen 13jährigen Burschen betraf, dessen Leiche in halblierender Stellung erhängt aufgefunden wurde. Der ältere Bruder des Toten gab an, daß er ihm wegen Tierquälerei einen Schlag mit der Faust gegen den Kopf versetzte. Als der Geschlagene sofort leblos zu Boden gesunken sei, habe er die Leiche aufgehängt, um den Verdacht eines Selbstmordes zu erwecken. O. gab sein Gutachten dahin ab, daß es sich hier um Mord durch Erdrosseln (typische blutig unterlaufene Stranguliermarke am Hals, in den Schädeldecken mehrere Blutsuffusionen) mit nachfolgender Erhängung der Leiche gehandelt habe. Der Täter wurde zu 15 Jahren Kerker verurteilt.

L. Wachholz.

Elvidge, A. R.: Head injuries. (Kopfverletzungen.) (*Montreal Gen. Hosp. a. Neurol. Inst., Montreal.*) *Canad. med. Assoc. J.* 38, 26—33 (1938).

In dieser Vorlesung handelt es sich um die Therapie der Schädelverletzungen. Verf. verteilt diese in Hautwunden, Knochenbrüche, Läsionen des Gehirns und ihrer Häute und Störungen in den epiduralen und subduralen Räumen. Im allgemeinen soll schnell und radikal gehandelt werden, Excision der Wundränder, Desinfektion mittels 5proz. Jodtinktur, nachspülen mit Dakinscher Flüssigkeit, Aufheben von Kompressionsfrakturen, Schließen von Defekten und Spalten, wenn Cerebrospinalflüssigkeit abträufelt, Behandlung der Hirnläsionen, Duralplastiken. Je schneller behandelt und je gründlicher vorgegangen wird, je besser die Resultate. *J. P. L. Hulst.*

Knoflach, J. G., und R. Scholl: Klinik und Prognose der stumpfen Schädelverletzungen. (*I. Chir. Univ.-Klin., Wien.*) *Arch. klin. Chir.* 190, 452—522 (1937).

Der Arbeit liegen 1146 Fälle von Schädelverletzungen (davon 58% Verkehrsunfälle) zugrunde, die 1931—1934 in der Chir. Klinik in Wien behandelt wurden, und zwar 704 Hirnkomotionen, 80 Hirnkontusionen, 175 Schädelbasisbrüche, 118 Konvexitätsbrüche, 69 Gesichtsschädelbrüche. Nach Erörterung der Begriffe Comotio und Contusio cerebri besprechen die Verf. die einzelnen Verletzungsformen, ihre primäre Mortalität und ihre Symptomatologie. Die größte Sterblichkeit hat die kombinierte Basis- und Konvexitätsfraktur, die meist mit ausgedehnten Kontusionen einhergeht (von 36 Fällen 31 Todesfälle). Die Todesfälle bei Comotio und reiner

Contusio cerebri sind in der Regel auf Nebenverletzungen oder Lungenkomplikationen zurückzuführen. Es folgt die Darstellung der sonstigen Komplikationen, wie Fettembolie, Meningitis, urogenitale Störungen. Erneut bestätigt wird die meist gute Prognose der sog. posttraumatischen Frühepilepsie. Nach eingehenden Ausführungen über die Therapie der frischen Verletzungen wird über das Ergebnis der Nachuntersuchungen berichtet. Sie betreffen 551 Fälle und einen Zeitraum bis zu 5 Jahren post trauma. Von 21 Spättodesfällen sind nur 2 durch den Unfall bedingt (1. infolge Hirnabsceß mit Meningitis nach offener Impressionsfraktur mit Gehirnverletzung, 2. infolge Ertrinkens in einem posttraumatischen Schwindelanfall). Arbeitsfähig sind 444 Fälle (77,9%), arbeitsunfähig (und zwar für den vor dem Trauma ausgeübten Beruf!) als Verletzungsfolge 79 Fälle (13,86%), aus anderen Ursachen 26 Fälle (4,56%). Aus 1000 unausgewählten Fällen von Gehirn- oder Schädelverletzungen ergab sich eine schlechte Prognose für 203 Fälle (60 Früh-, 4 Spättodesfälle, 139 Arbeitsunfähige). Natürlich verschiebt sich die Prognose im Lauf der Jahre nach der günstigen Seite. Die Nachuntersuchungsergebnisse der einzelnen Verletzungsarten werden eingehend dargestellt und statistisch belegt und abschließend die objektiv nachweisbaren Dauerstörungen besprochen. Hier entspricht allerdings die Einteilung der „schweren posttraumatischen Störungen“ in Verwirrheitszustände, Hysterie, Neurasthenie, Paranoia, Katatonie, Depression und Demenz nicht den Anforderungen psychiatrischer Diagnostik. Die geringe Zahl von Fällen mit posttraumatischer Epilepsie (1%) erklärt sich aus dem Ausgangsmaterial, das nur stumpfe Schädelverletzungen enthält. Die Arbeit berücksichtigt ausführlich das Schrifttum und enthält viele aufschlußreiche Einzelergebnisse, die in 28 Tabellen dargestellt sind. Ihr Studium muß jedem, der an der Gehirntraumatologie interessiert ist, empfohlen werden.

Hans Baum (Königsberg i. Pr.).

Lapidari, Mario: Über die Behandlung frischer Schädelbrüche und ihrer Komplikationen. (*Chir. Univ.-Klin., Mailand.*) *Zbl. Chir.* 1937, 2254—2257.

Die Lufteinfüllung in die Subarachnoideal- und Ventrikelräume bei frischen Schädelverletzungen ist nicht nur unschädlich, sondern war auch für die Verletzten subjektiv wohltuend. Verf. hat sie bei über 100 Patienten vorgenommen und zum Teil mehrmals wiederholt. Auch die subjektiven Beschwerden, Kopfschmerz, Schwindel, Brechreiz, bessern sich in den Tagen danach schneller. Die Pulsverlangsamung wird fast immer normal. Offenbar ist es durch die Lufteinfüllung möglich, Blutaustritte in den Räumen der Hirnhäute und des Gehirns zu beseitigen. Sie wirkt deswegen günstiger als die Entnahme von Liquor, weil ihre Wirkung für einige Tage anhält. Noch nach 7 Tagen konnte das eingeblasene Gas in der Schädelhöhle festgestellt werden. Auch bei einem Fall von posttraumatischer eitriger Meningitis konnte durch die Lufteinfüllung eine erhebliche Besserung des Zustandes herbeigeführt werden.

Weimann (Berlin).

Lassila, Yrjö: Über die Schädelbasisfrakturen und ihre Röntgendiagnostik. *Duodecim* (Helsinki) 53, 837—846 u. dtsch. Zusammenfassung 846—847 (1937) [Finnisch].

Bericht über 4 Fälle von Schädelbasisfrakturen, die mit Hilfe von Übersichtsaufnahmen dargestellt werden konnten. Kleine Fissuren des Schläfenbeins lassen sich nur mittels Spezialaufnahmen nachweisen.

A. Schüller (Wien).

Moore, Chalmers H.: The diagnosis and treatment of the commoner forms of cerebral trauma. (Diagnose und Behandlung der häufigsten Formen traumatischer Hirnschädigung.) *J. amer. med. Assoc.* 108, 859—862 (1937).

Der Verf. berichtet über seine Erfahrungen in der Behandlung von cranio-cerebralen Traumen auf Grund eines Materials von 1056 Fällen. Für die cerebralen Symptome von Bedeutung sind die durch den Unfall ausgelösten Zirkulationsstörungen, die zu Anoxämie des betroffenen Gehirngewebes führen und die Stauung des Liquors, die dadurch zustande kommt, daß die Resorption der Cerebrospinalflüssigkeit durch die subarachnoidalen Räume infolge Blutung behindert oder aufgehoben ist. Ein

breiter Raum nimmt die Behandlung des durch das Trauma evtl. ausgelösten Shockzustandes ein.

Ederle (Tübingen).

Bergh, Ebbe: Posttraumatische Meningitis, ihre Operation und Heilung. (*Epidemi-sjukh., Malmö.*) Sv. Läkartidn. 1937, 1699—1704 [Schwedisch].

Kasuistischer Beitrag. Ein 15-jähriger Jüngling fiel von 4 m Höhe und bekam einen Schädelbruch in die rechte Stirnhöhle hinein. 5 Wochen später plötzlich eintretende meningitische Symptome. Bei der Liquoruntersuchung wurde eine Pneumokokkenmeningitis diagnostiziert. Die rechte Stirnhöhle wurde jetzt operativ geöffnet und es wurde festgestellt, daß teils eine Sinositis, teils ein Entzündungsherd in der harten Hirnhaut hinter der Höhle vorlag. Nach der Operation unmittelbare Besserung; endgültige Heilung unter Behandlung mit wiederholten Lumbalpunktionen und medikamentöser Therapie.

Einar Sjövall (Lund).

Stier, Ewald: Schwindel nach Kopftrauma. Nervenarzt 10, 554—557 (1937).

Verf. geht aus von der jedem Gutachter nur zu gut bekannten schwierigen Situation bei der Beurteilung der Klagen über Schwindel nach Kopftrauma und gibt zunächst Anhaltspunkte für die Bewertung der Angaben des Kranken: 1. Ohne Ursache auftretendes, einseitig gerichtetes, kurzdauerndes Drehschwindelgefühl mit einseitiger Taubheit weist auf einseitige Labyrinthstörung hin. 2. Schwindelgefühl nur oder fast nur bei Vorwärts- oder Rückwärtsbeugen des Kopfes oder durch schwere körperliche Arbeit, das als Schwarzwerden vor den Augen, Benommenheit, Herausfallen des Gehirns aus dem Kopf beschrieben wird, weist in der Richtung auf Zirkulationsstörungen des Gehirns. 3. Schwindelgefühl ohne äußere Ursache, das als Gefühl von Unsicherheit, Taumeligkeit, Flimmern vor den Augen geschildert wird, läßt lokalisateurisch an den Hirnstamm (Gegend zwischen den Vestibularis- und Augenmuskelkernen) denken (Ähnlichkeit mit dem Gefühl bei Betrunkenheit). Von objektiven otologischen Anhaltspunkten erwähnt er als wertvoll zwei: 1. einseitige Taubheit mit gleichzeitiger Herabsetzung der calorischen Erregbarkeit bedeutet Störung des gleichseitigen Labyrinthes; 2. gleichsinnige Differenz von Dauer und Stärke zwischen rotatorischem Rechts- und Linksnystagmus, „Tonusdifferenz“, bedeutet supranucleären Sitz der Störung. Außerdem läßt die anfängliche Aufhebung oder Verkürzung der Dauer des calorischen Nystagmus (doppelseitig) auf supranucleären Sitz schließen. Denn die Schädigung durch Liquorstoß zerstört das Sinnesepithel im Labyrinth und bleibt bestehen. Wichtig erscheinen die Beobachtungen des Verf. und Beyers über die Form des Nystagmus bei Sitz der Läsion zwischen Augenmuskel- und Vestibulariskernen: „—relativ häufig eine ungleichmäßige Schlagfolge mit Pausen sowie ein oft einseitiger rotatorischer Nystagmus nach dem Spülen, seltener ein Zitter- oder Pendelnystagmus. Recht häufig beobachtet wurde ferner eine unvollständige seitliche Fixierung nach Drehen und Spülen mit momentanem, jedenfalls ganz kurzdauerndem Zurückweichen beider Augäpfel bis zur Mittellinie, und nicht selten auch ein momentanes isoliertes Zurückweichen nur des nach außen schlagenden Auges, mit gleichzeitigem Doppelsehen“ (letzteres häufig nicht nur beim Ausschlagen der Augen nach der einen, sondern auch nach der anderen Seite). Verf. hat gefunden, daß bei etwa 20 Sekunden festgehaltener Blickwendung seitwärts eine leichte objektive, mindestens aber subjektive Erschwerung der Blickwendung nach einer Seite auftritt, gelegentlich auch ein momentanes Zurückweichen des nach außen gewandten Auges. Bei Sitz der Läsion im Hirnstamm werden besonders oft Störungen im vegetativen System beobachtet. *Seng* (Bad Salzbrunn).

Schumacher, Joseph: Dystrophia adiposo-genitalis nach Schädeltrauma. Dtsch. med. Wschr. 1937 II, 1648—1651.

Es wird ein Fall von posttraumatischer Dystrophie bei einem 10-jährigen Mädchen mitgeteilt, der wegen psychologischer Untersuchungen, die vor und nach der Verletzung angestellt wurden, besonderes Interesse verdient. Die erheblichen Veränderungen des Charakters und des Temperaments konnten durch eine Präphysonbehandlung sehr günstig beeinflußt werden. Der hierbei aufgedeckte Zusammenhang zwischen Hypophysenfunktion und Persönlichkeit wird vorläufig so gedeutet, daß eine Vermehrung der Hypophysentätigkeit einen Energieantrieb im Seelenleben zur Folge hat. Weitere

Beobachtungen mit psychischen Prüfungen sind zur endgültigen Klärung der Zusammenhänge erforderlich.

Gerstenberg (Rostock).

●**Rehn, Eduard: Der Shock und verwandte Zustände des autonomen Systems.** (Vorträge a. d. prakt. Chir. Hrsg. v. Erich Lexer u. Hans von Seemen. H. 16.) Stuttgart: Ferdinand Enke 1937. 42 S. RM. 2.60.

Rehn und seine Schüler sind den Ursachen der Operationsgefährdung, des postoperativen bzw. posttraumatischen Shocks und des postoperativen Kollapses nachgegangen, sie haben nach Untersuchungsverfahren gestrebt, die gestatteten, vor einem Eingriff den gefährdeten, vermindert leistungsfähigen Kranken zu erkennen. Sie haben alle neuzeitlichen Hilfsmittel, besonders die des physiologisch-chemisch arbeitenden Internisten herangezogen. So erscheinen Puls und Blutdruck nicht mehr als die entscheidenden Kennzeichen der Kreislaufkraft und ihrer Reserven, neben ihnen erlangen weitere Funktionswerte gleiche, oder gar überragende Bedeutung für die Indikationsstellung zu Eingriffen und zur Entscheidung über größere oder kleinere Operationen; nach ihnen kann auch der Zeitpunkt, wann ein geschwächter Organismus eine radikale Maßnahme frühestens ertragen kann, objektiv ermittelt werden. Solche Hinweise ergeben die Bestimmungen der Pufferkapazität des Blutes, seine Alkalireserve, sein Gehalt an Milchsäure und Dioxyaceton, der Rest-N, das Albumin-Globulinverhältnis, der Ablauf einer Blutzuckerbelastung, die Blutviscosität, der Verlauf der fortdauernd an mehreren Stellen auf und im Körper bestimmten Temperatur. Diese Verfahren sind je nach Lage des Falles einzeln oder zu mehreren angewendet worden, sie ergaben eine Fülle neuer Tatsachen über das Verhalten des Kreislaufes, die Funktion des autonomen Systems, die Wärmeregulation und den Stoffwechsel nach und bei Operationen und Narkosen. Es zeigte sich, welche entscheidende Bedeutung besonders dem autonomen System für das Auftreten von Shock und Kollaps zukommt, welche zentrale Wichtigkeit Leberschädigungen besitzen. Diese nicht nur wissenschaftlich ungemein wertvollen Erkenntnisse ergeben für die Praxis des Chirurgen Wege zur Verhütung bisher nicht voraussehbarer Komplikationen, sie liefern objektive Meßverfahren für die Leistungsfähigkeit eines Kranken und erlauben den Erfolg einer vorbereitenden Behandlung zu erfassen. Dem Chirurgen erwachsen wohl neue Pflichten bei der Untersuchung seiner zu operierenden Patienten, auch wenn er noch stärker als bisher der Hilfe des Internisten bedarf, so ergeben sich aber auch befreiende Aussichten auf eine Zeit, in der das Operationsrisiko eine faßbare Größe ist und „unerklärliche Zwischenfälle“ vermeidbar sind.

Gerstel (Bonn).

Frisch, Charlotte, und Hans Hoff: Zur Frage des postoperativen cerebralen Gefäßshocks. (*Psychiatr.-Neurol. Univ.-Klin., Wien.*) Z. exper. Med. **101**, 335—338 (1937).

Der Carotis-Sinus-Reflex von Hering bleibt unverändert bei Eröffnung des Schädels und der Dura sowie bei Kaolinhypertonie. Dagegen verschwindet er bei Entnahme einer größeren Blutmenge aus einem Hirngefäß (30 ccm), während er bei der Entnahme der 10fachen Blutmenge aus den peripheren Gefäßen unverändert bleibt. In solchen Fällen kommt es sogar zu einer paradoxen Reaktion (leichtes Ansteigen des Blutdruckes). Diese Reaktion wird auf einen zentralen Shock der Vasomotorenzentren zurückgeführt. Daraus ergibt sich, daß der Carotis-Sinus-Reflex von einem zentralen regulierenden Faktor abhängig ist. Hunde mit einem solchen Gefäßshock konnten gerettet werden, wenn sie große Strychnindosen bekamen. Beim Menschen käme in Frage, die postoperative Vulnerabilität des Vasomotorensystems mit hirndrucksteigernden Mitteln zu beeinflussen.

Weimann (Berlin).

Küntscher, Gerhard: Postoperatives Aneurysma der Arteria hepatica. (*Chir. Univ.-Klin., Kiel.*) Zbl. Chir. **1937**, 2694—2698.

Bei einer 53 jährigen Patientin, an der wegen eines Empyems der Gallenblase eine Cholecystektomie ausgeführt wurde, traten am 25. Tag nach der Operation plötzlich heftige Schmerzen im Oberbauch, zunehmende Blässe und Erbrechen reichlicher Blutmengen auf. Am nächsten Tage zeigte sich bei zunehmender Blässe auch Teerstuhl. Trotz intensiver Therapie tritt am 8. Tage mit den Erscheinungen der inneren Blutung der Tod ein. Es wurde eine Blutung aus

einem Ulcus oder aus Oesophagusvaricen angenommen. Die Obduktion ergab einen riesigen Bluterguß zwischen Leber und Zwerchfell, der mit dem Wundbett in Verbindung stand. Der Ductus choledochus und hepaticus sowie von hier aus sämtliche Darmpartien sind mit Blutmassen angefüllt. Das Blut ist durch den Stumpf des Ductus cysticus eingedrungen, dessen Verschuß sich gelöst hatte. Die Arteria hepatica zeigte einen 1 cm langen Defekt ihrer Vorderwand, an dieser Stelle hat sich ein Aneurysma gebildet. Dieses Aneurysma hatte zu der tödlichen Blutung Anlaß gegeben. Das Aneurysma wird als Operationsschaden angesehen, und zwar wird vermutet, daß die Wand der Arteria hepatica beim Abklemmen der Arteria cystica, die während der Operation blutete, mitgefaßt wurde. *E. Schmutzler.*

Zalka, E. von: Atresie der Speiseröhre infolge von Laugenverätzung. (*Hauptstädt. St. Stephan-Krankenh., Budapest.*) *Zbl. Path.* 68, 401—404 (1937).

Ein 2jähriger Knabe hatte Lauge getrunken. 1 Jahr später mußte wegen Stenoseerscheinungen in der Speiseröhre eine Gastrostomie ausgeführt werden. Nach dem Eingriff ist zunächst täglich sondiert worden. 6 Jahre später starb das Kind unter den Erscheinungen einer Inanition. Bei der Leichenöffnung erwies sich die Speiseröhre in einer Ausdehnung von 7 cm als völlig undurchgängig. Bei der mikroskopischen Untersuchung wurden im Bereiche der veränderten Partie nur noch Reste der Muskelwand gefunden. Die Lichtung war durch ein narbiges Bindegewebe verschlossen, in welchem glatte Muskelfaserbündel und neuromartig wuchernde Nerven sichtbar waren. Es waren auch Ganglienzellen zu erkennen, was beweist, daß die wuchernden Nerven zum autonomen Nervensystem gehören. Verf. weist auf die Notwendigkeit einer frühzeitigen Sondierung nach Laugenverätzungen hin. *B. Mueller* (Heidelberg).

Ermich, Stefan: Traumatische Ruptur des Zwölffingerdarms mit Emphysem der Bauchdecken. *Polska Gaz. lek.* 1938, 142—143 [Polnisch].

Ein 28jähriger Mann erhielt einen Stoß mittels einer Wagendeichsel in die rechte Unterrippengegend. Bei der bald ausgeführten Operation und dann bei der Sektion der Leiche wurde folgender Befund festgestellt: 2 cm vom Pylorus entfernt war das Duodenum vom Magen abgerissen, seine Vorderwand längs durchtrennt, der Pankreaskopf zermalmt, endlich das Wandbauchfell unter dem Brustbein-Schwertfortsatz durchtrennt. Diese letzte Verletzung machte das subkutane Bauchdeckenemphysem verständlich. Magen, Leber und andere Eingeweide waren unverletzt. *L. Wachholz.*

Delannoy, Émile, et R. Demarez: Perforation duodénale post-traumatique ou perforation traumatique d'un ulcère duodénal. (Posttraumatische Duodenalperforation oder traumatische Perforation eines Duodenalulcus.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 13. XII. (1937.) Ann. Méd. lég. etc.* 18, 49—52 (1938).

Ein 55jähriger Arbeiter wird von einer 10 kg schweren und 1,5 m langen Parkettplatte, die einem anderen Arbeiter auf einem Stapel entgleitet und aus 2,5 m Höhe herabstürzt, mit aller Wucht gegen das Epigastrium getroffen. Sofort heftigster Schmerz. Zusammengekrümmt und die Hände gegen die getroffene Oberbauchgegend gepreßt, verläßt er sogleich die Arbeitsstelle. Erbrechen tritt zunächst nicht ein. 2 Stunden danach erste ärztliche Untersuchung, bei der allgemeine Bauchdeckenspannung gefunden wird. Diese wird aber zunächst auf Schmerznachwirkung bezogen und ihr keine besondere Bedeutung beigemessen. 45 Stunden nach dem Trauma Krankenhausaufnahme mit einer Temperatur von 37,8° und geringer Pulsbeschleunigung. Facies abdominalis. Ballonierter Leib mit allgemeiner Spannung. Aufgehobene Leberdämpfung. Keine Abdominaltumor. Seit dem Unfall kein Abgang mehr von Stuhl und Winden. Mit der Diagnose einer Peritonitis infolge Darmperforation wird sofort die Laparotomie vorgenommen. Bei Öffnung der Bauchhöhle entweicht Gas und findet sich grünlich-eitrig Flüssigkeit. Am Rand des oberen Duodenalschenkels wird eine linsengroße ovale Perforation festgestellt. Eine Verdickung der Innenwand ist jedoch darunter nicht zu fühlen. Auch sonst keine Zeichen, die auf einen länger dauernden Prozeß, etwa im Sinne eines callösen Ulcus, hindeuten könnten. Nach Übernähung und Drainage Bauchdeckenschluß. Im Bauchhöhlenexsudat bakteriologisch und kulturell keine Keime. Nach komplikationslosem Heilungsverlauf erfolgt am 13. Tage nach der Operation die Entlassung.

Es wird die Frage erörtert, ob das heftige Trauma allein für die gefundene Perforation verantwortlich zu machen ist. Dieses war zwar gerade gegen die Oberbauchregion gerichtet, wo der erste Duodenalabschnitt gegen die Wirbelsäule gepreßt werden kann. Jedoch sind bei seiner geschützten Lage Verletzungen durch unmittelbare äußere Gewaltwirkung außerordentlich selten. Ferner wird betont, daß keine Hautläsion und keine wesentliche Blutung in der Umgebung der Perforationsstelle zu finden war. Verff. neigen deshalb trotz des negativen Tastbefundes bei der Operation doch

dazu, eine Duodenalwandschwäche wahrscheinlich auf Grund eines Ulcus für die Traumafolgen mit verantwortlich zu machen. *Schrader* (Halle a. d. S.).

Weissenborn, W.: Mesenterialvenenthrombose nach Milzruptur. (*Chir. Klin., Städt. Krankenanst., Wiesbaden.*) Chirurg 9, 804—807 (1937).

Verf. weist auf die Schwierigkeiten der Diagnose einer Milzruptur hin. Er beschreibt einen Fall, bei dem infolge einer Gewalteinwirkung die Milz rupturiert war. Die Blutung stand nach einiger Zeit, späterhin starb der Patient unter unbestimmten Beschwerden seitens des Leibes. Bei der Leichenöffnung wurde festgestellt, daß sich im Bereiche der rupturierten Stelle Thrombosen gebildet hatten. Die Thrombosen hatten die ganzen Milzgefäße befallen, auf die Pfortader übergreifen und hatten schließlich die Lichtung des Hauptstammes der V. mes. sup. verlegt. *B. Mueller* (Heidelberg).

Mühlfeld, Hans: Sektionsbefunde bei Verkehrsunfällen. (*Univ.-Anst. f. Gerichtl. Med. u. Naturwiss. Kriminalistik, Jena.*) Jena: Diss. 1937. 51 S.

Verf. berichtet über 47 tödliche Verkehrsunfälle, die durch Anfahren von Fußgängern, Radfahrern und Motorradfahrern durch PKW. und Motorräder, durch Anfahren oder Anprallen an feststehende Flächen, Bäume und durch Überfahren durch PKW. hervorgerufen wurden. Das Ergebnis dieser Untersuchungen ist, daß bei den erwähnten Verkehrsunfällen meist Einwirkungen von stumpfer Gewalt mit breiter Angriffsfläche vorliegen. In Verbindung mit der Beschädigung des Fahrzeugs usw. läßt sich von dem Leichenbefund häufig der Unfallablauf, die Geschwindigkeit des Fahrzeuges u. a. ableiten. Die Unterlassung der Leichenöffnung bei tödlichen Verkehrsunfällen würde einen der wichtigsten objektiven Befunde zur Rekonstruktion des Herganges ausschließen. *Matzdorff* (Berlin).

Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache.

Mangili, Carlo: Sport e morte improvvisa. (Sport und unvorhergesehener Tod.) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assicurazioni, Univ., Milano.*) (*Convegno d. Assoc. Ital. di Med. Leg., Modena, 30. VI. 1937.*) Arch. di Antrop. crimin. 57, 694—700 (1937).

Bei den Beziehungen zwischen Sport und unerwartet plötzlichem Tode sind, wie an einzelnen Beispielen gezeigt wird, die folgenden 3 Möglichkeiten zu unterscheiden: 1. Der Todeseintritt fällt mit der sportlichen Betätigung zeitlich zusammen, ohne daß die beiden Ereignisse ursächlich miteinander verknüpft wären; 2. die sportliche Betätigung übernimmt die Rolle einer „Gelegenheitsursache“ für die Auslösung des plötzlichen Todes bei gewissen krankhaften Veränderungen (besonders am Herzgefäßapparat); 3. die sportliche Betätigung war die Ursache des Todes (wie z. B. ein Hieb im Boxkampf reflektorisch den Tod herbeiführen kann). *v. Neureiter* (Berlin).

Capps, Joseph A.: Air embolism versus pleural reflex as the cause of pleural shock. The Frank billings lecture. (Luftembolie oder Pleuralreflex als die Ursache von Pleuralshock. Die Frank-Vorlesung.) J. amer. med. Assoc. 109, 852—854 (1937).

Verf. erörtert nach Wiedergabe der vorliegenden Literatur über Luftembolie und Todesfälle bei Thorakocentese und künstlicher Pneumothoraxanlage die physiologischen Bedingungen für den Pleuralshock. Er spricht sich dahin aus, daß in der weitaus größeren Mehrzahl der unglücklichen Ereignisse nicht eine Luftembolie, sondern Pleurareflex die Ursache des Pleuralshocks und der plötzlichen Todesfälle sei.

Köhler (Köln).

Donatelli, L., e Abbate: Ricerche farmacologiche sulla causa mortis da anestetici locali. (Pharmakologische Untersuchungen über die Todesursache bei Lokalanästhesie.) (*Istit. di Farmacol. e Tossicol., Univ., Firenze.*) Boll. Soc. ital. Biol. sper. 12, 395—396 (1937).

Kaninchen erhielten letale und subletale Dosen von Novocain, Tutocain, Percain, Stovain, Cocain und Pantocain; Blutdruck und Atmung wurden verfolgt. Die Versuchstiere starben infolge Lähmung des Atemzentrums, die von einem kardiovaskulären Kollaps begleitet war. Subletale Dosen von Novocain, Tutocain, Stovain und Pantocain